

AANVULLENDE GRONDEN VAN BEROEP

namens

Stichting De Bevlogen Huisartsen en 129 individuele huisartsen

(“DBH”)

naar aanleiding van de beslissing op bezwaar van de

Nederlandse Zorgautoriteit

(“NZa”)

van 29 maart 2023 met kenmerk 433032-1455582

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

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

“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) Op 3 augustus 2022 heeft DBH bezwaar gemaakt tegen de Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg van 29 juli 2022 met kenmerk TB/REG-23617-01 (de “**Tariefbeschikking**”). De NZa verklaarde het bezwaar van DBH op 29 maart 2023 ongegrond (het “**bestreden besluit**”, **Productie 1**).²
- (2) DBH kan zich om meerdere redenen, die hierna toegelicht worden, niet verenigen met het bestreden besluit. Dit beroepschrift moet in de volgende context worden gezien.
- (3) Daags nadat de NZa het bestreden besluit nam, publiceerde de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (“**RVS**”) haar rapport ‘De basis op orde – Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg’ (**Productie 4**).³ Onder eerstelijnszorg wordt in dit rapport huisartsenzorg en wijkverpleging verstaan. De conclusies uit dit rapport liegen er niet om en zijn even helder als zorgwekkend. Een sterke, goed functionerende eerstelijnszorg is van groot belang voor de samenleving, aldus de RVS. De RVS concludeert dat een aantal essentiële waarden en functies van de eerstelijnszorg sterk onder druk staan. De RVS acht dit zorgelijk en concludeert dat het anders kijken naar en anders organiseren van eerstelijnszorg noodzakelijk en urgent is.⁴

Verandering is noodzakelijk en urgent

De consequenties van een vastlopende eerstelijnszorg zijn groot voor de toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg voor burgers, voor hun gezondheid, voor de betaalbaarheid van het hele zorgsysteem en voor het behoud van zorgverleners. Vanwege de cruciale positie van de eerstelijnszorg in ons zorgsysteem laat een vastlopende eerste lijn de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van het hele zorgsysteem verder vastlopen. Zonder ingrijpen zullen als gevolg van de genoemde ontwikkelingen in eerste instantie burgers in kwetsbare omstandigheden de dupe worden, maar ook voor andere burgers en de samenleving als geheel is dit een zorgelijke ontwikkeling. Als steeds meer burgers geen huisarts meer kunnen vinden, geen thuiszorg meer kunnen krijgen en steeds minder toegang hebben tot andere zorgvoorzieningen, zorgt dat voor grote onzekerheid en raakt dat naast henzelf bijvoorbeeld ook hun mantelzorgers, kinderen en werkgevers. Daarnaast hebben deze ontwikkelingen negatieve consequenties voor het werkplezier van zorgverleners. Zij ervaren een enorme druk en hebben het gevoel dat ze niet de zorg kunnen leveren die ze zouden willen leveren. Het kunnen behouden en aantrekken van eerstelijns zorgverleners wordt daardoor ook steeds moeilijker.

Verandering van de eerstelijnszorg zelf en de wijze waarop eerstelijnszorg is verankerd in de samenleving en het bredere zorgsysteem is daarmee noodzakelijk en urgent.

- (4) Niet in discussie is dat de huisarts “spil” is in de eerstelijnszorg en zeer sterk onder druk staat, zie in dit verband ook het Integraal Zorgakkoord (“**IZA**”).^{5 6} In twee lopende beroepszaken (zaken AWB 23/187 en AWB 23/961) heeft DBH uitvoerig beschreven hoe penibel de situatie is in de huisartsenzorg, hoe snel dat penibele punt in de afgelopen jaren is bereikt en hoe slecht de

¹ Het citaat op pagina 2 is van de Raad Volksgezondheid & Samenleving (2023), ‘De basis op orde – Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg’, p. 20. Te raadplegen via: open.overheid.nl/documenten/ronl-559041e5fb3b8a35af8751d6cd9b12682864b924/pdf/.

² Het bezwaarschrift wordt inclusief bijlagen als **Productie 2** aangehecht. Het verslag van de hoorzitting en de spreekkaantekeningen van DBH en LHV/VPH worden als **Productie 3** overgelegd.

³ Zie open.overheid.nl/documenten/ronl-c17c2f3ed6281f3d72e53aba411a8d85bc905ebb/pdf/.

⁴ Zie www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2023/04/04/de-basis-op-orde.

⁵ Zie IZA, o.a. p. 14: “De huisarts staat als spil van die eerstelijnszorg onder grote druk, net als de (eerstelijns) zorgverleners waar hij mee samenwerkt. Met de afspraken werken we toe naar een eerstelijnszorg die blijvend beschikbaar en toegankelijk is voor iedereen.” Dit wordt nogmaals bevestigd op pagina 64. Te raadplegen via: open.overheid.nl/documenten/ronl-464b0967c396f0f6cc75069e52d1d1ace9a838a6/pdf/. Het IZA wordt ook als Bijlage 10 bij Productie 2 overgelegd.

⁶ De ondertekenaars zijn ActiZ, De Nederlandse ggz, Federatie Medisch Specialisten, InEen, Landelijke Huisartsen Vereniging, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Zorgautoriteit, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorginstituut Nederland, Zorgthuisnl, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.



vooruitzichten zijn (**Producties 5 en 6**). Er is een dramatische terugloop van het aantal vrij gevestigde praktijkhouders. Vroegtijdige pensionering, uitval of uittreding zijn het resultaat van de slechte financiële en werkomstandigheden van de huisarts. In de komende 5 jaar zal nog eens 25-30% van de huisartsen (vroegtijdig) met pensioen gaan. De getallen liegen er niet om. De klachten van de huisartsen evenmin.

- (5) De NZa heeft het in het bestreden besluit eufemistisch over knelpunten in de huisartsenzorg. De verantwoordelijke minister was er in het Kamerdebat van 21 juni 2023 heel duidelijk over: “*We staan nu op een kantelpunt.*”⁷
- (6) De NZa is toezichthouder in deze sector. Als grote, structurele impact op de kwaliteit van zorg zich aandient en tegelijkertijd een structurele lastenverzwaring zal optreden door meer verwijzingen naar de dure tweedelijnszorg, omdat de huisarts er niet meer is en niet meer als poortwachter patiënten uitvraagt, heeft toezichthouder in te grijpen. In de reeds genoemde zaken (zaken AWB 23/187 en AWB 23/961) staat het niet-handelen van de NZa centraal (in die zaken gaat het om het overtreden van (zorg)inkoopregels). Exact hetzelfde gedrag staat ook in deze procedure centraal: de NZa handelt niet of stelt uit. Dit is kenmerkend voor NZa en die opstelling wordt steevast geflankeerd door het NZa jargon: de NZa gaat ‘koffie drinken met verzekeraars’ (de voorzitter van de NZa), ‘gaat in gesprek met het veld’, ‘neemt de waardevolle suggesties mee’, ‘benadrukt goede communicatie’, ‘hecht aan goede informatievoorziening’ of wijsheden zoals ‘met boetes los je niet alles op’ (of de variant daarop die in de hoorzitting werd gebruikt: ‘met geld los je niet alles op’). Uit niets blijkt dat de NZa zich lijkt te bekommeren om het feit dat het eigen gedrag negatieve ontwikkelingen in de huisartsenzorg in hoog tempo versterkt. De NZa is daarop gewezen en, zoals hierna zal blijken, gaat stoïcijns verder met uitleggen waarom zij niet hoeft te handelen. Dat gaat zelfs zo ver dat deze toezichthouder zich beroept op het “ontbreken van draagvlak” om maar niet de wettelijke taak te hoeven uitoefenen (zie hierna bij randnummers 56-57).
- (7) In deze procedure is het gevolg van het gedrag van de NZa dat huisartsen vergoed worden op basis van historische kosten uit 2015 die sindsdien enkel zijn geïndexeerd zodat structureel 1) kosten die destijds niet werden gemaakt, maar sindsdien wel als gevolg van uitgebreide taken van de huisartsen, niet worden vergoed en 2) alle kostenposten die (veel) harder zijn gestegen dan de indexatie evenmin worden vergoed. Om die nogal voor de hand liggende consequenties te kunnen negeren hanteert de NZa doelredeneringen en gelegenheidsargumenten in het bestreden besluit. Daarom ontbreekt daaraan de wettelijke basis en moet het bestreden besluit vernietigd worden.

II. JURIDISCH KADER

Wmg

- (8) De NZa is op basis van artikel 16 Wet marktordening gezondheidszorg (“**Wmg**”) belast met markttoezicht, marktontwikkeling en tarief- en prestatieregulering, op het terrein van de gezondheidszorg.
- (9) In dit kader heeft de NZa de Beleidsregel algemeen kader tariefprincipes (“**Beleidsregel tariefprincipes**”) opgesteld. Artikel 8 Beleidsregel tariefprincipes schrijft voor dat de NZa periodiek kostenonderzoeken uitvoert met als doel het herijken van de tarieven. Uit de toelichting volgt dat de NZa er naar streeft om minimaal eens in de zeven jaar periodiek onderzoek te doen. Artikel 8 lid 2 van de Beleidsregel tariefprincipes bepaalt dat de NZa de ontwikkeling in de sectoren monitort. Op basis van die monitoring kan de NZa er per (deel)sector voor kiezen om de tarieven met een hogere of lagere frequentie te herijken. Daarnaast kan vanuit signalen vanuit het veld tot versneld herijken van

⁷ Zie Financiële Dagblad 23 juni 2023 ‘Ernst Kuipers laat Jet Bussemaker links liggen bij verbeteren zorgstelsel’. Te raadplegen via: fd.nl/politiek/1480040/ernst-kuipers-laat-jet-bussemaker-links-liggen-bij-verbeteren-zorgstelsel.

tarieven worden overgegaan. De frequentie van herijken (artikel 8 lid 2) wordt bijvoorbeeld aangepast omdat:

- de kostenontwikkeling sterk afwijkt van de tariefontwikkeling op basis van de reguliere indexatie;
- een geldend tarief de regulerende prikkels in de betreffende zorgmarkt onvoldoende op peil houdt.

- (10) Deze Beleidsregel tariefprincipes is in 2021 vernieuwd.

“Wijzigingen ten opzichte van de vorige versie van deze beleidsregel

- Artikel 8: Om de actualiteit van tarieven te borgen, voeren wij onderzoeken uit om tarieven te herijken. Een herijking kan periodiek worden uitgevoerd, maar ook worden versneld wanneer er ontwikkelingen zijn in sectoren die aanleiding geven te herijken. Ook signalen van zorgpartijen kunnen aanleiding geven versneld over te gaan tot herijken van tarieven, of onderdelen van tarieven.”⁸

- (11) Ook kent de Beleidsregel tariefprincipes een afwijkingsbevoegdheid (artikel 9). Op grond van art. 4.84 Awb kan de NZa afwijken van de Beleidsregel tariefprincipes indien overeenkomstig de beleidsregel handelen gevolgen zou hebben die wegens bijzondere omstandigheden onevenredig zijn in verhouding tot de met de Beleidsregel tariefprincipes te dienen doelen.

Awb

- (12) De NZa is gehouden de algemene beginselen van behoorlijk bestuur na te leven in het kader van het opstellen van het besluit zoals het zorgvuldigheidsbeginsel, het evenredigheidsbeginsel, het vertrouwensbeginsel en het motiveringsbeginsel. Aan de hand hiervan dient te worden getoetst of de NZa het bestreden besluit zorgvuldig heeft voorbereid. Dit bijvoorbeeld door onderzoek te doen naar feiten en belangen, de procedure op correcte wijze te volgen en uiteindelijk een deugdelijk besluit te nemen. Dat besluit moet voorzien zijn van een gedegen, begrijpelijke en logische motivering.

CBb

- (13) Wanneer de NZa ontoereikende tarieven vaststelt, is dat volgens vaste rechtspraak onder andere in strijd met het zorgvuldigheidsbeginsel. Tarieven die de NZa vaststelt, moeten kostendekkend zijn. Zo oordeelde het College van Beroep voor het bedrijfsleven (“**CBb**”) in 2021 nog dat het CBb vele malen heeft geoordeeld dat tarieven op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg dekking moeten geven aan de redelijke kosten van zorg:

“4.1 Zoals het College reeds vele malen heeft geoordeeld (zie onder meer de uitspraken van 18 juni 2009, ECLI:NL:CBB:2009:BJ0628 en BJ0630, 7 oktober 2010, ECLI:NL:CBB:2010:BO8107, 1 december 2015, ECLI:NL:CBB:2015:370 en meer recent 10 september 2019, ECLI:NL:CBB:2019:393) dienen de op grond van de Wmg vast te stellen tarieven dekking te geven aan redelijke kosten van zorg (“kostendekkendheid”).”⁹ (onderstreping toegevoegd)

- (14) De NZa is als enige verantwoordelijk voor kostendekkende tarieven.¹⁰ Het CBb bepaalde dat de NZa op het punt van kostendekkendheid geen discretionaire ruimte heeft. Het ligt in de eerste plaats op de weg van de NZa om de kostendekkendheid aannemelijk te maken. Zorgaanbieders die de kostendekkendheid van de Tariefbeschikking betwisten, waaronder DBH, dienen feiten en

⁸ Zie Beleidsregel tariefprincipes BR/REG-21152, toelichting.

⁹ CBb 19 oktober 2021, ECLI:NL:CBB:2021:950, r.o. 4.1. Zie ook CBb 18 juni 2009, ECLI:NL:CBB:2009:BJ0628; CBb 7 oktober 2010, ECLI:NL:CBB:2010:BO8107; 1 december 2015, ECLI:NL:CBB:2015:370; en CBb 10 september 2019, ECLI:NL:CBB:2019:393.

¹⁰ CBb 28 februari 2006, ECLI:NL:CBB:2006:AV5712, r.o. 5.5. Zie ook CBb 19 oktober 2021, ECLI:NL:CBB:2021:950 r.o. 4.1.2: “Dat laat onverlet dat verweerster op grond van de Wmg verantwoordelijk blijft voor het vaststellen van het tarief.”

omstandigheden aan te voeren die twijfel doen rijzen aan de zorgvuldigheid van de totstandkoming van het tarief of de draagkracht van de motivering (zie Productie 2), aldus het Cbb:

“4.1.1 Het College herinnert eraan dat verweerster tarieven op verschillende manieren kan vaststellen, maar dat de tariefbeschikkingen zowel wat betreft de wijze van totstandkoming als wat betreft de uitkomst de rechtmatigheidstoets moeten kunnen doorstaan. Verweerster heeft hierbij geen discretionaire ruimte als het om de kostendekkendheid gaat. Wel heeft verweerster beoordelingsruimte ten aanzien van de bij een zorgprestatie in aanmerking te nemen kostenposten (zie bijvoorbeeld de uitspraak van 24 december 2015, ECLI:NL:CBB:2015:428) en ten aanzien van de beoordeling of een (kost-)prijs onrealistisch laag is (zie bijvoorbeeld de uitspraak van 19 april 2016, ECLI:NL:CBB:2016:101) of onrealistisch hoog. Een zorgaanbieder die de kostendekkendheid betwist kan volstaan met het aanvoeren van feiten en omstandigheden die twijfel doen rijzen aan de zorgvuldigheid van de totstandkoming van het tarief of de draagkracht van de motivering (zie bijvoorbeeld de uitspraak van 18 september 2017, ECLI:NL:CBB:2017:310). Als de kostendekkendheid van een tarief in rechte gemotiveerd wordt bestreden ligt het in de eerste plaats op de weg van verweerster om aannemelijk te maken dat het vastgestelde budget voldoet aan het vereiste van kostendekkendheid. Pas als verweerster de kostendekkendheid voorshands aannemelijk heeft gemaakt ligt het op de weg van een zorgaanbieder die een hoger tarief vraagt om dit nader te onderbouwen.”¹¹

- (15) De NZa heeft op grond van vaste rechtspraak een onderzoeksplicht om na te gaan of de tarieven die de NZa vast wil stellen kostendekkend zijn en moet het initiatief nemen om die taak te vervullen.¹²

“De omstandigheid dat de aanvraag van 15 januari 2020 een tweezijdige aanvraag is van appellante en Zilveren Kruis gezamenlijk betekent dus niet dat verweerster een inhoudelijke beoordeling van de kostendekkendheid van het aangevraagde budget, aan de hand van de regels van de Beleidsregel, achterwege kon laten. Hoewel dat al volgt uit de opdracht die de wetgever in de artikelen 16, aanhef en onder a, en nader uitgewerkt in 50 tot en met 55 van de Wmg aan verweerster heeft gegeven, volgt het specifiek voor dit budget ook uit artikel 4.1.2.1 van de Beleidsregel. Voor zover verweerster stelt dat zij bij een tweezijdige aanvraag enkel de taak zou hebben vast te stellen of die aan de vereisten voldoet om in behandeling te worden genomen en verder ervan uit mag gaan dat het gevraagde budget wel toereikend zal zijn, miskent verweerster haar wettelijke taak.”¹³ (onderstreping toegevoegd)

- (16) Zowel de wijze van totstandkoming van een tariefbeschikking als de uitkomst moeten volgens het Cbb de rechtmatigheidstoets kunnen doorstaan:

“Zoals het College al vaker heeft overwogen zijn tarieven voor medisch specialistische zorg bedoeld om dekking te geven aan redelijke kosten van Wmg-zorg. Verweerster kan dergelijke tarieven op verschillende manieren vaststellen. Daarbij kunnen overwegingen over efficiëntie van instellingen, mede in het belang van de zorgvragers, een rol spelen. Het College is van oordeel dat tariefbeschikkingen zowel wat betreft de wijze van totstandkoming als wat betreft de uitkomst de rechtmatigheidstoets moeten kunnen doorstaan. Dat betekent dat de tarieven moeten steunen op een deugdelijk onderzoek en door middel van een rechtens aanvaardbare methode moeten zijn berekend. Vervolgens dient aannemelijk te zijn dat de tarieven daadwerkelijk kostendekkend zijn.”¹⁴ (onderstreping toegevoegd)

- (17) Significante en objectieerbare ontwikkelingen moeten door de NZa meegenomen worden in het vaststellen van de Tariefbeschikking.

“Verweerster heeft in de Beleidsregel immers al een voorziening getroffen om rekening te houden met veranderingen in wet- en regelgeving en/of kwaliteitsstandaarden die leiden tot een objectief vast te stellen verandering in verwachte kosten, en verweerster heeft vervolgens besloten zo nodig ten gunste van de zorgaanbieders af te wijken van dit beleid als zich ontwikkelingen hebben voorgedaan na 2017,

¹¹ Cbb 19 oktober 2021, ECLI:NL:CBB:2021:950, r.o. 4.1.1. Zie ook randnummer 4.4: “Het College concludeert dat appellante twijfel heeft gezaaid over de juistheid van het vastgestelde voorlopige budget.”

¹² Cbb 18 september 2017, ECLI:NL:CBB:2017:310, r.o. 8. Zie ook Cbb 19 oktober 2021, ECLI:NL:CBB:2021:950, r.o. 4.1.2: “Verweerster kan zowel ambtshalve als op aanvraag een tarief vaststellen. Als een tarief op aanvraag wordt vastgesteld is een tweezijdige aanvraag, dat wil zeggen door een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar gezamenlijk, het uitgangspunt. Dat laat onverlet dat verweerster op grond van de Wmg verantwoordelijk blijft voor het vaststellen van het tarief. Verweerster is dus ook verantwoordelijk voor de beoordeling of het aangevraagde tarief voldoet aan het vereiste van kostendekkendheid, inclusief de beoordeling of het niet onrealistisch hoog of laag is.” Zie ook artikelen 16 aanhef en onder a en 50 t/m 55 van de Wmg.

¹³ Cbb 19 oktober 2021, ECLI:NL:CBB:2021:950, r.o.4.1.4.

¹⁴ Cbb 18 september 2017, ECLI:NL:CBB:2017:310, r.o. 8.



*mits deze ontwikkelingen kwantificeerbaar zijn. Het College begrijpt dit aldus dat deze ontwikkelingen objectiveerbaar en significant moeten zijn.*¹⁵

- (18) De voorzieningenrechter van de rechtbank Den Haag stelde in maart 2023 nog vast dat tarieven in de zorg reëel moeten zijn. Zonder reële tarieven zijn zorgaanbieders, volgens de rechtbank Den Haag niet in staat om (huisartsen)zorg te leveren met de vereiste kwaliteit.

“4.6. [de Stichting] heeft niet dan wel onvoldoende gemotiveerd betoogd dat Zilveren Kruis c.s. bij de vaststelling van het tarief niet objectief, transparant en non-discriminatoire hebben gehandeld. Haar betoog is er met name op gericht dat Zilveren Kruis c.s. haar ten onrechte geen reëel tarief bieden. Hierna zal worden beoordeeld of de gehoudenheid van Zilveren Kruis c.s. om jegens [de Stichting] een bijzondere zorgvuldigheid in acht te nemen, met zich brengt dat zij haar een reëel tarief moeten bieden zoals [de Stichting] vordert.

Is het aanbieden van een reëel tarief vereist?

4.7. Voormelde vraag dient naar het oordeel van de voorzieningenrechter bevestigend te worden beantwoord. Voor zover Zilveren Kruis c.s. hebben betwist dat zij hiertoe gehouden zijn, gaat de voorzieningenrechter daaraan voorbij. Indien Zilveren Kruis c.s. geen reëel tarief zouden bieden voor de zorg die zij contracteren, handelen zij naar het oordeel van de voorzieningenrechter rechtstreeks in strijd met de gerechtvaardigde belangen van [de Stichting] en haar cliënten, die tevens hun verzekerden zijn. Zonder reëel tarief stellen zij [de Stichting] – hun langdurige contractspartner, die afhankelijk van hen is, net als Zilveren Kruis c.s. afhankelijk is van haar – niet in staat om de gevraagde diensten te leveren met de vereiste kwaliteit en om te voldoen aan de afspraken die zijn gemaakt in het Integraal Zorg Akkoord (IZA).

4.8. Hierbij wordt nog het volgende overwogen. [de Stichting] refereert zowel aan een verplichting van Zilveren Kruis c.s. om reële tarieven te bieden als aan een verplichting om voor haar kostendekkende tarieven te bieden. Bij dat laatste gaat zij er kennelijk vanuit dat zij kwalificeert als een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder. Zij verwijst ter onderbouwing van haar stellingen ook veelvuldig naar haar eigen kostprijs. De voorzieningenrechter overweegt dat de verplichting van Zilveren Kruis c.s. om een reëel tarief te bieden, niet betekent dat Zilveren Kruis c.s. zijn gehouden om voor de bepaling van de hoogte van het tarief aan te sluiten bij de kostenopgave van [de Stichting]. Deze verplichting houdt in dat zij een tarief moeten bieden dat een redelijk efficiënt zorgaanbieder in staat stelt om de diensten te leveren met de vereiste kwaliteit. Daarbij hoeven zij niet uit te gaan van de kosten die [de Stichting] heeft becijferd.”¹⁶ (onderstreping toegevoegd)

- (19) Zorgaanbieders, zoals DBH, hebben aldus recht op reële tarieven.

“Er moet echter wel sprake zijn van reële tarieven, waarbij rekening wordt gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid, met de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerend aanbieder, en waarbij de prijs niet zodanig laag mag zijn dat het ten koste gaat van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en, kwalitatief hoogwaardige zorg. [...]”

De omstandigheid dat er bij DJI een beperkt totaalbudget is waaruit zij de zorg wenst te financieren doet aan die eisen niet af. Dat kan er immers niet toe leiden dat het daarom geoorloofd zou zijn om aan de aanbieders van zorg tarieven aan te bieden, waarvoor de gevraagde zorg niet (althans niet met voldoende kwaliteit) geleverd kan worden.”¹⁷ (onderstreping toegevoegd)

- (20) Verzekeraars mogen in ieder geval niet meer dan het NZa-tarief vergoeden. Als de NZa tarieven vaststelt die niet kostendekkend zijn, dan ontvangen huisartsen automatisch ook geen kostendekkende tarieven van de zorgverzekeraars. Het belang van het zorgvuldig vaststellen van kostendekkende tarieven door de NZa is dan ook niet snel te overschatten. Daarbij geldt dat de NZa, volgens vaste rechtspraak van het CBb, bij het vaststellen van tarieven moet verzekeren dat sprake is van kostendekkende tarieven.¹⁸

¹⁵ CBb 21 december 2021, CLI:NL:CBB:2021:1083, r.o. 6.4.

¹⁶ Rechtbank Den Haag 3 maart 2023, ECLI:NL:RBDHA:2023:2685, r.o. 4.3.

¹⁷ Rechtbank Den Haag 28 januari 2020, ECLI:NL:RBDHA:2020:544, r.o. 5.5-5.6.

¹⁸ Zoals het CBb reeds vele malen heeft geoordeeld (zie onder meer de uitspraken van 18 juni 2009, ECLI:NL:CBB:2009:BJ0628 en BJ0630, 7 oktober 2010, ECLI:NL:CBB:2010:BO8107, 1 december 2015,

III. BEROEPSGROND 1: NZA KAN ZICH NIET BASEREN OP KOSTENONDERZOEK 2015

- (21) De NZa meent dat de Tariefbeschikking terecht is gebaseerd op het Kostenonderzoek 2015. Op pagina 10 van het bestreden besluit concludeert de NZa het volgende:

“In de heroverweging op bezwaar is de NZa van mening dat zij de tarieven in 2023 terecht baseert op het meest recente kostenonderzoek met een jaarlijkse indexering.

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

- (22) Het feit dat de NZa zich op het Kostenonderzoek 2015 baseert is onzorgvuldig. Op 7 maart 2023 heeft DBH inzicht gevraagd in welke soorten kosten behoren tot de posten huisvesting, kantoorkosten, algemene kosten en overige kosten uit het Kostenonderzoek 2015 (**Productie 7**). De NZa gaf aan dat deze kostenposten niet nader te specificeren zijn (Productie 7). De NZa gaf aan dat in de uitvraag van informatie in het kader van het kostenonderzoek over 2015 dit destijds ook niet nader is gespecificeerd.

Vraag: “De NZa onderscheidt in het praktijkkostenonderzoek o.a. de volgende posten binnen de praktijkkosten (Tabel 21):

Praktijkkosten			
Categorie	Per praktijk	Per fte Huisartseigenaar	Per 1000 verzekerden
Personeelskosten	€ 136.617	€ 84.730	€ 40.305
Kosten voor inhuur*	€ 55.489	€ 34.839	€ 16.555
Kosten personeelsadministratie	€ 980	€ 649	€ 314
Overige personeelskosten	€ 8.750	€ 5.170	€ 2.411
Onderhoud van instrumenten en apparatuur	€ 845	€ 522	€ 247
Inkoop geneesmiddelen en verband**	€ 3.751	€ 2.364	€ 1.130
Afschrijvingen	€ 13.618	€ 9.022	€ 4.351
Huisvesting	€ 27.598	€ 16.919	€ 8.019
Autokosten / vervoerskosten	€ 2.558	€ 1.699	€ 822
Kantoorkosten	€ 19.426	€ 12.362	€ 5.911
Algemene kosten	€ 20.684	€ 13.491	€ 6.486
Overige kosten	€ 8.392	€ 5.393	€ 2.609
Som der financiële baten en lasten	€ 1.939	€ 1.249	€ 595
Totale kosten	€ 300.647	€ 188.410	€ 89.756

* Dit betreft waarneming en externe inhuur

** Het is niet in alle gevallen mogelijk geweest specifieke kosten voor inkoop geneesmiddelen en verband toe te rekenen aan deze kostenrubriek. Dit betekent dat mogelijk een deel van deze kosten als algemene- en/of overige kosten zijn opgenomen

In het praktijkkostenonderzoek worden deze kostenposten niet nader gespecificeerd. Ook in de tariefbeschikking, de beleidsregel en het bijbehorende verantwoordingsdocument worden deze kostenposten niet uitgewerkt naar typen/soorten kosten binnen een noemer (bijvoorbeeld de noemer

ECLI:NL:CBB:2015:370 en meer recent 10 september 2019, ECLI:NL:CBB:2019:393) en CBb 19 oktober 2021, ECLI:NL:CBB:2021:950, dienen de op grond van de Wmg vast te stellen tarieven dekking te geven aan redelijke kosten van zorg (“kostendekkendheid”).

¹⁹ Productie 1, p. 10.

huisvesting). Het is niet transparant welke kosten er bijvoorbeeld onder huisvesting vallen. Zo is het ook niet transparant of kostenposten als gas, water licht, huur, beveiliging, schoonmaak, onderhoud, rente (en eventueel nog andere posten) onder deze noemer 'huisvesting' vallen.

Wij verzoeken u daarom inzicht te geven in welke soorten kosten precies behoren tot de volgende posten: Huisvesting; Kantoorkosten; Algemene kosten; en Overige kosten." (Productie 7)

Antwoord: "In uw e-mail van 7 maart 2023 vraagt u inzicht in welke soorten kosten behoren tot de posten huisvesting, kantoorkosten, algemene kosten en overige kosten. Excuses dat de beantwoording van uw vraag langer duurde dan gebruikelijk

De kostenposten zijn niet nader te specificeren. In de uitvraag van informatie in het kader van het kostenonderzoek over 2015 is dit destijds namelijk ook niet nader gespecificeerd." (Productie 7)

- (23) Hoe kan de NZa kostendekkende tarieven voor 2023 vaststellen als zij niet eens weet welke kosten wel en welke kosten niet zijn betrokken in het Kostenonderzoek 2015? De NZa baseert de Tariefbeschikking al jaren op een onderzoek waarvan zij de methodiek en de gemaakte keuzes niet kan achterhalen.
- (24) Daarbij geldt ook dat het Kostenonderzoek 2015 is gebaseerd op alle kosten in de praktijk uit 2015, niet verder gespecificeerd dan in de tabel in randnummer 22. Nu de NZa daarbij geen onderscheid heeft gemaakt naar de precieze (onderliggende) kosten kan de NZa onmogelijk zorgvuldig nagaan of er in 2023 niet ook door huisartsen noodzakelijkerwijs kosten worden gemaakt voor zaken/diensten die in 2015 niet bestonden. Kosten die in 2015 niet (of in mindere mate) speelden – en in 2023 wel – zijn bijvoorbeeld: online toegang tot de huisartsenpraktijk, apparatuur zoals een ECG, AED, saturatiemeters, Voice over Internet Protocol (VOIP) telefonie, een koelkast met temperatuurbegrenzers, scheiding van front- en backoffice in de huisartsenpraktijk gezien strengere eisen rondom privacy, wettelijke eisen aan beveiligd mailen en implementatie van de AVG. Voorgaande voorbeelden betreffen nadrukkelijk geen limitatieve opsomming.
- (25) De NZa rechtvaardigt het niet verrichten van een nieuw kostenonderzoek daarnaast door te verwijzen naar de Beleidsregel tariefprincipes. Daar heeft de NZa opgenomen dat de NZa een periode van *maximaal* zeven jaar nastreeft tussen kostenonderzoeken.²⁰
- (26) De NZa kan en mag zich bij de Tariefbeschikking onder gegeven omstandigheden niet baseren op het Kostenonderzoek 2015. DBH heeft zowel in het bezwaarschrift (Productie 2) als in de pleitnota (Productie 3) uitvoerig uiteengezet welke significante en objectieveerbare ontwikkelingen er sinds 2015 hebben plaatsgevonden. Deze significante en objectieveerbare ontwikkelingen worden door de NZa niet weersproken.²¹ Gelet hierop is de motivering van de NZa ontoereikend. In aanvulling op hetgeen reeds is vermeld in randnummers 33-41 van het bezwaarschrift (Productie 2) en randnummers 4-22 van de pleitnota in de bezwaarprocedure (Productie 3) geldt het volgende.

²⁰ Zie bestreden besluit, pagina 6: "*De NZa voert periodiek kostenonderzoeken uit met als doel het herijken van de tarieven. De tarieven dienen dekking te geven aan de redelijke kosten van zorg. Bij de besluitvorming tot herijking van de tarieven vindt een afweging op hoofdlijnen plaats van administratieve lasten voor de zorgaanbieders, reguleringszekerheid en de dynamiek van kostenontwikkelingen in de zorgsector. Vanuit deze afweging stelt de NZa ofwel een nieuw kostenonderzoek in en herijkt de tarieven ofwel kiest zij ervoor tarieven vooralsnog niet te herijken. Hierbij streeft de NZa een periode van maximaal 7 jaar na.*" Zie ook pagina 12 van het bestreden besluit: "*Vanuit (onder meer) bezwaarden 1 is aangegeven dat 2022 een normaler jaar zou worden dan 2021, daarbij is 2022 een recenter jaar dan 2019. De NZa heeft naar aanleiding van de input vanuit dit overleg besloten dat een nieuw kostenonderzoek wordt uitgevoerd over 2022. De voorbereidingen voor dit kostenonderzoek zijn, zoals hierboven al is aangegeven, inmiddels gestart. Dit kostenonderzoek zal leiden tot een herijking van de tarieven per 2025. Dit betekent dat de tarieven conform het in de Beleidsregel tariefprincipes opgenomen tijdsbestek na 7 jaar weer worden herijkt.*"

²¹ Zie Productie 1, p. 11 ("*De NZa begrijpt dat een herijking van tarieven met ingang van 2025 als laat wordt ervaren door de huisartsen.*"). Zie ook p. 16: "*Ook is de NZa bekend met de door bezwaarden 1 en 2 genoemde (kwalitatieve) signalen.*"

- (27) De Beleidsregel tariefprincipes met de streeffrequentie van eens in de zeven jaar is niet relevant. Het CBb was eerder duidelijk: de NZa is als enige verantwoordelijk voor kostendekkende tarieven én voor het aantonen daarvan.²² DBH heeft gemotiveerd feiten en omstandigheden aangevoerd waaruit volgt dat bepaalde kostenposten meer zijn gestegen dan een indexatie kan compenseren.²³ De NZa heeft met het bestreden besluit niet aannemelijk gemaakt dat het vastgestelde tarief voldoet aan het vereiste van kostendekkendheid.

Signalen, noodkreten en feiten noopten tot eerder kostenonderzoek

- (28) Als gezegd is de maximale termijn van zeven jaar uit de Beleidsregel tariefprincipes niet doorslaggevend. De NZa had namelijk op basis van die beleidsregel veel eerder over moeten gaan tot een kostenonderzoek of in ieder geval een gedeeltelijke herijking van (delen van) tarieven. Dit wordt hierna toegelicht.
- (29) De termijn in de toelichting van artikel 8 Beleidsregel tariefprincipes is een door de NZa zelf bedachte maximumtermijn. Juist gezien het feit dat de huisartsenzorg – bij de NZa bekend – in de laatste jaren veelvuldig onderhevig was aan veel wijzigingen, had de NZa – om de correctheid van de tarieven zeker te stellen – over moeten gaan tot een (versneld) kostenonderzoek. Er is zowel sprake van een kostenontwikkeling die sterk afwijkt van de tariefontwikkeling (zoals uiteengezet in het bezwaarschrift (Productie 2)), als van een te laag vastgesteld tarief dat regulerende prikkels onvoldoende op peil houdt.
- (30) Bovendien weet de NZa dat artikel 8 Beleidsregel tariefprincipes in 2021 is gewijzigd om de actualiteit van de tarieven te waarborgen.²⁴ Dat biedt des te meer reden om tijdig een nieuw kostenonderzoek in de huisartsenzorg uit te voeren.
- (31) Artikel 8 lid 2 Beleidsregel tariefprincipes laat de NZa overgaan op versnelde herijking van tarieven als gevolg van ‘signalen uit het veld’. Deze signalen waren en zijn er volop. Hiervoor wordt verwezen naar de gronden van bezwaar van DBH (Productie 2) en de bezwaren van de LHV/VPH (Productie 3). Daarbij zijn de signalen in diverse technische overleggen van 14 oktober 2021, 15 februari 2022 en 31 maart 2022 aan bod gekomen (**Productie 8**). Enkele voorbeelden zijn:

- *"We verwachten dat de kosten van huisvesting, ICT en ondersteunend personeel gaan stijgen. Het knelt op dit moment."* (Productie 8, bijlage 1)
- *"Een toename van multidisciplinaire samenwerking met name op het gebied van ouderenzorg en ggz."* (Productie 8, bijlage 1 – een teken dat het takenpakket van huisartsen is vergroot zonder dat zij hiervoor compensatie hebben ontvangen)
- *"Meer inhuur van personeel en diensten."* (Productie 8, bijlage 1)
- *"In Een mist de arbeidsmarktontwikkeling. De beschikbaarheid van huisartsen naast die van ondersteunend personeel is in toenemende mate een probleem."* (Productie 8, bijlage 4)

²² Zie Hoofdstuk II.

²³ Zie het bezwaarschrift (Productie 2) en de pleitnota (Productie 3). De feiten en omstandigheden zagen bijvoorbeeld op: de vergroting van het takenpakket van huisartsen, de noodzakelijke toename van de duur van een consult, de langer wordende gemiddelde werkweek van een huisarts, de groei van de personele samenstelling en toename personeelskosten (o.a. door personeelstekort) en de toename van huisvestingskosten.

²⁴ Zie de Toelichting op de Beleidsregel tariefprincipes: *"Wijzigingen ten opzichte van de vorige versie van deze beleidsregel [...] Daarnaast zijn de belangrijkste wijzigingen in deze beleidsregel als volgt: [...] – Artikel 8: Om de actualiteit van tarieven te borgen, voeren wij onderzoeken uit om tarieven te herijken. Een herijking kan periodiek worden uitgevoerd, maar ook worden versneld wanneer er ontwikkelingen zijn in sectoren die aanleiding geven te herijken. Ook signalen van zorgpartijen kunnen aanleiding geven versneld over te gaan tot herijken van tarieven, of onderdelen van tarieven."* Te raadplegen via: puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_641192_22/1/.

- *“Ineen denkt niet dat er teveel jaren terug moet worden gegaan. De ontwikkelingen in de huisartsenzorg gaan hard en worden in dat geval niet meegenomen. Denk aan de arbeidsproblematiek, de kosten van inhuur et cetera.”* (Productie 8, bijlage 6)
 - *“De pijnpunten in de huidige tarieven, waarvan de lonen en de huur de grootste componenten zijn, zijn meermaals aangegeven. Ook de kosten voor ICT nemen toe. Kunnen al deze componenten worden meegenomen in een tussenoplossing, denk bijvoorbeeld aan een goede schatting?”* (Productie 8, bijlage 6)
- (32) De NZa erkent dit in een memo van 18 maart 2022 (ter voorbereiding op het technische overleg van 31 maart 2022).
- *“Om de periode tussen 2018 (laatste herijking) tot 2025 te overbruggen hebben we verschillende keren aandacht besteed aan mogelijke tussenoplossingen. Partijen geven aan dat voornamelijk ICT-, loon- en huisvestingskosten in de afgelopen periode sterk zijn gestegen en stellen voor om deze onderdelen van de tariefberekening te verhogen.”* (Productie 8, bijlage 7)
 - *“Wel herkennen we de signalen over knelpunten, zoals de stijgende huisvestingskosten [.]”* (Productie 8, bijlage 7)
- (33) In dit verband wordt ook verwezen naar het verslag van de hoorzitting in de bezwaarprocedure (Productie 3, pagina 4): *“Er is verzocht om een oplossing om tussentijdse stappen te zetten, met name om die posten waarvan de signalen heel erg sterk zijn dat de onderbouwing daarvan achterhaald is. Daarvan was de reactie van NZa dat ze het in zijn geheel wilden bekijken, en daar kunnen wij ons niet in vinden.”* Dat is steeds de methode van de NZa geweest om de boot al de jarenlang af te houden: een quasi zorgvuldige route als enige mogelijkheid te presenteren die zo veelomvattend is dat die jaren voorbereiding en onderzoek vergt. De grond is op zichzelf beschouwd ook ontoereikend, want daaruit volgt niet waarom ‘het in zijn geheel bekijken’ de enige oplossingsrichting zou zijn.
- (34) De RVS constateerde alle door DBH in het bezwaarschrift aangedragen knelpunten ook. Daarbij concludeerde de RVS dat verandering noodzakelijk en urgent is (zie randnummer 3).
- *“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.”* (Productie 4, p. 7)
 - *“Steeds vaker slagen mensen er überhaupt niet in om een huisarts in hun woonplaats te vinden; hierbij speelt huisvestingsproblematiek ook een rol. Dat gold eerder voornamelijk voor bepaalde regio’s, maar het speelt nu in vrijwel het hele land. Verschillende nieuwe partijen treden toe tot de zorgmarkt en spelen in op de tekorten, maar bij een deel van deze partijen leidt dat tot klachten over toegankelijkheid en kwaliteit.”* (Productie 4, p. 7) (onderstreping toegevoegd)
 - *“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.”* (Productie 4, p. 7)
 - *“Mede onder invloed van substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn, de hiermee gepaard gaande taakdifferentiatie naar POH’s en doktersassistenten, en zorgverzekeraars die hier bij inkoop op stuurden, zijn praktijken groter geworden. Ten gevolge van verschillende*



ontwikkelingen nam ook het aantal praktijken met meerdere huisartsen toe.⁶⁷ Hoewel dit positief heeft uitgewerkt voor in ieder geval de toegankelijkheid van zorg, heeft deze praktijkvergroting – met name in de zin van meer ondersteunend personeel – ook geleid tot meer interne afstemming en overleg ('blik naar binnen'), minder generalistisch werken en een toename van managementtaken." (Productie 4, p. 17)

- "Een van de rode draden in het Nederlandse gezondheidszorgbeleid in de afgelopen decennia is substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. [...] 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 groeirimte 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 genereert. En verder is het de vraag of het, als de kosten van benodigde extra organisatie en afstemming in de eerste lijn worden meegerekend, 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." (Productie 4, p. 19) (onderstreping toegevoegd)

- (35) Ook moet de NZa zich bewust zijn geweest van de demonstraties van huisartsen op het Malieveld,²⁵ het feit dat huisartsen het IZA niet wilden tekenen,²⁶ de verscheurkalender waarvan minister Kuipers het eerste exemplaar in ontvangst nam²⁷ en de vele andere noodkreten die in landelijke media werden overgenomen. In de pleitnota in de bezwaarprocedure (Productie 3, randnummer 9) zijn reeds 20 signalen uit openbare bronnen opgenomen waaruit blijkt dat de huisartsenzorg de laatste jaren veel ontwikkelingen/wijzigingen heeft doorgemaakt en onder grote druk staat. Dat is slechts het topje van de ijsberg, zoals ook door de RVS bevestigd (Productie 4).

²⁵ Zie www.lhv.nl/nieuws/duizenden-demonstranten-op-malieveld-voor-behoud-van-goede-huisartsenzorg/, nos.nl//2434728 en www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/nieuwsartikel/huisartsen-op-het-malieveld.-dit-is-nog-maar-het-begin.

²⁶ Zie www.lhv.nl/nieuws/lhv-huisartsen-zeggen-nee-tenzij-tegen-zorgakkoord/ en www.lhv.nl/nieuws/lhv-besluit-om-zorgakkoord-alsnog-te-tekenen/: "De huisartsen die samen de landelijke ledenvergadering van de LHV vormen, hebben tijdens een lange bespreking maandagavond 12 september besloten dat zij het Integraal Zorgakkoord nu niet ondertekenen. Tenzij er binnen 3 maanden op belangrijke punten aan de randvoorwaarden wordt voldaan. Dan zijn we als huisartsen alsnog bereid om het zorgakkoord te ondertekenen."

²⁷ Zie www.medischcontact.nl/nieuws/boeken-en-films/media-en-cultuur/verscheurkalender-2022.

Afbeelding 1 – Demonstratie duizenden huisartsen op Malieveld d.d. 1 juli 2022



- (36) Voorts geldt dat de periode van zeven jaar nu juist in de huisartsenzorg voorzienbaar onzorgvuldig is. Zoals in het bezwaarschrift én in de pleitnota in de bezwaarprocedure is toegelicht (respectievelijk randnummers 45-76 en 5-8), is juist de huisartsenzorg de laatste jaren drastisch veranderd. Een aantal voorbeelden zijn in de tabel in randnummer 5 van de pleitnota in de bezwaarprocedure inzichtelijk gemaakt (Productie 2). Er is zo veel op fundamentele wijze veranderd in de huisartsenzorg (zie het RVS-rapport (Productie 4)), dat dat gevolgen zou moeten hebben voor de tarieven in de huisartsenzorg. Structurele veranderingen vergen structurele aanpassing van de bekostiging in plaats van een extra schepje suiker in de vorm van indexatie.
- (37) Als vermeld erkent de NZa in het bestreden besluit dat de signalen (de NZa noemt het knelpunten) die aangeven dat de kosten en de belasting significant zijn toegenomen er waren en zijn. Ook weet de NZa dat in het kader van het IZA – dat in 2021/22 is vormgegeven – het voorgaande ook volgt. Tevens meldt de NZa op pagina 11 van het bestreden besluit dat herijking laat is.²⁸ Die mening was de NZa evenwel drie jaar eerder – in 2019 – ook al toegedaan. De NZa schreef immers op 7 november 2019 in een beslissing op bezwaar tegen een eerdere tariefbeschikking huisartsenzorg al dat de NZa signalen herkende dat huisartsen onder andere te maken hadden met een stijgende werkdruk en een langere consultduur.

“De NZa is bekend met het signaal dat huisartsen geven over de stijgende werkdruk. Niet aannemelijk is dat de kostenstructuur en productie van de huisartsenpraktijken door de stijgende werkdruk geheel niet meer in lijn is met de metingen die in 2017 hebben plaatsgevonden. Een vroegtijdige volledige herijking van de tarieven acht de NZa daarom niet nodig.”

- (38) Dit alles bevestigde de NZa onlangs (juni 2023) ook nog in het Advies Bekostiging meer tijd voor de patiënt in de huisartsenzorg.²⁹ De problemen die de NZa aldaar signaleert, zijn niet van de ene op de andere dag ontstaan (zoals hierboven ook omschreven).

“De huisartsenzorg is van cruciaal belang in de gezondheidszorg, en in de maatschappij als geheel. De sector heeft een centrale positie in de samenwerking tussen de verschillende zorgsectoren onderling, met het sociaal domein en met de langdurige zorg. Het netwerk rond de patiënt moet goed georganiseerd zijn. De huisarts heeft als poortwachter van de zorg een belangrijke rol in het stelsel, en is hiermee cruciaal in het organiseren en leveren van passende zorg. Huisartsen kunnen voorkomen dat er onnodig(e) zorg

²⁸ Productie 1, p. 11: “De NZa begrijpt dat een herijking van tarieven met ingang van 2025 als laat wordt ervaren door de huisartsen.”

²⁹ Zie Advies Bekostiging meer tijd voor de patiënt in de huisartsenzorg van 12 juni 2023. Te raadplegen via: puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_743278_22/1/.

wordt geleverd, en patiënten waar nodig verwijzen naar de juiste plek. 8 De sector staat momenteel voor grote uitdagingen. Ontwikkelingen zoals de dubbele vergrijzing van de bevolking, krapte op de arbeidsmarkt, wachtlijsten in andere zorgsectoren, het langer thuis wonen van ouderen en de verschuiving van zorg naar de eerste lijn hebben een grote impact. Hierdoor komt de toegankelijkheid van de huisartsenzorg steeds meer onder druk te staan. Huisartsen ervaren een hoge werkdruk. Steeds minder huisartsen willen praktijkhouder worden, waardoor praktijkhouders in sommige regio's niet in staat zijn om hun praktijk over te dragen als zij met pensioen gaan. Dit brengt risico's voor de continuïteit van de huisartsenzorg met zich mee. Vanwege deze uitdagingen zijn in het IZA afspraken opgenomen over MTVP, het versterken van de organisatie van eerstelijnszorg, de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (ggz), het sociaal domein en de tweede lijn, de druk op de avond-, nachten weekendzorg (ANW-zorg), en voldoende en betaalbare huisvesting.”³⁰

- (39) Als de NZa reële bekostiging wil vaststellen, zal zij ook rekening moeten houden met de afspraken uit het IZA. In september 2022 is het IZA getekend door tal van partijen in de zorg. Het IZA heeft als doel de zorg voor de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Deze kernwaarden staan in de zorg onder druk. Om toch toegankelijke, kwalitatief hoogstaande en betaalbare zorg in Nederland te bewerkstelligen, zijn afspraken gemaakt tussen het ministerie van VWS en een groot aantal partijen in de zorg en vastgelegd in het IZA. De NZa is nauw betrokken geweest bij de totstandkoming van het IZA.³¹ De (toenmalig) voorzitter van de raad van bestuur van de NZa riep “alle branche- en beroepsverenigingen” op het IZA te tekenen,³² waaronder dus de LHV. De minister van VWS deed zelfs persoonlijk meermaals een indringend beroep op de LHV om het IZA te tekenen.³³ In de beslissing op bezwaar had de NZa alsnog moeten erkennen dat een dergelijk (aldus de minister van VWS) ingrijpend akkoord, dat beoogt structurele wijziging in de eerste en tweedelijns zorg te bewerkstelligen, noopt tot een aanpassing van het genomen besluit.
- (40) Het is vaste rechtspraak dat partijen gehouden zijn aan hoofdlijnenakkoorden/bestuurlijk akkoorden in de zorg, zoals het IZA. VWS, de NZa en zorgverzekeraars zullen desgevraagd allen verklaren dat alle huisartsen zich aan het IZA zullen moeten houden. Mede gezien het feit dat de NZa nauw betrokken is geweest bij de totstandkoming en de huisartsen opriep het IZA te tekenen, zou de NZa de afspraken uit het IZA ook mogelijk maken door de tarieven op een zorgvuldige en gemotiveerde wijze vast te stellen. Een selectie van rechtspraak is hieronder inzichtelijk gemaakt.

Tabel 1. Selectie rechtspraak nakoming akkoorden	
Uitspraak	Relevante rechtsoverwegingen
Rechtbank Arnhem 18 juni 2012, ECLI:NL:RBARN:2012:BW9172	4.19. Het zorgkostenplafond stellen op een vrij hoog niveau van groei van 50% ten opzichte van 2011 zoals IvHG het wil, is daarentegen ook niet redelijk gelet op de gerechtvaardigde belangen van VGZ. Immers, VGZ streeft in overeenstemming met het <u>hoofdlijnenakkoord</u> een beheerste kostenontwikkeling van de medisch specialistische zorg na. Deze realistische en gerechtvaardigde doelstelling is een maatschappelijk gegeven waar ook IvHG rekening mee moet houden en naar vermogen aan moet bijdragen. IvHG
Rechtbank Oost-Nederland 23 januari 2013, ECLI:NL:RBONE:2013:BZ0580	4.8. Naar het oordeel van de voorzieningenrechter kan evenwel Opvoedpoli in redelijkheid niet van VGZ eisen dat zij enerzijds onder

³⁰ Idem, p. 7.

³¹ Kamerbrief van 16 september 2022 met kenmerk 3434315-1034974-Z, p. 1. Te raadplegen via: open.overheid.nl/documenten/ronl-1852cfca601464bac4879320d9e7fec4dc3d518a/pdf.

³² NZa 12 september 2022, 'Integraal Zorgakkoord belangrijke stap naar passende zorg'. Te raadplegen via: www.nza.nl/actueel/nieuws/2022/09/12/integraal-zorgakkoord-belangrijke-stap-naar-passende-zorg.

³³ Zie de ongedateerde brief van de minister van VWS: www.lhv.nl/wp-content/uploads/2022/09/Brief-MVWS-aan-LHV-IZA-in-format.docx.pdf en de brief van de minister van VWS d.d. 25 september 2022 met kenmerk 3436243-1035200-CZ, www.lhv.nl/wp-content/uploads/2023/05/20220915-Brief-MVWS-LHV-15-9-2022.pdf. Zie ook de brief van de minister van VWS d.d. 25 januari 2023 met kenmerk 3505052-1042633-Z, open.overheid.nl/documenten/ronl-13825f312e2138361783a12bff1e4928c791e7a1/pdf. Deze brieven zijn ook als Bijlagen 11 en 12 bij Productie 2 overgelegd.

	<p>meer op grond van het gelijkheidsbeginsel wordt toegelaten als nieuwe gecontracteerde zorgaanbieder en anderzijds dat bij haar wel een aanmerkelijke groei in de tweede lijns GGZ-zorg wordt bekostigd (in 2012 tweemaal zoveel DBC's geopend als in 2011), terwijl op grond van het breed gedragen <u>Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord</u> uit het oogpunt van kostenbeheersing en noodzakelijke bezuiniging aan de zittende gecontracteerde, voorheen gebudgetteerde, zorgaanbieders een jaarlijkse krimp wordt opgelegd (in 2012 6% ten opzichte van 2011 en in 2013 2-4% ten opzichte van 2012).</p>
<p>Rechtbank Zeeland West-Brabant 28 juni 2017, ECLI:NL:RBZWB:2017:4052</p>	<p>3.8.2. Het standpunt van RDC verhoudt zich daarnaast niet met de uitgangspunten en gemaakte afspraken uit het <u>Hoofdlijnenakkoord</u> waarin aspecten als kostenbeheersing en bezuinigingen bij zorgaanbieders zijn afgesproken. RDC is als zorgaanbieder immers een onderdeel uit de zorgketen, zodat zij naar vermogen dient mee te werken aan matiging van de zorgkosten, e.e.a. conform de uitgangspunten van het Hoofdlijnenakkoord. Vast staat dat CZ RDC tijdens de onderhandelingen hierop heeft gewezen en waarmee RDC ook rekening heeft gehouden. Uit de ter comparitiezitting gedane verklaringen van RDC volgt dat ná het <u>Hoofdlijnenakkoord</u> het RDC duidelijk was dat CZ minder budget aan RDC zou toekennen, reden dat RDC heeft ingezet op het verwerven van andere financiële bronnen.</p> <p>3.8.3. Tegen de achtergrond van de geschetste wet- en regelgeving, waaronder het Hoofdlijnenakkoord, én de tussen partijen geldende contractsvrijheid is de rechtbank van oordeel dat CZ bij het aangaan van zorgovereenkomsten voor de jaren 2011, 2012 en 2013 in redelijkheid niet gehouden was om voor de door RDC gewenste bedragen te contracteren.</p>
<p>Rechtbank Noord-Nederland 30 januari 2018, ECLI:NL:RBNNE:2018:257</p>	<p>4.21 [...] Ook al is De Friesland als vennootschap geen partij bij het <u>BA GGZ 2014-2017</u>, als onderdeel van Achmea heeft zij dat akkoord wel tegen zich te laten gelden. Dat een zorgverzekeraar zich uitdrukkelijk wil onttrekken aan een verplichting uit het BA GGZ 2014-2017 die haar kennelijk niet uitkomt, welke verplichting bovendien voortvloeit uit het doel van de Zorgverzekeringswet en een fundamenteel beginsel van mededinging betreft, draagt niet bij aan het vertrouwen in haar als verzekeraar en het vertrouwen in Achmea als contractspartner bij het BA GGZ 2014-2017</p>
<p>Rechtbank Zeeland-West-Brabant 26 juni 2020, ECLI:NL:RBZWB:2020:7128</p>	<p>3.19 Blijkens het <u>Bestuurlijk akkoord</u> Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) 2019-2022, ondertekend door een aantal branche- en beroepsorganisaties in de GGZ, Zorgverzekeraars Nederland en de staatssecretaris van VWS is het de bedoeling dat contractering van de zorg wordt gestimuleerd. Hoewel CZ contractsvrijheid heeft, mag van haar als (mede)uitvoerder van voormeld akkoord verwacht worden dat zij in het kader van de onderhandelingen tussen partijen over de te sluiten zorgcontracten zeer zorgvuldig te werk gaat.</p>
<p>Gerechtshof 's-Hertogenbosch 19 oktober 2021, ECLI:NL:GHSHE:2021:3159</p>	<p>5.17. Gelet op de verantwoordelijkheid van CZ als zorgverzekeraar om de zorgkosten beheersbaar te houden en de afspraak in het <u>Bestuurlijk Akkoord</u> over de beschikbare, maximale volumegroei in de ggz, heeft Metabetica dan ook te weinig aangevoerd voor het oordeel dat CZ niet in redelijkheid het beleid heeft kunnen voeren dat een</p>

	omzetplafond wordt gehanteerd en dat dit omzetplafond wordt berekend op basis van de omzet van drie jaar eerder.
Rechtbank Den Haag 3 maart 2023, ECLI:NL:RBDHA:2023:2685	4.7 Voormelde vraag dient naar het oordeel van de voorzieningenrechter bevestigend te worden beantwoord. Voor zover Zilveren Kruis c.s. hebben betwist dat zij hiertoe gehouden zijn, gaat de voorzieningenrechter daaraan voorbij. Indien Zilveren Kruis c.s. geen reëel tarief zouden bieden voor de zorg die zij contracteren, handelen zij naar het oordeel van de voorzieningenrechter rechtstreeks in strijd met de gerechtvaardigde belangen van [de Stichting] en haar cliënten, die tevens hun verzekerden zijn. Zonder reëel tarief stellen zij [de Stichting] – hun langdurige contractspartner, die afhankelijk van hen is, net als Zilveren Kruis c.s. afhankelijk is van haar – niet in staat om de gevraagde diensten te leveren met de vereiste kwaliteit en om te voldoen aan de afspraken die zijn gemaakt in het <u>Integraal Zorg Akkoord (IZA)</u> .

- (41) Om uitvoering van het IZA mogelijk te maken, zijn kostendekkende tarieven voor huisartsen essentieel. Het CBb heeft eerder geoordeeld dat de NZa bij een nieuwe bekostigingssystematiek (het IZA heeft invloed op de bekostiging van huisartsenzorg) *zelf* moet onderzoeken of er nog sprake is van kostendekkende tarieven.³⁴ Dit is nog een reden waarom de NZa had moeten overgaan tot (versnelde) herijking van de tarieven.
- (42) Het bestreden besluit is overigens ook niet te rijmen met het feit dat de NZa zelf enkele jaren geleden reeds een nieuw kostenonderzoek voor de huisartsenzorg wilde organiseren. Al in 2020/2021 was het de NZa bekend dat de kosten herijkt moesten gaan worden door middel van een nieuw kostenonderzoek.³⁵ De NZa stelt in het bestreden besluit (paragraaf 1.3) immers dat er in het Bestuurlijk Overleg van 13 oktober 2021 is gesproken over het al dan niet doen van een kostenonderzoek. De NZa heeft zelf in 2020/2021 dus geconstateerd dat het Kostenonderzoek 2015 niet meer kon leiden tot kostendekkende tarieven. Toch heeft de NZa in 2023 nog steeds geen nieuw kostenonderzoek ter onderbouwing van de Tariefbeschikking uitgevoerd.
- (43) Uit de uitlatingen van de NZa volgt dat in 2019 al – en zeker in 2021-2023 – er overtuigende omstandigheden en signalen waren voor de NZa om over te gaan tot (versnelde) herijking van de tarieven in de huisartsenzorg. Dat de NZa niet tijdig nieuw kostenonderzoek heeft gedaan is onzorgvuldig.

Interval tussen NZa kostenonderzoeken van zeven jaar: strijdig met de NZa-praktijk

- (44) De (maximum) periode van zeven jaar staat haaks op standaard beleid en de praktijk van de NZa.
- De praktijk wijst immers uit dat het Kostenonderzoek 2015 voor de huisartsenzorg een van de meest verouderde, zo niet het oudste, NZa kostenonderzoek is. Zie daarvoor onderstaande tabel. Dit is ook in randnummer 4 van de pleitnota (Productie 3) uiteengezet.

Tabel 2. Opsomming kostprijsonderzoeken			
	Zorgsector	Jaar kostenonderzoek	
1	MSZ	2021	Jaarlijks kostenonderzoek. ³⁶

³⁴ CBb 19 oktober 2021, ECLI:NL:CBB:2021:950.

³⁵ Productie 1, p. 12: "De NZa is in het voorjaar van 2021 gestart met een verbetertraject voor de bekostiging van de huisartsenzorg, omdat in de praktijk knelpunten worden ervaren met de huidige bekostiging." Productie 1, p. 16: "De NZa ziet dat de huisartsenzorg te maken heeft met knelpunten."

³⁶ Zie www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/kostenonderzoek-msz.



2	Acute zorg (ambulancetzorg)	2021	Kostenonderzoek meldkamer ambulancetzorg uit 2020. ³⁷
3	Geboortezorg (kraamzorg)	2020	Kraamzorg onderzoek over data uit 2018. ³⁸ Het kostenonderzoek daarvoor was uit 2012 met data uit 2011. ³⁹
4	Kortdurende zorg	2020	Onderzoek over data uit 2018. ⁴⁰
5	Paramedische zorg	2020	Onderzoek over data uit 2018. ⁴¹ De kostenonderzoeken daarvoor waren uitgesplitst naar soort paramedische zorg. Het kostenonderzoek logopedie kwam uit 2011 over data uit 2010. ⁴²
6	GGZ/FZ	2019	Kostenonderzoek over data uit 2017. ⁴³ In 2013 was het voorgaande kostenonderzoek over data uit 2012. ^{44 45}
7	Langdurige zorg	2018	Onderzoek over data uit 2017. ⁴⁶ Het kostenonderzoek daarvoor was uit 2013 over data uit 2012. ⁴⁷ Het kostenonderzoek voor GRZ en MSZ daarvoor was uit 2015 over data uit 2014. ⁴⁸
8	Geboortezorg (verloskunde)	2017	Onderzoek over data uit 2016 en een deel 2017. ⁴⁹
9	Wijkverpleging	2017	Onderzoek over data uit 2016 en prognose 2017. ⁵⁰
10	Huisartsenzorg	2017	Kostenonderzoek over data uit 2015.

- Uit de praktijk blijkt daarnaast dat de NZa in vrijwel alle segmenten van de zorg kortere intervallen tussen kostenonderzoeken hanteert. Dat doet de NZa bovendien voor (deel)sectoren in de zorg die beduidend minder wijzigingen hebben ondergaan dan de huisartsenzorg.
 - Voor de medisch-specialistische zorg dateert het huidige kostenonderzoek van 2021 en het nieuwe kostenonderzoek zal in 2023 plaatsvinden.⁵¹ Het afgelopen kostenonderzoek dateerde van 2019.⁵² Dit is een interval van **twee jaar**.
 - Voor de kortdurende zorg dateert het huidige kostenonderzoek van 2020 en zal er in 2024 opnieuw een kostenonderzoek gepubliceerd worden.⁵³ Dit is een interval van **vier jaar**.

³⁷ Zie puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_625202_22/2/.

³⁸ Zie puc.overheid.nl/PUC/Handlers/DownloadBijlage.ashx?puclid=PUC_312794_22_1&bestand=Verantwoordingdocument_Tarieven_Kraamzorg_en_bijlage.pdf&bestandsnaam=Verantwoordingdocument+Tarieven+Kraamzorg+en+bijla.pdf.

³⁹ Zie puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3255_22/1

⁴⁰ Zie www.nza.nl/actueel/nieuws/2020/04/23/de-nza-past-tarieven-voor-de-geriatrische-revalidatiezorg-aan.

⁴¹ Zie www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/03/12/kostenonderzoek-paramedische-zorg

⁴² Zie puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_2880_22/1/.

⁴³ Zie puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_285678_22/.

⁴⁴ Zie puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_285678_22/, p. 9: "De huidige maximumtarieven voor de gespecialiseerde-ggz (g-ggz) en de fz zijn gebaseerd op de kosten uit het jaar 2012. Sinds 2012 zijn er veel veranderingen geweest in de ggz (Zvw) en fz en de kosten die zijn gemoeid met het verlenen van deze zorg."

⁴⁵ Zie www.eerstekamer.nl/nonav/overig/20160404/marktscan_forensische_zorg_2015/document: "In 2014 verhoogde de NZa de maximumtarieven voor de forensische zorg naar aanleiding van een kostprijsonderzoek."

⁴⁶ Zie puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_212521_22/1/.

⁴⁷ Zie puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_212521_22/1/: "De huidige maximumtarieven voor de gespecialiseerde-ggz (g-ggz) en de fz zijn gebaseerd op de kosten uit het jaar 2012. Sinds 2012 zijn er veel veranderingen geweest in de ggz (Zvw) en fz en de kosten die zijn gemoeid met het verlenen van deze zorg. Dit geldt niet alleen voor de wettelijke kaders, maar ook voor de praktijk van de zorgverlening zelf."

⁴⁸ Zie puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_12969_22/.

⁴⁹ Zie puc.overheid.nl/PUC/Handlers/DownloadDocument.ashx?identifier=PUC_3592_22&versienummer=1&_type=pdf&ValChk=uVj7L55mmAwjL_mTs9t1mAgEkKyF9vDkmeb1fkvw5g1.

⁵⁰ Zie puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3582_22/1/.

⁵¹ Zie puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_721864_22/1/.

⁵² Zie web.archive.org/web/20190530031552/https://www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/kostenonderzoek-msz.

⁵³ Zie www.nza.nl/zorgsectoren/kortdurende-zorg/onderzoek-passende-tarieven-en-prestaties.

- Wat betreft de ggz en de forensische zorg wordt er in 2024⁵⁴ een kostenonderzoek uitgevoerd om de tarieven in 2024 én 2026⁵⁵ aan te passen. Het huidige kostenonderzoek voor de ggz en de forensische zorg is in 2019 uitgevoerd. Dat betekent dat de interval voor de ggz en forensische zorg ca. **vijf jaar** is.
- Het huidige kostenonderzoek voor de Wlz dateert uit 2018. In 2024 wordt er weer een kostenonderzoek gedaan.⁵⁶ Het kostenonderzoek voor de Wlz daarvoor dateerde uit 2013. De interval voor kostenonderzoeken in de Wlz is dus ca. **vijf jaar**.

- (45) Kortom: de NZa hanteert in de praktijk intervallen tussen kostenonderzoeken van twee tot vijf jaar. Dit komt overeen met een eerdere uitspraak van de NZa in een beslissing op bezwaar tegen een eerdere tariefbeschikking huisartsenzorg. De NZa gaf in 2019 namelijk aan dat de NZa eens in de vier tot vijf jaar een kostenonderzoek doet in de huisartsenzorg.⁵⁷ Daarbij gaf de NZa aan uiterlijk in 2022 over te gaan tot een nieuw kostenonderzoek. Daar mochten alle huisartsen en DBH dan ook op vertrouwen.
- (46) De NZa doet aldus niet wat van haar mag worden verwacht. Waar de NZa uitgaat van een interval van vier tot vijf jaar, moet DBH het anno 2023 doen met een interval die twee keer zo lang is (ca. 8 jaar). Dit is ook in randnummer 38 van het bezwaarschrift uiteengezet (Productie 2).

NZa was gehouden ex artikel 4:84 Awb waar nodig af te wijken van de beleidsregel

- (47) Wat ook zij van de onjuiste lezing van de Beleidsregel tariefprincipes geldt te allen tijde het volgende. Als de NZa de Beleidsregel tariefprincipes meent te mogen lezen als dat een interval van zeven jaar gerechtvaardigd is, dan was de NZa gehouden op grond van artikel 4:84 Awb af te wijken van de Beleidsregel tariefprincipes.
- (48) De NZa mag op grond van artikel 4:84 Awb afwijken van haar eigen (interpretatie van de) Beleidsregel tariefprincipes. Deze afwijking is expliciet voorzien in artikel 9 Beleidsregel tariefprincipes.⁵⁸ Van de (NZa-interpretatie van de) Beleidsregel tariefprincipes moet worden afgeweken ingevolge artikel 4:84 Awb als er zich een bijzonder geval voordoet. Afwijking conform artikel 4:84 Awb is nodig als (i) er sprake is van bijzondere omstandigheden en als (ii) overeenkomstig de beleidsregel handelen onevenredige gevolgen zou hebben in verhouding tot de met de beleidsregel te dienen doelen.⁵⁹

“Uit de rechtspraak blijkt enerzijds dat het bestuursorgaan zich aan de voor hem geldende beleidsregels dient te houden, anderzijds dat het bestuursorgaan zich door het geven van beleidsregels niet de bevoegdheid kan ontnemen om in bijzondere gevallen van beleidsregel[s] af te wijken (o.m. Afd. rechtspraak 10-6-1977, AB 1977, 359). Het bestaan van deze afwijkingsbevoegdheid brengt met zich mee, dat in de daarvoor in aanmerking komende gevallen zorgvuldig onderzocht dient te worden of er reden is voor afwijking, alsmede dat inderdaad afwijking plaatsvindt als de redelijkheid dat vereist (o.m. CRvB 13-10-1987, RSV 1988, 118; CBb 4-7-1985, AB 1986, 19; Afd. rechtspraak 10-2-1987, AB 1987, 397). [...]

Afwijking van de beleidsregel is mogelijk als aan twee cumulatieve eisen is voldaan. Ten eerste moet er sprake zijn van bijzondere omstandigheden. Ten tweede dienen deze met zich te brengen dat de nadelige of voordelige gevolgen van handelen overeenkomstig de beleidsregel onevenredig zouden zijn in verhouding tot de met de beleidsregel te dienen doelen. [...]

Afwijking is derhalve mogelijk en geboden, indien de strikte naleving van de beleidsregel, gelet op de strekking van de beleidsregel en de onderliggende wettelijke regeling, in het onderhavige geval niet nodig

⁵⁴ Zie [ggz.nl/nza-doet-onderzoek-voor-aanpassing-ggz-tarieven-in-2024-en-2026/](https://www.ggz.nl/nza-doet-onderzoek-voor-aanpassing-ggz-tarieven-in-2024-en-2026/).

⁵⁵ Zie www.skivr.nl/nieuws/nza-gaat-ggz-tarieven-in-2024-en-2026-aanpassen/.

⁵⁶ Zie www.vgn.nl/nieuws/2022-wordt-basisjaar-voor-wlz-kostenonderzoek-van-de-nza.

⁵⁷ Zie NZa (7 november 2019), Beslissing op bezwaar Huisartsenpraktijk Sluis, p. 3. Te raadplegen via: puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_295537_22/1/.

⁵⁸ Artikel 9 Beleidsregel tariefprincipes luidt als volgt: “Op grond van art. 4.84 Awb kan de NZa afwijken van deze beleidsregel indien overeenkomstig deze beleidsregel handelen gevolgen zou hebben die wegens bijzondere omstandigheden onevenredig zijn in verhouding tot de met de beleidsregel te dienen doelen.”

⁵⁹ Zie pgawb.nl/pg-awb-digitaal/hoofdstuk-4/4-3-beleidsregels/artikel-484/.

is en bovendien een onevenredig nadeel voor de belanghebbenden zou opleveren (vgl. bijv. CRvB16-12-1985, RSV 1986, 157; Vz. CBb 15-3-1985, AB 1986, 4).⁶⁰ (onderstreping toegevoegd)

- (49) Van (i) bijzondere omstandigheden is in dit geval sprake. Er zijn bijzondere omstandigheden (kostenontwikkelingen, zie beroepsgrond 4 en het bezwaarschrift (Productie 2)) die maken dat de NZa af had moeten wijken van de Beleidsregel tariefprincipes. De bijzondere omstandigheden zijn te meer aanwezig nu de huisartsenzorg juist een sector is die aan de meeste ontwikkelingen onderhevig is. Dit erkent de NZa meermaals tijdens technische overleggen:

“De huidige tarieven zijn gebaseerd op een onderzoek over 2015, er is in de tussentijd veel veranderd. Of normeren de oplossing is weten wij niet maar we vinden het wel een probleem dat er lange tijd geen onderzoek en herijking heeft plaatsgevonden. Normeren kan wellicht een oplossing bieden. Bij een sterk veranderende sector is de informatie uit een bepaald onderzoeksjaar al snel niet meer actueel.” (Productie 8, bijlage 2) (onderstreping toegevoegd)

De onderstreepte passage wordt herhaald in Productie 8, bijlage 3 (pagina 22).

“Er is een aantal redenen waarom kostprijsonderzoek op basis werkelijke kosten niet de beste optie is. Denk daarbij aan nieuwe zorgvormen of een sterk veranderende sector.” (Productie 8, bijlage 2) (onderstreping toegevoegd)

- (50) Dat betekent dat er sprake is van bijzondere omstandigheden.
- (51) Ook is er sprake van (ii) onevenredige benadeling als de verkeerde lezing van de NZa van de Beleidsregel tariefprincipes wordt gevolgd. Volgens artikel 2 Beleidsregel tariefprincipes is het doel van de beleidsregel om inzicht te bieden in de uitgangspunten die de NZa hanteert bij het vaststellen van Wmg-tarieven. Dat doel wordt ook behaald als de NZa kiest voor versnelde of frequentere herijking van de tarieven.⁶¹ Dan wordt er door middel van (artikelen 8 en 9 van) de Beleidsregel tariefprincipes immers inzicht gegeven in de uitgangspunten die de NZa hanteert bij het vaststellen van de tarieven uit de Tariefbeschikking.
- (52) De gevolgen van enerzijds het niet-afwijken van de Beleidsregel tariefprincipes en niet handelen (niet doen van tijdig kostenonderzoek en het niet vaststellen van reële kostendeekkende tarieven) en anderzijds het afwijken van de Beleidsregel tariefprincipes en wel handelen moeten afgewogen worden. Dat heeft de NZa op een onjuiste manier gedaan. De belangenafweging had de kant van de huisartsen op moeten vallen. Wanneer er namelijk niet wordt afgeweken van de Beleidsregel tariefprincipes, wordt er acht jaar aan ontwikkelingen in de huisartsenzorg⁶² – die van invloed moeten zijn op de tarieven – niet of evident onvoldoende meegenomen in de Tariefbeschikking. Dit ten nadele van alle huisartsen in Nederland. Al die huisartsen worden onevenredig benadeeld. Huisartsen ontvangen als gevolg van de omissie van de NZa (het niet doen van tijdig kostenonderzoek) geen kostendeekkende tarieven.
- (53) De NZa geeft daarbij aan dat de tarieven niet met terugwerkende kracht worden herijkt.

“De LHV stelt de situatie voor waarin we aan de hand van de resultaten van het kostenonderzoek tot de conclusie komen dat de tarieven ook over het jaar 2022 te laag waren. Kan de NZa daar dan nog iets mee doen met terugwerkende kracht?”

De NZa geeft aan dat de tarieven in principe niet met terugwerkende kracht worden herijkt om zowel juridische als praktische redenen.⁶³

⁶⁰ Memorie van Toelichting bij de Awb.

⁶¹ Ingevolge artikel 8 en 9 van de Beleidsregel tariefprincipes.

⁶² Zie randnummers 42-122 van het bezwaarschrift (Productie 2), alsook randnummers 77-131 van dit beroepschrift in aanvulling daarop.

⁶³ Zie Productie 8, bijlage 9.



- (54) Dit is door de NZa niet onderbouwd. Er zijn geen juridische bezwaren bekend bij DBH. Ook praktische bezwaren zijn te overkomen. De NZa is namelijk de marktmeester in de huisartsenzorg. De NZa kan dan ook de nodige maatregelen treffen om te zorgen dat kostendekkende en reële tarieven met terugwerkende kracht juist wel worden bewerkstelligd.
- (55) Die benadeling van alle Nederlandse huisartsen weegt evident niet op tegen het doel van de Beleidsregel tariefprincipes (inzicht bieden in uitgangspunten bij vaststellen Wmg-tarieven). De NZa had daarom gelet op het doel van de Beleidsregel tariefprincipes, artikel 9 Beleidsregel tariefprincipes en artikel 4:84 Awb eerder kostenonderzoek moeten doen en kostendekkende tarieven moeten vaststellen (zie Hoofdstuk II). Dat de NZa dit niet deed is onzorgvuldig en in strijd met het motiveringsbeginsel.

NZa kan zich niet beroepen op overmacht

- (56) Als de NZa desalniettemin meent zich te kunnen beroepen op 'overmacht' en dat een kostenonderzoek door COVID-19 niet goed mogelijk was, geldt het volgende. De NZa kan zich niet verschuilen achter vermeende uitingen van de LHV of de VPH voor het niet uitvoeren van een nieuw kostenonderzoek.⁶⁴
- (57) Dat er te weinig draagvlak voor een kostenonderzoek zou zijn, ontslaat de NZa niet van haar wettelijke taak⁶⁵ reële en kostendekkende tarieven vast te stellen. De NZa heeft te allen tijde de eigen verantwoordelijkheid om te zorgen voor kostendekkende tarieven en dus voor een recent en representatief kostenonderzoek.⁶⁶ Als de NZa 'draagvlak' zo belangrijk vindt dan had de NZa de suggesties van de huisartsen(organisaties) moeten volgen en de actualisatie van de tarieven op andere wijze moeten vormgeven.⁶⁷ De NZa had daarbij in ieder geval de tarieven op onderdelen moeten aanpassen, zoals ook in de toelichting van de Beleidsregel tariefprincipes expliciet als optie wordt opgenomen. De NZa had steekproeven of een versimpeld kostenonderzoek moeten doen ter onderbouwing van de Tariefbeschikking. Dat een toezichthouder een multi-interpretabel gelegenheidsargument opvoert dat geen wettelijke verankering kent om de eigen verplichtingen terzijde te stellen demonstreert opnieuw wat hier werkelijk speelt: de NZa stelt handelen zo lang mogelijk uit. Wat haar motieven zijn, is niet relevant: de gevolgen zijn daarbij dusdanig dat deze correctie vergen door de bestuursrechter.

IV. BEROEPSGROND 2: NORMATIEVE HERIJKING HAD MOETEN PLAATSVINDEN

- (58) De NZa stelt in het bestreden besluit dat normatieve aanpassing van de tarieven een optie is, maar maakt daar geen gebruik van.⁶⁸ Dit geschiedt enkel onder verwijzing naar één bron: drie technische

⁶⁴ Productie 1, p. 13: "De NZa had het voornemen een nieuw kostenonderzoek ten behoeve van de herijking van de tarieven voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg te starten in de zomer van 2022 Dit kostenonderzoek zou worden gebaseerd op het jaar 2021, het op dat moment meest recent afgesloten boekjaar. De NZa heeft in het Bestuurlijk Overleg van 13 oktober 2021 met vertegenwoordigers van zorgaanbieders en zorgverzekeraars besproken en gezamenlijk vastgesteld dat de boekjaren 2020 en 2021 niet bruikbaar zijn als onderzoeksjaren door de effecten van COVID-19 op de productie, omzet en kosten, waardoor het geen representatieve jaren betreft. In een bijeenkomst van 15 februari 2022 heeft de NZa met onder meer bezwaarden 1 en ZN besproken over welk jaar een kostprijsonderzoek zou moeten plaatsvinden. Hierbij is het voorstel van de NZa om de historische kosten over het boekjaar 2019 uit te vragen en te gebruiken niet gewenst was, aangezien 2019 niet het meest recente boekjaar was. Mede door de afwezigheid van draagvlak voor een dergelijk onderzoek, heeft de NZa derhalve afgezien van haar voorstel."

⁶⁵ Artikelen 16 aanhef en onder a en 50 t/m 55 Wmg.

⁶⁶ CBB 19 oktober 2021, ECLI:NL:CBB:2021:950.

⁶⁷ Zie het verslag van de hoorzitting in de bezwaarprocedure (Productie 3): "Er is verzocht om een oplossing om tussentijdse stappen te zetten, met name om die posten waarvan de signalen heel erg sterk zijn dat de onderbouwing daarvan achterhaald is. Daarvan was de reactie van NZa dat ze het in zijn geheel wilden bekijken, en daar kunnen wij ons niet in vinden." Zie ook Productie 8 waarin de LHV/VPH meermaals aandrongen op een andere oplossing dan het doen van kostenonderzoek in 2023.

⁶⁸ Productie 1, paragraaf 1.4.3.

overleggen die zijn vermeld in voetnoot 13 van het bestreden besluit.⁶⁹ De NZa verbindt daaraan de conclusie dat er voor de NZa geen eenduidig beeld is op te maken van hoe de huisartsenzorg er de komende vijf jaar uitziet.

“Vanwege een informatiegebrek of ter stimulering kan de NZa er ook voor kiezen tarieven te onderbouwen aan de hand van normen. Voorwaarde hiervoor is dat er een bruikbare en geaccepteerde norm bestaat. Dit betekent bijvoorbeeld dat je moet weten hoe een huisartsenpraktijk vandaag de dag of over 5 jaar er uit moet zien, wil je tarieven normatief kunnen onderbouwen en rekening kunnen houden met toekomstige ontwikkelingen in de tarieven. De NZa heeft onderzocht en met de leden van het Technisch Overleg besproken welke mogelijkheden er nog meer zijn om tarieven in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg te kunnen herijken. Tijdens de bijeenkomsten bleek echter dat er geen eenduidig beeld is in de sector hoe de huisartsenpraktijk van nu en in de toekomst eruit ziet.”

- (59) De redenen waarom de NZa afziet van de normatieve route, snijden geen hout.
- (60) Ten eerste geldt dat de NZa niet kan leunen op input van marktpartijen. Het is de NZa – en alleen de NZa – die zorg heeft te dragen voor kostendekkende tarieven. Dat de NZa zich aan deze plicht onttrekt door te wijzen naar marktpartijen, is onzorgvuldig.
- (61) Ten tweede gaat het om een kostenonderzoek dat per definitie gebaseerd is op historische data. Zelfs met een Tariefbeschikking die gebaseerd is op een tijdig uitgevoerd kostenonderzoek loopt de NZa al achter de feiten aan. De NZa erkent zelf dat normen beter kunnen aansluiten bij de huidige praktijk en meent dat normen niet achter lopen op de werkelijkheid. Dit in tegenstelling tot de historische kosten uit een kostenonderzoek, aldus de NZa (Productie 8, bijlage 2).
- (62) Ten derde is het duidelijk wat er van huisartsen verwacht wordt – nu én in de toekomst. Dit komt onder andere door (1) de bestaande NHG-standaarden, (2) de LHV-leidraad, (3) RVS-rapporten (Productie 4 en 9), (4) het IZA en (5) rapporten van de NZa zelf.
- NHG-standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts bij uiteenlopende klachten en aandoeningen.⁷⁰ Huisartsen moeten deze standaarden volgen bij de uitoefening van hun beroep. Daar kunnen huisartsen nu en in de toekomst niet zomaar van afwijken.
 - De LHV heeft verschillende handreikingen over hoe de huisartsenzorg in elkaar steekt. Ook heeft de LHV een toekomstvisie over hoe de huisartsenzorg er nu uitziet en in de toekomst ook uit hoort te zien.⁷¹
 - Het RVS-rapport ‘De basis op orde’ (Productie 4) van maart 2023 laat duidelijk zien hoe de huisartsenzorg er in de toekomst uit moet zien en welke stappen er nu ondernomen dienen te worden om de huisartsenzorg toekomstbestendig te maken. Over dit rapport meldden de huisartsenorganisaties (InEen, LHV, NHG en VPH): “Wij kunnen wij ons goed vinden in het advies [van RVS] en pleiten ervoor dat het advies goed landt in de visie op de eerste lijn. Het RVS-advies sluit goed aan bij de kernwaarden van de huisartsenzorg.”⁷²

⁶⁹ Zie voetnoot 13 van het bestreden besluit (Productie 1).

⁷⁰ Zie richtlijnen.nhg.org/totstandkoming-nhg-standaarde.

⁷¹ Zie www.lhv.nl/product/boek-zo-werkt-de-huisartsenzorg/, www.zowerktdezorg.nl/ en app.zwdz.nl/huisartsenzorg. Zie ook www.lhv.nl/thema/hoewiljekerken/praktijkhouderschap/hoewiljekerken/hoezitdehuisartsenzorgin elkaar/ en www.lhv.nl/thema/kernwaarden-en-toekomstvisie/.

⁷² InEen, LHV, NHG en VPH onderschrijven de conclusie van het RVS rapport, zie ‘Inbreng huisartsenorganisaties voor Commissiedebat eerstelijnszorg op 5 juli 2023’ (Productie 10).



- Het RVS-rapport 'Met de stroom mee' (**Productie 9**) van juni 2023⁷³ laat zien dat de grens aan het zorgstelsel bereikt is en hoe het in de toekomst beter kan.⁷⁴
 - Het IZA legt de toekomstvisie voor de zorg vast.⁷⁵ Dit is een integraal akkoord, dus gesteund door de hele zorgsector, inclusief het ministerie van VWS en de NZa.
 - De NZa legt zelf in verschillende rapporten vast hoe de toekomst van de huisartsenzorg eruit ziet.⁷⁶
- (63) Diverse relevante citaten hieruit zijn opgenomen in **Productie 11**.
- (64) Al deze toekomstvisies – die op elkaar aansluiten – zijn het resultaat van talloze overleggen.⁷⁷ Al deze documenten/rapporten staan niet ter discussie. De LHV heeft in de technische overleggen ook aangegeven dat de NZa zich op deze bovenstaande standaarden kan beroepen voor een normatieve aanpassing van de tarieven (Productie 8, bijlage 4). Deze geven een eenduidig beeld over hoe de huisartsenzorg eruit ziet en zal gaan zien en dat wordt door de NZa in het bestreden besluit ook niet betwist. De NZa erkent dat tarieven normatief aangepast kunnen worden aan de hand van (kwaliteits)standaarden en veldnormen zoals die in de praktijk gehanteerd worden.
- "Er is een aantal redenen waarom kostprijsonderzoek op basis van werkelijke kosten niet de beste optie is. Denk daarbij aan nieuwe zorgvormen of een sterk veranderende sector. Dan zouden tarieven, of onderdelen van tarieven, op basis van normen kunnen worden vastgesteld. Voorwaarde bij het opbouwen van tarieven aan de hand van normen is dat een goede onderbouwing kan worden gegeven van de norm. De onderbouwing kan gebaseerd zijn op (kwaliteits)standaarden of veldnormen zoals in de praktijk gehanteerd worden."* (Productie 8, bijlage 2)
- (65) De NZa vond in het technische overleg van 14 oktober 2021 het baseren op bovenstaande standaarden zelfs een goede aanvulling van de LHV (Productie 8, bijlage 4). Er is dus wel degelijk een

⁷³ Zie www.raadrivs.nl/documenten/publicaties/2023/06/20/met-de-stroom-mee (Productie 9). Zie p. 27: "De toegankelijkheid van zorg en ondersteuning is de afgelopen jaren achteruitgegaan. Hoewel de brede collectieve (basis)verzekering van het huidige stelsel een belangrijke randvoorwaarde vormt voor toegankelijke zorg, hebben burgers in de praktijk niet altijd toegang tot passende zorg en ondersteuning. Zo neemt het aantal huisartsenpraktijken dat geen patiënten meer kan aannemen toe en zijn spoedeisende hulpen op bepaalde locaties – voor bepaalde tijd – gesloten. In de ggz zijn de wachttijden sterk toegenomen en met name voor de gespecialiseerde ggz zijn de wachttijden lang. Ook het aantal wachtenden voor zorg vanuit de Wlz is al geruime tijd hoog. Steeds meer burgers krijgen zo niet de zorg waar ze recht op hebben (zie hoofdstuk 2 over het recht op gezondheidszorg) wat op termijn een groot risico kan betekenen voor hun gezondheid. Oorzaken van de verslechterde toegang liggen deels buiten het zorgstelsel, maar deels ook in de opzet van het zorgstelsel zelf. Aan de ene kant spelen oorzaken zoals de dubbele vergrijzing, die nog zal doorzetten tot 2040, de stijging van de zorgvraag en de toegenomen personeelsschaarste een rol. Deze ontwikkelingen ontstaan grotendeels buiten het zorgstelsel; zo is de personeelsschaarste ook in veel andere sectoren zichtbaar. Aan de andere kant wordt het toegankelijk houden van de zorg bemoeilijkt door de gefragmenteerde wijze waarop we zorg en ondersteuning organiseren, financieren en aansturen en door de wijze waarop concurrentie in bepaalde delen van de zorg uitwerkt."

⁷⁴ Zie www.nrc.nl/nieuws/2023/06/19/adviesorgaan-kabinet-grens-aan-het-zorgstelsel-is-bereikt-a4167610.

⁷⁵ Zie open.overheid.nl/documenten/ronl-464b0967c396f0f6cc75069e52d1d1ace9a838a6/pdf.

⁷⁶ Zie o.a. www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2020/11/27/advies-samenwerken-aan-passende-zorg-de-toekomst-is-nu.

⁷⁷ Zie bijvoorbeeld www.lhv.nl/thema/kernwaarden-en-toekomstvisie/: "De nieuwe kernwaarden en kerntaken zijn het resultaat van een samenwerkingsproject van acht huisartsenorganisaties (LHV, NHG, InEen, LOVAH, VPHuisartsen, Het Roer Moet Om, IOH en LHOV), onder de naam 'Toekomst huisartsenzorg'. Via ruim 70 denksessies in het land en met input van 3500 huisartsen en huisartsen-in-opleidingen via een online enquête is er zo breed mogelijk in de beroepsgroep opgehaald hoe men aankijkt tegen de kern van het vak. Een inhoudelijke commissie van huisartsen en een stuurgroep met vertegenwoordigers vanuit de acht huisartsenorganisaties zijn op basis van al die informatie gekomen tot de vernieuwde kernwaarden en kerntaken. Die zijn in januari 2019 opgeleverd. De LHV heeft samen met NHG, VPH en InEen vervolgens het initiatief genomen om de kerntaken nader uit te werken. Via vier werkgroepen met inhoudelijk deskundigen, focusgroepen met huisartsen en advies van de inhoudelijke commissie van het eerdere project. Ook hebben verschillende stakeholders commentaar kunnen leveren. De uitwerking van de kerntaken zijn in september 2020 goedgekeurd door de ledenvertegenwoordigingen van LHV, NHG, VPH en InEen." En: "In 2013 heeft de LHV samen met het NHG de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 gepresenteerd. Hierin staat beschreven waar we als beroepsgroep naar streven. Het uitgangspunt van de toekomstvisie is kleinschalige, persoonsgerichte zorg dicht bij de patiënt, waarbij het versterken van de relatie tussen patiënt en huisarts centraal staat."

gedeelde visie voor de huisartsenzorg ten aanzien van de komende (vijf) jaren. De NZa had dit eenvoudig als uitgangspunt kunnen nemen voor de normatieve vaststelling van de tarieven.

“Een conclusie is dat partijen aanleiding zien voor het normatief onderbouwen maar dat het aantal suggesties voor een goede onderbouwing beperkt is. De oproep aan partijen om met suggesties voor een goede basis voor een norm te komen, blijft staan. Wil normatieve onderbouwing een goed alternatief zijn voor meten, dan hebben we die basis nodig.” (Productie 8, bijlage 2)

“Goede basis voor een norm

De LHV geeft aan dat zorgstandaarden en richtlijnen wellicht ook een basis voor normen kunnen vormen. De LHV wijst op sheet 25 van de presentatie: “door de norm niet via een basistarief te introduceren, maar als aparte prestatie met een eigen tarief vast te stellen. Bijvoorbeeld hogere ICT-kosten toerekenen aan digitale zorgconsulten.” Dit gaat over de manier hoe je omgaat met die norm. Een andere manier zou kunnen zijn om met elkaar te bepalen wat een wenselijke norm is. [...] De Systematiek van OPEN is voor InEen ook een vorm. [...] Goede aanvullingen aldus de NZa. De NZa neemt de input mee in de uitwerking voor de technische werksessie. [...] Uiteraard spelen ook ontwikkelingen een rol. De NZa roept partijen op om input te leveren om een goede keuze te maken.” (Productie 8, bijlage 4)

- (66) Zoals in bovenstaande citaten te lezen is, riep de NZa partijen op om input te leveren ten aanzien van de normatieve aanpassing van de tarieven (Productie 8, bijlage 4). Partijen zoals de LHV en InEen deden dit. Vervolgens overlegde de NZa niet meer met partijen over de normatieve aanpassing van de tarieven en liet de NZa deze normatieve aanpassing – onterecht – links liggen. Dit past in een patroon dat de NZa praatsessies waarin marktpartijen goede argumenten aandragen zonder redengeving negeert (**Productie 12**).
- (67) De NZa handelde in strijd met het zorgvuldigheidsbeginsel door geen vervolg te geven aan het normatief gaan onderbouwen van de tarieven. In het oog springt dat de NZa alle normen uit Productie 11 die door marktpartijen samen zijn vastgesteld negeert en vervolgens op basis van slechts drie technische overleggen in 2021 en 2022 stelt dat er geen eenzijdig kader voor de huisartsenzorg zou zijn. De drie technische overleggen kunnen dat standpunt van de NZa bovendien niet dragen. Als dit al anders zou zijn, heeft de NZa hier niet een eigen verantwoordelijkheid om tarieven vast te gaan stellen die volgens de NZa de voorkeur verdienen?
- (68) Bovendien lieten en laten marktpartijen zowel aan de NZa als VWS nu (gemotiveerd) van zich horen. Minister Kuipers heeft recent herhaaldelijk gemeld dat huisartsen te veel op hun bordje hebben.⁷⁸ Dan is de verwachting dat het takenpakket van de huisarts voorlopig niet drastisch wijzigt.
- (69) Ook gaat de NZa, bij haar stelling dat normatieve vaststelling van de tarieven niet mogelijk zou zijn, ten onrechte voorbij aan het feit dat LHV/VPH en DBH elkaar *niet* tegenspreken.⁷⁹ Zij steunen elkaar juist als het gaat om de noodzaak de tarieven ten behoeve van 2023 (en overigens ook opvolgende jaren) opwaarts aan te passen. Uit niets blijkt dat zij tegenstander zijn van normatieve aanpassing van de tarieven. En als dit volgens de NZa al het geval zou zijn (geweest), dan had het op de weg van de NZa gelegen dit bij de hoorzitting te verifiëren. Dit mede nu DBH daar voor het eerst met de NZa sprak over de tariefbeschikking 2023 (DBH was niet bij de technische overleggen omdat DBH nog niet bestond c.q. niet door de NZa was uitgenodigd). Wat daar ook van zij, de NZa heeft haar standpunt vermeld in het bestreden besluit inzake normatieve bekostiging niet ter sprake gebracht en/of geverifieerd tijdens de hoorzitting bij de NZa. Dat is onzorgvuldig.
- (70) Bovenstaande wordt in één citaat goed samengevat.
- “Onderzoeken hoeveel een te kleine oude jas in 2022 kostte, zegt vrij weinig over hoeveel een duurzame jas in de juiste maat moet kosten in 2025. Om tot eerlijke tarieven te komen, zul je moeten kijken naar het heden én de toekomst. En bekostiging zal moeten aansluiten op de wenselijke situatie in plaats van op de werkelijke situatie.”*⁸⁰
- (71) Kortom: de NZa had moeten overgaan tot normatieve onderbouwing van de tarieven.

⁷⁸ Zie www.linkedin.com/posts/ernst-kuipers_dagvandeHuisarts-activity-6933020684423983104-ud2V.

⁷⁹ LHV en VPH scharen zich immers onder andere ook achter de conclusies van de RVS (Productie 10).

⁸⁰ Zie www.vanlanshot.nl/inspiratie/vermogensregie/healthcare/huisartsvesting.

V. BEROEPSGROND 3: KOSTENPOSTEN KUNNEN OOK ZELFSTANDIG GEWIJZIGD WORDEN

(72) De NZa meent ten onrechte dat bepaalde kostenposten niet zelfstandig gewijzigd kunnen worden.

“Bij een aanpassing van de tarieven in de huisartsenzorg kan niet alleen kan worden ingezoomd op bepaalde mogelijk hogere kosten, maar moet worden gekeken naar het totaalplaatje. De NZa dient op basis van artikel 3:2 van de Awb op grond van een zorgvuldige belangenafweging tot haar besluit te komen. Indien de tarieven in de huisartsenzorg op slechts enkele onderdelen worden aangepast, bestaat het aanzienlijke risico dat tarieven worden vastgesteld die onvoldoende of juist te veel dekking geven aan redelijke kosten van zorg.”⁸¹

(73) De NZa meldt dat de NZa alleen op zorgvuldige wijze de tarieven in de huisartsenzorg kan herijken op basis van een kostenonderzoek waarbij de opbrengsten, productie, praktijkkosten en tijdsbesteding bij huisartsen worden uitgevraagd. Dat is onjuist en de NZa hanteert weer eens een benadering die uitkomt op ‘niets doen’ ook al is dat inconsistent met andere besluiten en andere dossiers van de NZa (Producties 5, 6 en 12).

(74) De NZa heeft immers de ANW-tarieven ten behoeve van 2023 wel zelfstandig gewijzigd.⁸² Dit was weliswaar naar aanleiding van een aanwijzing van de minister van VWS, maar dit laat zien dat het aanpassen van één enkel onderdeel in de Tariefbeschikking wel degelijk mogelijk is. Kostenposten kunnen dus ook – in tegenstelling tot wat de NZa zegt – onafhankelijk van elkaar gezien worden. In 2016 werd de NZa bijvoorbeeld ook gedwongen de bekostiging van de POH-GGZ⁸³ als een losse kostenpost in segment 1 op te nemen. Dit kwam doordat geestelijke gezondheidszorg voor de huisarts basiszorg is en het POH-werk derhalve moest worden aangemerkt als zorg zoals huisartsen die dienen te plegen conform artikel 11 Zvw.⁸⁴

(75) Eenzelfde redenering als bij de ANW zou kunnen gelden voor bijvoorbeeld de kostenpost huisvesting. DBH heeft niet voorgesteld om op enkele niet gespecificeerde onderdelen de tarieven te herijken. DBH heeft uiteengezet dat de NZa ten onrechte vijf hele specifieke ontwikkelingen die meetbare kostenstijgingen met zich brengen achterwege heeft gelaten. De NZa heeft daardoor niet aan haar onderzoeksplicht, motiveringsplicht en niet aan het zorgvuldigheidsbeginsel voldaan. Huisvestingskosten en personeelskosten zijn volgens de NZa goed voor ca. 50% van de totale kosten van een huisartsenpraktijk (zie pagina 38 en tabel 21 van het Kostenonderzoek 2015, Bijlage 8 bij Productie 2). Dit zijn dan ook bij uitstek kostenposten om *wel* zelfstandig aan te passen in de tarieven. Een zorgvuldige belangenafweging bij de aanpassing op enkele onderdelen (waar de NZa in paragraaf 1.4.1 van het bestreden besluit naar verwijst) kan alleen negatief uitvallen als andere kostenposten dalen (en de daling de stijging van de huisvestingskosten en/of personeelskosten compenseert). Dit is hoogst onwaarschijnlijk, vanwege de stijging in de huisvestingskosten en personeelskosten (zie daarvoor hoofdstuk VI) en de zwaarte op de balans van huisartsenpraktijken van deze kostenposten.

(76) Kostenstijgingen en ontwikkelingen ten aanzien van die huisvestingskosten en/of personeelskosten hebben evenwel een grote impact op huisartsenpraktijken. De NZa had daarom wel moeten overgaan tot aanpassing van de tarieven uit de Tariefbeschikking op enkele onderdelen.

VI. BEROEPSGROND 4: NZA NEGEERT TEN ONRECHTE LANDELIJKE, OBJECTIVEERBARE EN SIGNIFICANTE KOSTENPOSTEN

(77) In het bezwaarschrift is van in ieder geval vijf kostenposten gemotiveerd aangetoond dat de kosten landelijk, objectiveerbaar en significant zijn gestegen ten opzichte van het Kostenonderzoek 2015.

⁸¹ Zie hiervoor p. 13 van het bestreden besluit (paragraaf 1.4.1 (Productie 1)).

⁸² Daarbij is het belangrijk om aan te tekenen dat de huidige ANW-tarieven momenteel 30-40% uit de Tariefbeschikking lager liggen dan wat huisartsen daadwerkelijk aan zzp'ers moeten betalen die ANW-uren overnemen.

⁸³ Een praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg. POH-GGZ biedt vraagverheldering, diagnostiek, kortdurende behandeling of (langer durende) ondersteuning en begeleiding aan personen met psychische klachten, of een lichte of stabiele chronische psychische stoornis.

⁸⁴ CBb 3 november 2016, ECLI:NL:CBB:2016:321.

Daarbij zijn deze vijf kostenposten harder gestegen dan de indexatie die de NZa heeft toegepast. Hierdoor bestaat er gerede twijfel dat de NZa niet voor kostendekkende tarieven heeft gezorgd met de Tariefbeschikking. DBH heeft in ieder geval het vermoeden geschept dat niet is voldaan aan de norm van kostendekkendheid.⁸⁵

- (78) De bezwaargronden van DBH – die DBH terug ziet in de bezwaren van onder andere de LHV/VPH – bevatten in ieder geval de volgende objectieerbare en significante kostenstijgingen voor huisartsen.

Tabel 3. Objectieerbare en significante ontwikkelingen huisartsenzorg		
	Titel	Bron
1	Vergroting takenpakket huisartsen	Randnummers 45-76 bezwaarschrift.
2	Noodzakelijke toename duur consult	Randnummers 77-99 bezwaarschrift.
3	Langer wordende gemiddelde werkweek van de huisarts	Randnummers 100-102 bezwaarschrift.
4	Groei personele samenstelling en toename personeelskosten	Randnummers 103-113 bezwaarschrift. ⁸⁶ Zie ook randnummers 3.33-3.36 bezwaarschrift LHV.
5	Toename huisvestingskosten	Randnummers 114-121 bezwaarschrift. Zie ook randnummers 3.24-3.32 bezwaarschrift LHV

- (79) Hiernaast heeft DBH in de pleitnota in de bezwaarprocedure ca. 20 signalen opgesomd (Productie 3) waaruit blijkt dat er sprake is van objectieerbare en significante ontwikkelingen huisartsenzorg en de NZa daarvan had kunnen en moeten weten. Bovenop deze signalen overlegt DBH hierbij **Productie 13** waarbij alle door DBH omschreven objectieerbare en significante ontwikkelingen in de huisartsenzorg uit mediaberichten inclusief relevante citaten zijn opgenomen.

Vergroting takenpakket en verantwoordelijkheden huisarts

- (80) Aan randnummers 45-76 van het bezwaarschrift wordt het voldoende toegevoegd in beroep.
- (81) De NZa geeft in het bestreden besluit op pagina 21 aan dat zij het beeld herkent dat er een vergroting van het takenpakket en verantwoordelijkheid van de huisarts heeft plaatsgevonden. Die vergroting en verzwarende van het takenpakket en de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheden van de huisarts doet er volgens de NZa evenwel niet toe. Volgens de NZa doet de huisarts meer zelf en doet de huisarts meer complexe zaken. Alle extra taken kunnen volgens de NZa ook gedeclareerd worden (zij het in de Wiz/het sociaal domein). De NZa ziet met betrekking tot de ggz een groei in totale declaraties. Met die extra omzet kan meer personeel worden ingezet, aldus de NZa. Ook vindt de NZa met betrekking tot de ouderenzorg dat er meer ouderen in zorg zijn en er dus voor huisartsen ook meer omzet uit inschrijvingen gehaald kan worden. De NZa ziet dat met substitutie het aantal declaraties sinds 2015 flink is toegenomen, waardoor er meer omzet wordt behaald en er dus geen reden is voor versneld kostenonderzoek. De NZa heeft dit alles niet – althans onvoldoende – gekwantificeerd en niet onderbouwd in het bestreden besluit. Alleen hierom is het bestreden besluit onzorgvuldig en voldoet het niet aan het motiveringsbeginsel.

⁸⁵ Vgl CBB 19 oktober 2021, ECLI:NL:CBB:2021:950.

⁸⁶ In aanvulling daarop, zie Bijlage 17 bij het bezwaarschrift (SiRM onderzoek – Substantieel potentieel), p. 55: “In 2018 kwamen onderzoekers van het Nivel en van Prismant tot de conclusie dat er een aanbiedersmarkt voor waarnemers is, en dat het praktijkhouderschap door starters als niet aantrekkelijk wordt beschouwd (Nivel & Prismant, 2018). Gelet op de grote vraag naar huisartsenzorg, zijn er sterke zorgen over de bemensing van huisartsenpraktijken en de opvolging. Dit betekent dat er een disbalans is tussen vraag en aanbod op landelijk niveau, maar dit kan groter zijn voor de regio's waar de uitstroom van huisartsen relatief hoog is of waar de instroom van het aantal fte per huisarts relatief laag is, door bijvoorbeeld veel huisartsen die in deeltijd werken.” Zie ook Bijlage 18 bij het bezwaarschrift (e-mail Calculus d.d. 8 november 2022 m.b.t. personeelskosten). Hieruit blijkt dat veel nieuw personeel van huisartsenpraktijken hoger wordt ingeschaald dan normaal en personeel in huisartsenpraktijken steeds vaker tussendoor meer gaan verdienen. Het staat vast dat personeelskosten in de huisartsenzorg hard stijgen.



- (82) Trouw⁸⁷ en de Groene Amsterdammer⁸⁸ 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 vinden dat zij hier onvoldoende voor zijn toegerust. Steeds meer verantwoordelijkheden worden op het bord van de huisarts gelegd.⁸⁹ 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 het werk en de bijbehorende verantwoordelijkheid terecht op het bordje van de huisarts.⁹⁰ Het gaat ook om zaken die op grond van de taakomschrijving van de huisarts daar in beginsel niet thuishoren, terwijl de huisarts daar vervolgens wel tuchtrechtelijk op wordt aangesproken.⁹¹ De complexiteit van het huisartsenvak is de afgelopen jaren alsmaar toegenomen. Daarbij wordt de huisarts blootgesteld aan een enorme hoeveelheid verplichte administratie, waarvan de meerwaarde voor de zorgverlener en de patiënten niet duidelijk zijn. Een voorbeeld is de (recente ophef over) de jaarverantwoordingsplicht die voortvloeit uit de WTZA⁹² en de renseigneringsplicht voor huisartsen.⁹³ Het is kortom niet zonder grond dat veel huisartsen hun beroepsgroep typeren als de ‘afvoerput van de zorg’ en er niet langer meer willen werken.⁹⁴ De (waarschuwingen voor) de gevolgen daarvan stapelen zich iedere maand verder op.⁹⁵
- (83) Met betrekking tot de verantwoordelijkheden van een huisarts, geldt het volgende. Huisartsen en andere eerstelijns zorgverleners kunnen niet onder hun zorgplicht en verantwoordelijkheid jegens individuele patiënten uit. Huisartsen hebben namelijk per definitie een behandelrelatie met hun patiënten, met bijkomende wettelijke verplichtingen. Wanneer een ic-arts geen plek meer heeft op de ic, kan de ic-arts ervoor kiezen de behandelrelatie überhaupt niet aan te gaan en volgt er geen tuchtrechtelijke consequentie. Die optie heeft een huisarts niet en is in beginsel dus altijd verantwoordelijk voor zijn/haar patiënten. In het krachtenveld tussen zorgplichten ligt een groot probleem voor de eerste lijn en extramurale specialismen ten opzichte van de intramurale specialismen.⁹⁶ Dit maakt dat de verantwoordelijkheden van de huisarts alleen maar zullen blijven stijgen. In de Tariefbeschikking wordt daar geen acht op geslagen/is dit niet verdisconteerd.

⁸⁷ 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/.

⁸⁸ 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.

⁸⁹ Zie Friesch Dagblad (11 augustus 2022), ‘Friese 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.

⁹⁰ Zie Raad Volksgezondheid & Samenleving (2023), ‘De basis op orde – Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg’. Productie 4, 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.”

⁹¹ 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.

⁹² 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/.

⁹³ 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/.

⁹⁴ 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/.

⁹⁵ Zie Nieuwsbrief Zorg & innovatie (11 mei 2023), ‘Hoeveel huisartsen moet Nederland opleiden? Kijk naar de gehele in-, door- en uitstroom’ nieuwsbriefzorgeninnovatie.nl/hoeveel-huisartsen-moet-nederland-opleiden-kijk-naar-de-gehele-in-door-en-uitstroom/.

⁹⁶ Centrum voor Ethiek en Gezondheid 19 januari 2023, ‘Code rood. Verkenning van morele uitgangspunten bij langdurige schaarste in de zorg’. Te raadplegen via: www.ceg.nl/documenten/publicaties/2023/01/20/code-rood.

- (84) Op basis van het IZA moeten huisartsen in 2023 e.v. meewerken aan het terugdringen van wachtlijsten in de ggz.⁹⁷ Er wordt in het IZA (Onderdeel F) ingezet op een ingrijpende transitie. Huisartsen hebben volgens het IZA als poortwachter een cruciale rol in het verminderen van instroom van patiënten naar de ggz (met 50.000 patiënten). Huisartsen moeten gaan beoordelen of er op een andere manier antwoord gegeven kan worden op de zorgvraag dan door een doorverwijzing naar de ggz. Er moet bijvoorbeeld op treknormen worden gecontroleerd, geadviseerd over klagen bij de verzekeraar of doorverwijzen naar de gemeente.⁹⁸ Er komen daardoor zo weet de NZa op grond van het IZA in 2023 e.v. nog meer taken en verantwoordelijkheden bij de huisarts te liggen.
- (85) De NZa schrijft daarnaast in het bestreden besluit op pagina 19 (Productie 1) het volgende: *“Bezwaarden 1 geven aan veel signalen te hebben ontvangen dat het uiteindelijke inkomen van praktijk eigenaren de afgelopen jaren veelal is gedaald. Dit volgt echter niet uit cijfers van het CBS. Uit cijfers van het CBS volgt dat het resultaat voor belasting van de totale groep van huisarts-eigenaren tussen 2015-2020 met bijna 34% is gestegen.”*
- (86) Ten eerste moet worden opgemerkt dat dergelijke hoog-over redeneringen van de NZa misstaan tegenover een beroepsgroep (de huisartsen) bij wie het water aan de lippen staat. Daarnaast zijn dergelijke redeneringen onzorgvuldig in het kader van de Tariefbeschikking. De Tariefbeschikking moet gestoeld zijn op kosten en hoeft geen rekening te houden met het inkomen van de huisarts-eigenaar. Met andere woorden: inkomen is niet relevant in het kader van het kostenonderzoek dat de NZa had uit moeten voeren.
- (87) Ten tweede geldt dat de NZa hier naar foutieve data verwijst om aan te tonen dat het inkomen van huisartsen met 34% is gestegen. De NZa verwijst in noot 20 namelijk naar onderstaande tabel van het CBS.⁹⁹

Perioden	Zelfstandigen	Bedrijven	Bedrijfsresultaat				Buitengewoon resultaat				Resultaat voor belasting	
			Totaal bedrijfsopbrengsten	Financieel resultaat	Rentebaten	Rentelasten	Overig financieel resultaat	Financieel resultaat	Resultaat uit deelnemingen	Buitengewone baten		Buitengewone lasten
Zorgpraktijken (SBI2008)	aantal		mln euro									
2015 8621 Praktijken van huisartsen	10 140	390	2 658	1	19	7	-11	7	15	6	8	1 104
2016 8621 Praktijken van huisartsen	10 370	370	2 797	1	18	7	-10	5	16	5	11	1 182
2017 8621 Praktijken van huisartsen	10 700	390	2 890	1	17	8	-8	6	18	6	12	1 194
2018 8621 Praktijken van huisartsen	10 940	400	3 004	0	16	5	-10	6	18	6	12	1 240
2019 8621 Praktijken van huisartsen	11 350	430	3 250	0	15	8	-7	16	18	6	12	1 348
2020 ⁹⁹ 8621 Praktijken van huisartsen	11 650	480	3 437	0	13	6	-7	13	21	17	4	1 478

Bron: CBS

- (88) Deze tabel gaat niet over het inkomen van de huisarts. DBH verifieerde dat bij het CBS die dit bevestigde (**Productie 14**). Deze tabel gaat volgens CBS over *“huisartspraktijken en huisartsdienstenstructuren als onderneming, waarbij alle rechtsvormen (eenmanszaken/vof/maatschappen/stichtingen (huisartsdienstenstructuren) /BV etc. worden meegenomen). Deze gaat over de baten en lasten van de onderneming.”* (Productie 14). Kortom: het is een tabel die over het resultaat van een grote verscheidenheid aan ondernemingen in de huisartsenzorg. De tabel gaat zeker niet over het inkomen van huisartsen. Een essentieel verschil.
- (89) De conclusie van de NZa dat het inkomen van huisarts-eigenaren niet is gedaald, maar tussen 2015-2020 met bijna 34% is gestegen (Productie 1, p. 14), kan dan ook niet onderbouwd worden door de NZa.

⁹⁷ Zie IZA, hoofdstuk 3.4 (open.overheid.nl/documenten/ronl-464b0967c396f0f6cc75069e52d1d1ace9a838a6/pdf).

⁹⁸ Zie pagina's 74-76 van het IZA (<https://open.overheid.nl/documenten/ronl-464b0967c396f0f6cc75069e52d1d1ace9a838a6/pdf>).

⁹⁹ Zie opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84602NED/table.

- (90) Het inkomen van de huisarts blijkt nauwelijks te zijn toegenomen, wanneer de juiste tabel van het CBS gebruikt wordt. De tabel “*Beloning van in zorg werkzame artsen; beroep en specialisme*” geeft het inkomen van de huisarts,¹⁰⁰ aldus het CBS (Productie 14). Dit betekent dat de NZa onderstaande tabel had moeten gebruiken om de inkomensstijging in beeld te brengen.¹⁰¹

Beroepen ▼		Aantal werkzame artsen						Gemiddelde winst						Gemiddeld gestandaardiseerd inkomen					
		2015	2016	2017	2018	2019 ^a	2020 ^a	2015	2016	2017	2018	2019 ^a	2020 ^a	2015	2016	2017	2018	2019 ^a	2020 ^a
Type inkomen ▼		x 1 000						x 1 000 euro											
Arts, huisartsgeneeskunde	Arts alleen zelfstandige (excl. DGA)	9,0	9,1	9,4	9,7	10,1	10,3	108,2	113,3	111,2	113,3	116,9	.	64,1	66,9	66,2	66,7	71,0	.

Bron: CBS

- (91) De gemiddelde winst van huisartsen is met 8% niet meegegroeid met de stijging van de tarieven, die in deze periode met 10,28 % stegen.¹⁰² Met een inflatie van 5,7% is er dan nauwelijks sprake van een reële inkomensgroei, terwijl de verantwoordelijkheid voor de praktijkhouder en de werkdruk wél sterk toenamen. Maar als gezegd, de NZa zet de verkeerde inkomensdiscussie op de wagen en wijst dan voor haar gelijk naar de verkeerde tabel. Dat getuigt niet van veel respect voor een beroepsgroep die in de knel zit en op meer zorgvuldigheid mag rekenen van haar toezichthouder.

- (92) Daarbij komt het volgende. Uit onderzoek van VWS, NHG, LHV en InEen blijkt dat de werkdruk in de huisartsenzorg niet lager wordt door digitale zorg.¹⁰³

“Vier onderzochte digitale zorgtoepassingen verminderen de werkdruk bij huisartsen niet en helpen niet om personeelstekorten te verminderen. [...] De inzet van digitale zorg bij digitaal vaardige patiënten zorgt ook niet dat er extra tijd vrijkomt of besteed wordt aan digitaal minder vaardige patiënten.”¹⁰⁴

- (93) De vergroting van het takenpakket van huisartsen kan dus niet of in beperkte mate worden opgevangen door huisartsen die bijvoorbeeld meer gaan digitaliseren of meer digitale zorg toepassen.

Noodzakelijke toename duur consult

- (94) DBH heeft in randnummers 77-99 uitvoerig uiteengezet dat de gemiddelde consultduur van huisartsen de afgelopen jaren is gestegen. Dit zorgt ervoor dat huisartsen minder consulten kunnen declareren (de consulten duren immers langer). Dit resulteert in een landelijke significante en objectieveerbare kostenstijging (of in ieder geval omzetzaling). Aan de motivering in het bezwaarschrift wordt het volgende toegevoegd.

- (95) De NZa schrijft op pagina 23 van het bestreden besluit dat het inkomen van de huisarts-eigenaren niet dusdanig is gedaald dat de NZa reden heeft om te twijfelen aan de kostendekkendheid van de tarieven uit de Tariefbeschikking. De NZa heeft evenwel, zoals hierboven uiteen is gezet, voor deze conclusie de verkeerde tabel gebruikt. De conclusie dat er geen aanleiding voor de NZa is om te veronderstellen dat de prestaties en tarieven voor reguliere consulten (in combinatie met het inschrijftarief) niet meer representatief zijn in 2023 kan dan ook geen stand houden.

- (96) Ten aanzien van de gemotiveerd aangetoonde langere (verplichte) consultduur waar huisartsen mee te maken krijgen, stelt de NZa dat de NZa en Nivel ‘waarschijnlijk’ andere definities e/of onderzoeksmethoden gebruiken. Volgens de NZa kunnen daardoor de onderzoeken van de NZa en

¹⁰⁰ Dit betreft de huisartsen (via BIG-registratie) die in de zorgsector werkzaam zijn, dat wil zeggen een arbeidsbetrekking hebben in SBI Q van de Standaard Bedrijfsindeling 2008 (SBI 2008), dit zijn SBI-codes beginnend met 86, 87 of 88.

¹⁰¹ Zie opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84061NED/table?dl=6B071.

¹⁰² Een consult was €9,04 in 2015 en €9,97 in 2019. Dat is een stijging van 10,28%.

¹⁰³ Van der Burg L, Bruinsma J, Crutzen R, Cals J. ‘Onderzoek naar de effectiviteit van digitale zorgtoepassingen in de huisartsenzorg: e-consult, videoconsult, telemonitoring en digitale zelftriage’. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2023. Te raadplegen via: open.overheid.nl/documenten/ronl-f863258b48575b0e23df988c14cab7b/pdf.

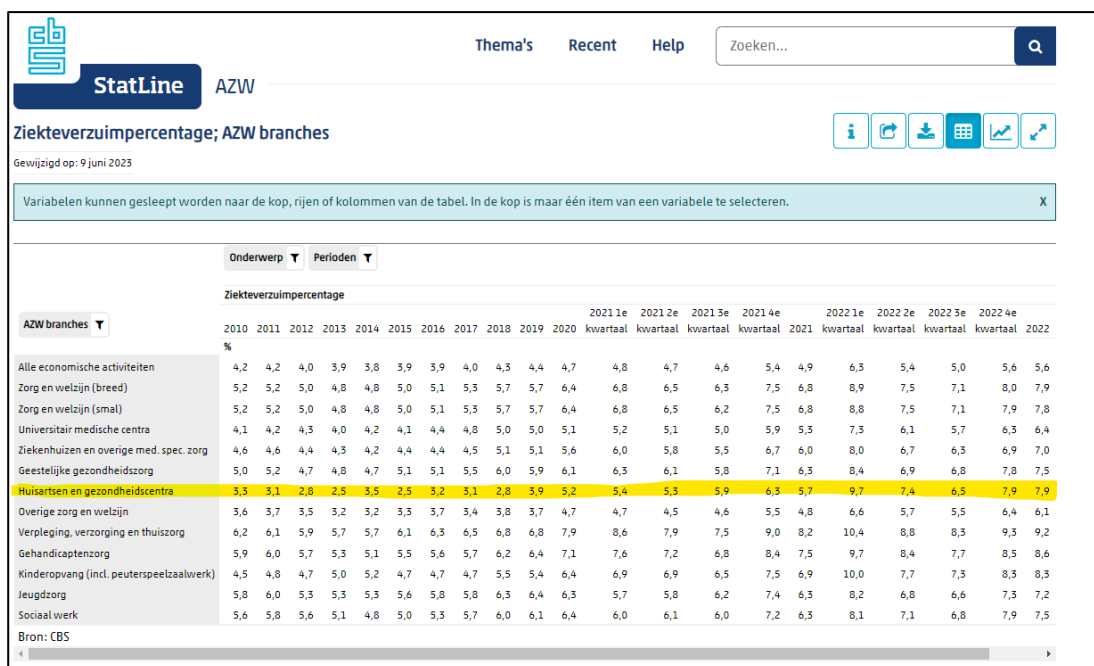
¹⁰⁴ Skipr 15 maart 2023, ‘Werkdruk huisartsenzorg niet lager door digitale zorg’. Te raadplegen via: www.skipr.nl/nieuws/werkdruk-huisartsenzorg-niet-minder-door-digitale-zorg/.

Nivel niet worden vergeleken. Het is bepaald onzorgvuldig van de NZa om zonder nadere motivering en onder het mom van 'waarschijnlijk' onderzoeken buiten beschouwing te laten. Reeds daarom is het onzorgvuldig dat de NZa de langer wordende gemiddelde werkweek van huisartsen negeert in het bestreden besluit.

Groei personele samenstelling, personeelstekort en toename personeelskosten

- (97) DBH heeft in het bezwaarschrift (randnummers 103-113) uiteengezet dat er wat betreft personeelskosten landelijke, significante en objectiveerbare ontwikkelingen zijn geweest die maken dat de tariefbeschikking – geënt op het Kostenonderzoek 2015 – geen stand kan houden. Dit komt zowel door een noodzakelijke groei in de personele samenstelling van huisartsenpraktijken als door een toename van personeelskosten. Aan de onderbouwing uit het bezwaarschrift van DBH wordt in deze gronden van beroep het volgende toegevoegd.
- (98) De NZa erkent dat personeelskosten voor de huisartsenpraktijk zijn toegenomen sinds 2015 (zie pagina 17 van het bestreden besluit). Toch diskwalificeert de NZa de gestegen personeelskosten (ten onrechte).
- (99) Personeelskosten zijn o.a. gestegen omdat er meer (ondersteunend) personeel in dienst moest worden genomen. Dit is door DBH niet onderbouwd, aldus de NZa (pagina 17 van het bestreden besluit (Productie 1)). Zoals in randnummers 124-125 uiteengezet wordt, zijn personeelsleden van een huisartsenpraktijk duurder om binnen te halen en te behouden (mede door gestegen huisvestingskosten). Daarnaast zijn de personeelskosten gestegen.
- (100) De gestegen personeelskosten kunnen worden toegelicht aan de hand van het volgende voorbeeld. Er is een enorm personeelstekort in de zorg. Een praktijkondersteuner somatiek – onmisbaar in elke huisartsenpraktijk – wordt momenteel ingeschaald als een andere (hogere) functie én alsof de praktijkondersteuner al tien jaar ervaring heeft. Als dit niet op deze manier gebeurt, zal de praktijkondersteuner niet bij de huisartsenpraktijk in dienst treden. Deze ontwikkeling betekent dat – die de NZa gebruikt in de Tariefbeschikking en in het bestreden besluit – niet in verhouding staan met daadwerkelijke kostenstijging van het personeel in een huisartsenpraktijk. De loonkosten uit 2015 kunnen niet als uitgangspunt dienen voor de loonkosten uit 2023. Alleen een indexatie daarvan doet geen recht aan de ontwikkelingen wat betreft de gestegen personeelskosten binnen de huisartsenzorg. Dit is ook aan de NZa gemeld in de bezwaarprocedure – zie bijlagen 17 (SiRM onderzoek – substantieel potentieel) en 18 (e-mail Calculus d.d. 8 november 2022 m.b.t. personeelskosten) bij het bezwaarschrift (Productie 2). Daarbij geldt dat de voorbeelden bij (huisartsen van) DBH aanwezig zijn.
- (101) Er liggen een aantal oorzaken ten grondslag aan de hogere kosten van inhuur van personeel. Allereerst is er de laatste jaren een veel hoger ziekteverzuim. Lag dit tot 2018 rond de 3,5%, sinds 2019 is een gestage stijging te zien tot bijna 8% in 2022.¹⁰⁵

¹⁰⁵ Zie CBS StatLine AZW 'Ziekteverzuimpercentage; AZW branches. Te raadplegen via: azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24015NED/table?ts=1687612187365.



Ziekteverzuimpercentage; AZW branches

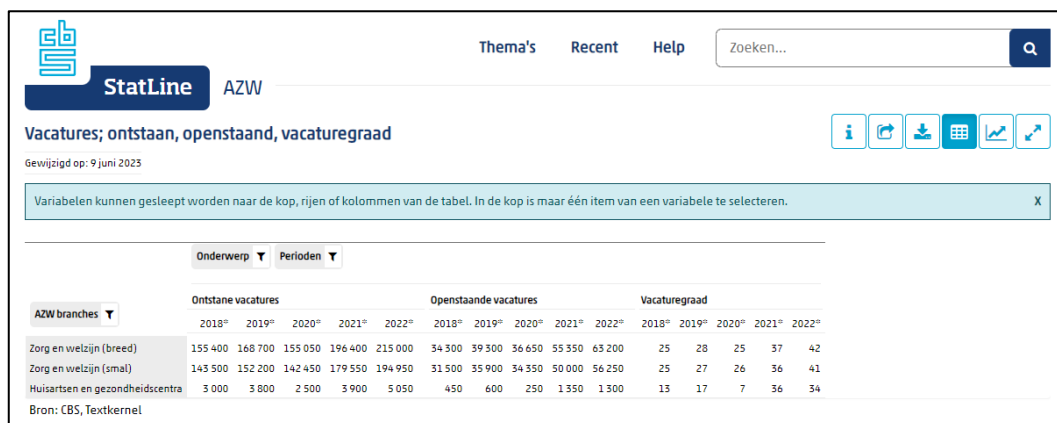
Gewijzigd op: 9 juni 2023

Variabelen kunnen geslept worden naar de kop, rijen of kolommen van de tabel. In de kop is maar één item van een variabele te selecteren.

AZW branches	2010-2020											2021				2022					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021 1e kwartaal	2021 2e kwartaal	2021 3e kwartaal	2021 4e kwartaal	2022 1e kwartaal	2022 2e kwartaal	2022 3e kwartaal	2022 4e kwartaal		
Alle economische activiteiten	4,2	4,2	4,0	3,9	3,8	3,9	3,9	4,0	4,3	4,4	4,7	4,8	4,7	4,6	5,4	4,9	6,3	5,4	5,0	5,6	5,6
Zorg en welzijn (breed)	5,2	5,2	5,0	4,8	4,8	5,0	5,1	5,3	5,7	5,7	6,4	6,8	6,5	6,3	7,5	6,8	8,9	7,5	7,1	8,0	7,9
Zorg en welzijn (smal)	5,2	5,2	5,0	4,8	4,8	5,0	5,1	5,3	5,7	5,7	6,4	6,8	6,5	6,2	7,5	6,8	8,8	7,5	7,1	7,9	7,8
Universtair medische centra	4,1	4,2	4,3	4,0	4,2	4,1	4,4	4,8	5,0	5,0	5,1	5,2	5,1	5,0	5,9	5,3	7,3	6,1	5,7	6,3	6,4
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	4,6	4,6	4,4	4,3	4,2	4,4	4,4	4,5	5,1	5,1	5,6	6,0	5,8	5,5	6,7	6,0	8,0	6,7	6,3	6,9	7,0
Gestelijke gezondheidszorg	5,0	5,2	4,7	4,8	4,7	5,1	5,1	5,5	6,0	5,9	6,1	6,3	6,1	5,8	7,1	6,3	8,4	6,9	6,8	7,8	7,5
Huisartsen en gezondheidscentra	3,3	3,1	2,8	2,5	3,5	2,5	3,2	3,1	2,8	3,9	5,2	5,4	5,3	5,9	6,3	5,7	9,7	7,4	6,5	7,9	7,9
Overige zorg en welzijn	3,6	3,7	3,5	3,2	3,2	3,3	3,7	3,4	3,8	3,7	4,7	4,7	4,5	4,6	5,5	4,8	6,6	5,7	5,5	6,4	6,1
Verpleging, verzorging en thuiszorg	6,2	6,1	5,9	5,7	5,7	6,1	6,5	6,5	6,8	6,8	7,9	8,6	7,9	7,5	9,0	8,2	10,4	8,8	8,3	9,3	9,2
Gehandicaptenzorg	5,9	6,0	5,7	5,3	5,1	5,5	5,6	5,7	6,2	6,4	7,1	7,6	7,2	6,8	8,4	7,5	9,7	8,4	7,7	8,5	8,6
Kinderopvang (incl. peuterspeelzaalwerk)	4,5	4,8	4,7	5,0	5,2	4,7	4,7	4,7	5,5	5,4	6,4	6,9	6,9	6,5	7,5	6,9	10,0	7,7	7,3	8,3	8,3
Jeugdzorg	5,8	6,0	5,3	5,3	5,3	5,6	5,8	5,8	6,3	6,4	6,3	5,7	5,8	6,2	7,4	6,3	8,2	6,8	6,6	7,3	7,2
Sociaal werk	5,6	5,8	5,6	5,1	4,8	5,0	5,3	5,7	6,0	6,1	6,4	6,0	6,1	6,0	7,2	6,3	8,1	7,1	6,8	7,9	7,5

Bron: CBS

(102) Ook het aantal vacatures is, het Coronajaar 2020 daargelaten, objectiveerbaar en significant (met 100%) gestegen.¹⁰⁶



Vacatures; ontstaan, openstaand, vacaturegraad

Gewijzigd op: 9 juni 2023

Variabelen kunnen geslept worden naar de kop, rijen of kolommen van de tabel. In de kop is maar één item van een variabele te selecteren.

AZW branches	Ontstane vacatures					Openstaande vacatures					Vacaturegraad				
	2018 ^a	2019 ^a	2020 ^a	2021 ^a	2022 ^a	2018 ^a	2019 ^a	2020 ^a	2021 ^a	2022 ^a	2018 ^a	2019 ^a	2020 ^a	2021 ^a	2022 ^a
Zorg en welzijn (breed)	155 400	168 700	155 050	196 400	215 000	34 300	39 300	36 650	55 350	63 200	25	28	25	37	42
Zorg en welzijn (smal)	143 500	152 200	142 450	179 550	194 950	31 500	35 900	34 350	50 000	56 250	25	27	26	36	41
Huisartsen en gezondheidscentra	3 000	3 800	2 500	3 900	5 050	450	600	250	1 350	1 300	13	17	7	36	34

Bron: CBS, Textkernel

(103) Dit alles leidt ertoe dat huisartsen steeds vaker hun toevlucht moeten nemen tot het inhuren van personeel, waarbij ze ook nog eens in de fuik van de BTW lopen. Over de ingehuurde zzz'ers of uitzendkrachten (zijnde huisartsassistenten) moet namelijk BTW worden betaald. De NZa weet dit althans wordt geacht dit te weten, tmeer het ministerie van Sociale Zaken er inmiddels haar 8e voortgangsbericht aan wijdde.¹⁰⁷

(104) Van de website voor doktersassistenten die willen gaan werken als ZZP'er komt onderstaand voorbeeld, hetgeen illustratief is voor de huidige markt.¹⁰⁸

¹⁰⁶ Zie CBS StatLine AZW 'Vacatures; ontstaan, openstaand, vacaturegraad'. Te raadplegen via: azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24136NED/table?ts=1687612308393.

¹⁰⁷ Zie Voortgangsbrief werken met en als zelfstandige(n) van 16 december 2022 met referentie 2022-0000292130. Te raadplegen via: open.overheid.nl/documenten/ronl-f98f32872a47dfb3ee3d073cf1273827fdffe0de/pdf.

¹⁰⁸ Zie Hoebeginik.nl 'ZZP doktersassistente, wat is het ZZP doktersassistente tarief?'. Te raadplegen via: hoebeginik.nl/zzp-doktersassistente/.

Het 'gewone' zzp tarief voor een doktersassistente ligt rond de €40 (laag) en €55 (hoog) p/u. Het is verstandig om te onthouden dat dit bedrag bruto is en slechts een schatting.

Hieronder vind je een aantal rekenvoorbeelden van de inkomsten die jij kan verdienen als ZZP doktersassistente per maand en per jaar. In onderstaande voorbeeld gaan we uit van de gemiddelde week werken van 35,7 uur (gemiddelde in Nederland) en 1 maand vakantie. De genoemde bedragen zijn een richtlijn en kunnen in sommige situaties ver van de praktijk liggen. Dat heeft te maken met bijvoorbeeld bedrevenheid en studie.

Verdiensten per maand (laag)	€ 5712	Verdiensten per maand (hoog)	€ 7854
Verdiensten per jaar (laag)	€ 62832	Verdiensten per jaar (hoog)	€ 86394

- (105) Voor de huisarts betekent het inhuren van een huisartsassistente met verdienste 'laag' dus een kostenpost van € 62.832 * 1,21 = € 76.026,72 en bij 'hoog' zelfs € 104.536,74. Vergelijk dat met hoogste loon volgens CAO (schaal 5 loontrede 14) inclusief werkgevers lasten. Dan wordt duidelijk dat de huisarts voor een fulltime assistente op zzp-basis minimaal € 17.039,- en maximaal € 45.513,- moet bijleggen.

Loonkosten – 2023, flexibel contract	
Bruto jaarloon	€ 41.592
Vakantiegeld	€ 3.327
Bonus, 13e maand, etc.	€ 3.466
Werknemersverzekeringen	€ 7.406
Inkomensafhankelijke bijdrage Zvw	€ 3.232 +
Totaal	€ 59.023
Extra loonkosten t.o.v. brutoloon	42%

- (106) Dat ook deze objectief meetbare ontwikkeling significant is, is zichtbaar in de toename van het aantal huisartsassistenten dat als ZZP'er in het handelsregister staat ingeschreven. In 2017 waren dat er 28, in 2022 waren het er 146¹⁰⁹ en inmiddels zijn het er minstens 343 in 2023.¹¹⁰
- (107) De tarieven voor waarnemers van huisartsen, en dat worden er dus steeds meer, zijn de afgelopen jaren ook flink gestegen. Een korte zoektocht naar tarieven op 26 juni 2023 laat een vrij consistent beeld zien: een waarnemer kost tussen de € 70 en € 75 euro per uur. Dat zijn tarieven die huisartsen ook herkennen uit de praktijk in 2023.

Tarieven waarnemers overdag:		
Naam	Tarief	website
Wham	€ 75,00	https://www.wham.nl/waarnemend-huisartsen/waarnemend-huisartsen-werkgebieden-tarieven/haarlem
Janneke Vloemans	€ 76,00	https://www.huisarts-vloemans.nl/tarieven
Derk Runhaar	€ 79,00	http://www.waarneemdokter.nl/
Tibor Poelman en Danka Stuijver	€ 70,00	https://www.trouw.nl/opinie/die-nomadische-huisarts-is-geen-generatiedingetje~b19f826e/
Thijs Belderok	€ 75,00	https://dokterbelderok.nl/#tarieven

¹⁰⁹ Zie www.artsenauto.nl/zzp-assistent-rukt-op-in-eerste-lijn.

¹¹⁰ Dit blijkt uit een zoekopdracht van 25 juni 2023 op www.kvk.nl.



(108) Het arbeidskostenbestanddeel (VC 2023), exclusief ANW-inkomsten, is vastgelegd op €161.350,67 per normpraktijk van 2.095 inschrijvingen.¹¹¹ Dat norminkomen kan de waarnemer verdienen door 47,8 weken per jaar te werken, gedurende 5 dagen per week en 9 uur per dag (8-17 uur), ofwel 45 uur. Volgens het Nivel werkt een fulltime huisarts niet 45 maar 59 uur ofwel 14 uur meer.¹¹² Vergeleken met een waarnemer, werkt een praktijkhouder dus 14 uur per week extra zonder dat daar enige financiële beloning tegenover staat. Op deze manier worden door de NZa geen kostendekkende tarieven voor huisartsenzorg vastgesteld.

(109) Het personeelstekort (waardoor personeelskosten stijgen) wordt ook door de minister van VWS erkend. Om in de groeiende vraag naar huisartsenzorg te kunnen voorzien, hebben de ministers van VWS en OCW nu besloten dat er de komende jaren veel meer plekken beschikbaar komen in de huisartsopleiding.¹¹³ Ook EY bevestigt dat de inzet van externen en het aantal vacatures naar recordhoogtes is gestegen.¹¹⁴ Uit onderzoek van VWS, NHG, LHV en InEen blijkt ook dat personeelstekorten in de huisartsenzorg niet verminderen als gevolg van digitale zorg.

“We vonden geen bewijs dat de onderzochte digitale zorgtoepassingen werkdruk verminderen en daarmee behulpzaam zijn om personeelstekorten in de huisartsenzorg te verminderen. Je zou kunnen verwachten dat met de inzet van digitale zorgtoepassingen bij digitaal vaardige patiënten extra tijd vrijkomt voor (of besteed kan worden aan) digitaal minder vaardige patiënten. Hiervoor is echter geen ondersteunend bewijs door ons gevonden. Ook vonden we geen bewijs over de (mate van) kosteneffectiviteit.”¹¹⁵

“Er is geen bewijs gevonden dat de onderzochte vormen van digitale huisartsenzorg behulpzaam zijn om personeelstekorten in de huisartsenzorg te helpen verminderen. De vier digitale zorgtoepassingen worden met name benut door digitaal vaardige patiënten. Toepassing van digitale zorgtoepassingen bij deze patiëntengroep zou potentieel tijd kunnen vrijspelen die besteed kan worden aan de patiëntengroep die niet digitaal vaardig is, en/of geen gebruik wenst te maken van deze toepassingen, maar daarvoor hebben we nog geen ondersteunende data gevonden.”¹¹⁶

“Uit het onderzoek blijkt dat de onderzochte vormen van digitale zorg niet helpen om personeelstekorten in de huisartsenzorg te verminderen of de werkdruk van huisartsen te verlagen. Daarnaast is weinig bekend over het effect op de werkdruk of werkplezier. Dit is ook afhankelijk van het enthousiasme van de huisarts over digitale zorg en hoe goed zorgtoepassingen in de praktijk zijn geïmplementeerd.”¹¹⁷

(110) De NZa heeft met de gestegen personeelskosten (mede als gevolg van personeelstekorten) niet – althans onvoldoende – betrokken in de Tariefbeschikking.

Toename huisvestingskosten

(111) In randnummers 114-121 van het bezwaarschrift heeft DBH gemotiveerd onderbouwd dat de huisvestingskosten sinds 2015 meer zijn toegenomen dan waar de Tariefbeschikking rekening houdt. Die motivering van DBH wordt met het volgende aangevuld.

(112) De NZa meent, met een verwijzing naar de vergroting van het takenpakket en de verantwoordelijkheden van de huisarts, dat huisartsen meer omzet draaien. Dat betoog is – als hiervoor uiteengezet – irrelevant. Daarom is er volgens de NZa ook dekking voor (fors) gestegen huisvestingskosten. Dat stijgende huisvestingskosten een belemmering voor bijvoorbeeld vestiging of

¹¹¹ Zie zorgenstelsel.nl/huisartsen-stellen-beroep-in-bij-hoogste-rechter-economisch-bestuursrecht/.

¹¹² Zie Nivel 15 januari 2019, ‘Huisartsen maken gemiddeld 59 uur per volledige werkweek (1 fte)’. Te raadplegen via: www.nivel.nl/nl/nieuws/huisartsen-maken-gemiddeld-59-uur-volledige-werkweek-1-fte.

¹¹³ Zie LHV 15 juni 2023, ‘Minister besluit tot meer opleidingsplekken huisartsen’. Te raadplegen via: www.lhv.nl/nieuws/minister-besluit-tot-meer-opleidingsplekken-huisartsen/

¹¹⁴ Zie EY (2022) Barometer Nederlandse Gezondheidszorg 2022, p. 7. Te raadplegen via: www.ey.com/nl_nl/health/ey-barometer-nederlandse-gezondheidszorg.

¹¹⁵ Van der Burg L, Bruinsma J, Crutzen R, Cals J. ‘Onderzoek naar de effectiviteit van digitale zorgtoepassingen in de huisartsenzorg: e-consult, videoconsult, telemonitoring en digitale zelftriage’. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2023, p. 5. Te raadplegen via: open.overheid.nl/documenten/ronl-f863258b48575bff34e8f5b0e23df988c14cab7b/pdf.

¹¹⁶ Van der Burg L, Bruinsma J, Crutzen R, Cals J. ‘Onderzoek naar de effectiviteit van digitale zorgtoepassingen in de huisartsenzorg: e-consult, videoconsult, telemonitoring en digitale zelftriage’. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2023, p. 25. Te raadplegen via: open.overheid.nl/documenten/ronl-f863258b48575bff34e8f5b0e23df988c14cab7b/pdf.

¹¹⁷ Skipr 15 maart 2023, ‘Werkdruk huisartsenzorg niet lager door digitale zorg’. Te raadplegen via: www.skipr.nl/nieuws/werkdruk-huisartsenzorg-niet-minder-door-digitale-zorg/.

uitbreiding van huisartsenpraktijken zijn, betekent volgens de NZa niet dat de tarieven gemiddeld genomen te laag zijn vastgesteld. Dat is onbegrijpelijk.

(113) Allereerst moet hier wederom worden opgemerkt dat de NZa naar verkeerde CBS-data verwijst om te onderbouwen dat de winst van de huisartsenzorg gestegen is.

(114) Ten tweede is het zo dat de NZa miskent dat huisvesting een groot probleem is. In het IZA wordt huisvesting immers erkend dat betaalbare huisvesting momenteel niet beschikbaar is, bestaande huisvesting voor huisartsen inadequaet is en/of nieuwe voorzieningen in de eerstelijns nodig zijn.

“VWS, ZN, LHV en InEen en de VNG spannen zich in om voor de zomer van 2023 tot werkbare afspraken en een handreiking te komen over het oplossen van huisvestingsproblematiek van huisartspraktijken en gezondheidscentra, waar betaalbare huisvesting niet beschikbaar is, de bestaande huisvesting inadequaet is of nieuwe voorzieningen nodig zijn om de visie op de eerste lijn te realiseren.”¹¹⁸

(115) Het probleem van de huisvesting werd meerdere keren aangekaart, zo ook tijdens de internetconsultatie van het wetsvoorstel Versterking regie volkshuisvesting.

“Uit landelijk onderzoek van de LHV blijkt dat meer dan 3 van de 4 huisartsen een huisvestingsprobleem hebben: geen ruimte voor nieuwe patiënten, niet kunnen aannemen van extra personeel en niet kunnen opleiden van huisartsen of ander personeel. Gebrek aan geschikte panden, bouwgrond en te hoge kosten zijn de drie belangrijkste belemmeringen bij het zoeken naar andere praktijkruimte. Niet alleen in (grote) steden maar ook in andere delen van het land geven huisartsen aan dat zij vastlopen bij hun zoektocht naar geschikte huisvesting. Deze problemen leiden op termijn tot een nog groter tekort aan huisartsen en praktijkpersoneel – er is immers geen plek om nieuw personeel op te leiden.”¹¹⁹

(116) Ten derde geldt het volgende. De tarieven uit de Tariefbeschikking zijn ca. 15% te weinig aangepast op basis van de index voor kapitaallasten. Als er gekeken wordt naar de huisvestingskosten van een eerstelijnscentrum, dan zijn huren van € 180 – 225,- /m² BVO vrij van BTW momenteel gebruikelijk. Deze bedragen zijn ontleend aan het zogenaamde Bouwkosten Kompas¹²⁰ dat de prijzen registreert van in Nederland gerealiseerde bouwprojecten. Uit de tabel bij randnummer 22 volgt, dat voor een normpraktijk van 2095 patiënten, de vergoeding voor huisvesting 2,095 * € 8.019 = € 16.800 is. Bij een geadviseerde oppervlakte van 140m², betekent dit € 120/m². Bij een huurprijs van € 180/m² is dit dus maar liefst 50% en dat is dan nog los van energie en servicekosten.

(117) Het niveau van de servicekosten (energie / gebouwbeheer / schoonmaak / tuinonderhoud) ligt momenteel in gezondheidscentra op circa €45,- / 50,- per m². In 2017 was 145,-/m² en € 30 servicekosten gebruikelijk. In zes jaar tijd betekent dit een toename van meer dan 35%. Uitgaande van een praktijk van 200 m² zou dat momenteel € 45.000 / € 55.000 per jaar in houden.

(118) Ook onderstaande grafiek laat een kostenstijging zien tussen 2015 tot 2023 van meer dan 40%.

¹¹⁸ Zie IZA, p. 68: open.overheid.nl/documenten/ronl-464b0967c396f0f6cc75069e52d1d1ace9a838a6/pdf.

¹¹⁹ Zie brief van LHV en InEen betreffende Reactie LHV en InEen op internetconsultatie wetsvoorstel ‘Versterking regie volkshuisvesting’ van 29 maart 2023 met kernmerk 2023/1197443/gj/ir/ml. Te raadplegen via: www.lhv.nl/wp-content/uploads/2023/04/230329-Reactie-LHV-en-InEen-Internetconsultatie-wetsvoorstel-Versterking-regie-volkshuisvesting.pdf.

¹²⁰ Zie www.bouwkostenkompas.nl/nl



- (119) Kostenverschillen tussen Zuid-Holland en Overijssel zijn ca. 10-15% (**Productie 15**). Wanneer de kapitaallastenindex van de NZa bekeken wordt, is er tussen 2017 en 2023 slechts 25% geïndexeerd.¹²¹ Er is door de NZa aldus 15% te weinig aangepast in de Tariefbeschikking om te kunnen spreken van reële tarieven. De NZa heeft ten onrechte geen rekening gehouden met de daadwerkelijke kostenstijgingen met betrekking tot de huisvestingskosten in de Tariefbeschikking.
- (120) Ten vierde geldt dat het CBS cijfers heeft gepubliceerd waaruit blijkt dat huizenprijzen tussen 2013 en 2019 in de Randstad het sterkst stegen.¹²² De drie jaar daarop was de sterkste stijging juist te zien in grote delen van Groningen, Drenthe, Overijssel en Gelderland.¹²³ Het CBS concludeert dat in alle regio's van Nederland de huisvestingskosten zijn gestegen. Regionale prijsstijging sinds 2013 loopt uiteen van 70 tot 130 procent:

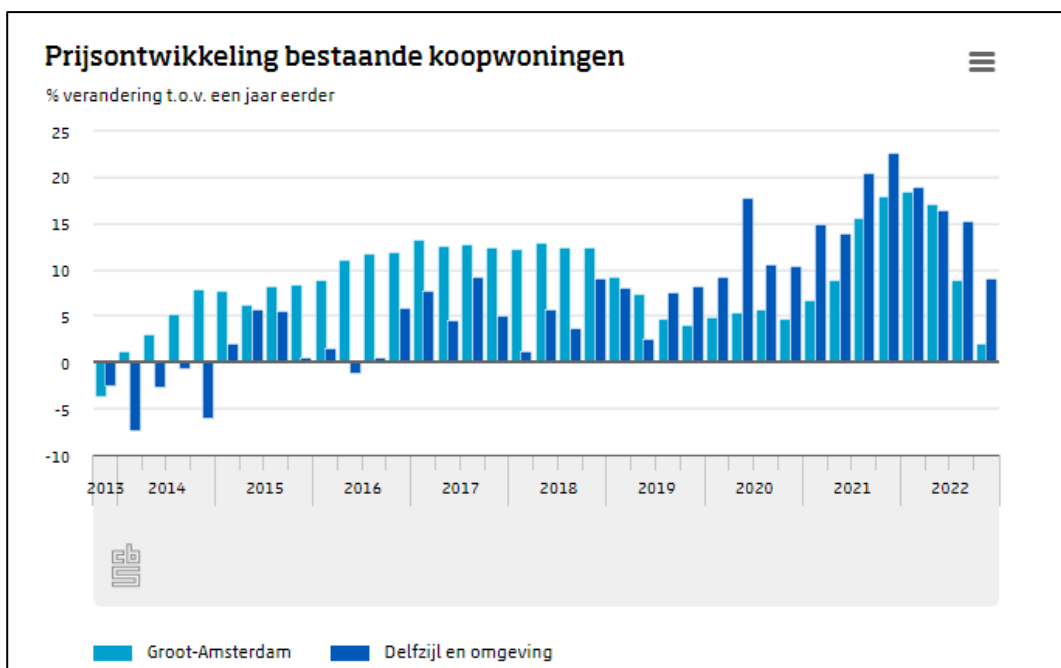
“De regionale ontwikkelingen op de woningmarkt worden geïllustreerd door een vergelijking tussen Groot-Amsterdam en Delfzijl en omgeving. Terwijl de prijzen in Groot-Amsterdam in de eerste periode (eind 2013 tot medio 2019) stegen met 71 procent, bleef de stijging in Delfzijl en omgeving beperkt tot 21 procent. In Groot-Amsterdam was toen de snelste stijging, de regio Delfzijl de een na traagste, mede doordat de prijzen daar in 2014 nog daalden. In de periode hierna, vanaf de tweede helft van 2019, stegen de prijzen in Groot-Amsterdam met 33 procent het traagst en die in Delfzijl en omgeving met 54 procent het snelst. De inhaalslag die Delfzijl en omgeving in die kortere tweede periode maakte, was lang niet genoeg om de opgelopen achterstand in de eerste periode te compenseren. Over beide perioden gezien, hoorde Delfzijl bij de tien regio's met de laagste prijsontwikkeling. Wel bleef de daling in het vierde kwartaal van 2022 ten opzichte van het voorgaande kwartaal met 1,2 procent bescheiden.”¹²⁴

¹²¹ Zie www.nza.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/wat-is-het-indexcijfer-voor-de-kapitaallasten-awbz-wlz.

¹²² NRC 7 maart 2023, 'Negen jaar aan prijsstijgingen in kaart gebracht; huizen in tal van regio's dubbel zo duur'. Te raadplegen via: www.nrc.nl/nieuws/2023/03/06/negen-jaar-aan-prijsstijgingen-in-kaart-gebracht-huizen-in-tal-van-regios-dubbel-zo-duur-a4158725?t=1687247276.

¹²³ CBS 7 maart 2023, 'Huizenprijzen stegen sinds 2013 het meest in regio Haarlem en de Zaanstreek'. Te raadplegen via: www.cbs.nl/item?sc_itemid=84ac60e0-eac8-46df-ac11-232b1814df2b&sc_lang=nl-nl.

¹²⁴ CBS 7 maart 2023, 'Huizenprijzen stegen sinds 2013 het meest in regio Haarlem en de Zaanstreek'. Te raadplegen via: www.cbs.nl/item?sc_itemid=84ac60e0-eac8-46df-ac11-232b1814df2b&sc_lang=nl-nl.



- (121) Hoewel Delfzijl tot de tien regio's met de laagste prijsontwikkeling behoorde, was de stijging van de huisvestingskosten (2019-2022) met 54%. Uit de onderliggende data van het CBS blijkt dat zowel in de regio Den Haag als in de regio Zuid-Limburg huisvestingskosten ten opzichte van 2015 drastisch zijn gestegen.¹²⁵ De indexcijfers stegen in Den Haag van 97,9 in 2015 naar 191,4 in 2022. In Zuid-Limburg stegen de indexcijfers van 97,6 in 2015 naar 172,1 in 2022.

¹²⁵ www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/84997NED.

Regio's		Prijnsindex verkoopprijzen		
		Prijnsindex	Ontwikkeling t.o.v. vorige periode	Ontwikkeling t.o.v. een jaar eerder
Perioden		2015 = 100	%	
Agglomeratie 's-Gravenhage (CR)	1995 1e kwartaal	40,5		
	2000 1e kwartaal	68,4	2,1	19,0
	2005 1e kwartaal	100,8	0,9	5,3
	2010 1e kwartaal	109,3	-0,5	-4,0
	2015 1e kwartaal	97,9	0,5	3,6
	2020 1e kwartaal	147,2	1,1	6,4
	2021 1e kwartaal	161,1	3,3	9,5
	2021 2e kwartaal	169,4	5,2	13,3
	2021 3e kwartaal	179,0	5,7	17,4
	2021 4e kwartaal	184,5	3,1	18,3
	2022 1e kwartaal	191,6	3,8	18,9
	2022 2e kwartaal	196,0	2,3	15,7
	2022 3e kwartaal	198,6	1,3	10,9
	2022 4e kwartaal	191,4	-3,6	3,7
Zuid-Limburg (CR)	2023 1e kwartaal	188,2	-1,7	-1,8
	1995 1e kwartaal	53,2		
	2000 1e kwartaal	91,9	4,0	15,2
	2005 1e kwartaal	110,7	-0,7	2,2
	2010 1e kwartaal	112,5	-1,4	-4,6
	2015 1e kwartaal	97,6	-1,1	1,3
	2020 1e kwartaal	134,3	2,9	7,9
	2021 1e kwartaal	148,5	4,6	10,6
	2021 2e kwartaal	154,0	3,7	12,4
	2021 3e kwartaal	161,4	4,8	15,7
	2021 4e kwartaal	166,3	3,0	17,2
	2022 1e kwartaal	172,5	3,8	16,2
	2022 2e kwartaal	176,4	2,3	14,6
	2022 3e kwartaal	175,6	-0,4	8,8
2022 4e kwartaal	172,1	-2,0	3,5	
2023 1e kwartaal	168,6	-2,0	-2,3	

Bron: CBS, Kadaster

- (122) Dat betekent dat de huisvestingskosten in heel Nederland zijn gestegen. Huisartsen moeten voor huisvesting voldoen aan alle geldende wet- en regelgeving zoals het Bouwbesluit en de Arbowet. Daarnaast heeft de LHV nog aanvullende minimale eisen opgesteld specifiek voor huisartsenpraktijken.¹²⁶ In deze bouwnorm staan de minimale en aanvullende bouwkundige eisen voor de (ver)bouw van een huisartsenpraktijk. Huisartsen kunnen dus niet zomaar onder de (fors) gestegen huisvestingskosten uitkomen. Waar andere ondernemers prijzen aan kunnen passen, zijn huisartsen gebonden aan vaste tarieven.¹²⁷ Huisartsen kunnen daarom de gestegen huisvestingskosten niet (voldoende) compenseren.
- (123) Veel huisartsen groeien daarbij letterlijk uit hun praktijk. Er zijn te veel patiënten, te veel (sinds 2015) nieuwe taken en te veel personeelsleden om te huisvesten. Panden waar huisartsenpraktijken inzitten zijn te klein voor het personeelsteam – zo klein dat niet alle personeelsleden tegelijk kunnen werken

¹²⁶

¹²⁷

Zie www.lhv.nl/product/lhv-bouwnorm/.

Zie ook www.vanlanschot.nl/inspiratie/vermogensregie/healthcare/huisartsvesting: “Een van die problemen is geschikte huisvesting vinden. Dit probleem wordt op dit moment alleen maar groter. Drie op de vier huisartsen ervaart nadelen van de huisvesting van hun praktijk, met ruimtegebrek als grootste pijnpunt. Waar andere ondernemers de prijs kunnen aanpassen, zijn huisartsen gebonden aan vaste tarieven. Deze lopen zwaar uit de pas met de torenhoge prijs per vierkante meter die in de commerciële vastgoedsector wordt gevraagd.” Zie ook Productie 13.

(Productie 13).¹²⁸ Werd de huisartsenpraktijk van vroeger enkel bemand door dokter en assistent, tegenwoordig bestieren moderne huisartsen steeds meer ondersteunend personeel: verpleegkundig specialisten, praktijkmanager, assistenten en praktijkondersteuners op gebied van verpleegkundige en/of psychische zorg. Dat komt onder andere door substitutie van zorg. Door die schaalvergroting zijn veel huisartsenpraktijken te krap in hun jas komen te zitten.

- (124) Ten eerste geldt hierbij dat de NZa met de Tariefbeschikking geen rekening heeft gehouden met de daadwerkelijke kosten voor adequate huisvesting van normaal functionerende huisartsenpraktijken anno 2023. Er is door DBH voldoende aannemelijk gemaakt dat door de vergroting van het takenpakket van huisartsen de bemensing van een huisartsenpraktijk niet meer past in de huidige behuizing. Dit betekent dat de NZa met de Tariefbeschikking geen kostendekkende tarieven heeft vastgesteld die huisartsen compenseren voor de toegenomen huisvestingskosten voor huisartsenpraktijken. Deze huisartsenpraktijken moeten immers veel groter zijn om de zorg die door huisartsen wordt geleverd op te vangen. Bijna de helft van alle huisartsenpraktijken in Nederland meldt geen nieuwe patiënten meer aan te kunnen nemen vanwege ruimtegebrek in de praktijk (zie Producties 12 en 13). Dit is bepaald geen nieuw gegeven: het is een fenomeen dat zich door heel Nederland manifesteert en dat de NZa de afgelopen jaren uit tal van openbare bronnen had kunnen en moeten afleiden.
- (125) Ten tweede geldt dat de huisartsenzorg door de te lage compensatie voor huisvestingskosten niet goed kan functioneren en niet aan de opgaven uit het IZA kan gaan voldoen.
- Huisartsenpraktijken worden door ontoereikende huisvesting belemmerd in de zorgverlening. Huisartsen kunnen geen extra personeel aannemen simpelweg omdat extra personeelsleden fysiek niet in (de werkplekken van de) huisartsenpraktijk passen.
 - Als huisartsenpraktijken al voldoende personeel aan hebben kunnen nemen om alle huisartsgeneeskundige zorg te verlenen, werken deze personeelsleden in een suboptimale omgeving: opgepropt in te kleine huisvesting. Anders gezegd: er zitten te veel personeelsleden op één kamer of op enkele vierkante meters in de te krap behuisde huisartsenpraktijk. Personeel is dan niet efficiënt en/of niet afdoende in te schakelen en patiënten krijgen niet de zorg in een passende omgeving waar zij recht op hebben. Hierdoor kan personeel in een huisartsenpraktijk niet de zorg leveren die anno 2023 van hen verwacht wordt. Daarbij werkt het voortduren van een huisvestingsprobleem negatief in op de mogelijkheden voor de huisarts om schaars personeel gemotiveerd te houden, op te leiden en te begeleiden.
- (126) De NZa heeft hier onvoldoende rekening mee gehouden in de Tariefbeschikking. Er moet worden geconcludeerd dat huisartsen hun gestegen huisvestingskosten en gestegen investeringen voor wat betreft huisvesting niet kunnen dekken met de tarieven uit de Tariefbeschikking.
- (127) Dat de NZa in het bestreden besluit over dit punt heenstapt brengt in 2023 concrete problemen met zich. Van huisartsen wordt verwacht dat ze zich aan IZA houden. Eén van de afspraken die in het kader van het IZA is gemaakt, is meer tijd voor de patiënt (MTVP).

“Het water staat huisartsen en hun medewerkers aan de lippen. VWS, zorgverzekeraars en huisartsenpartijen zien de urgentie om de werkdruk op korte termijn te verlichten. Dat vraagt een andere organisatie van de zorg, waarover in deze en andere paragrafen afspraken worden gemaakt. Binnen de huisartsenzorg moeten instroom en doorstroom geoptimaliseerd worden. Huisartsen moeten ruimte in hun hoofd en in hun agenda hebben om de zorg voor hun patiënten goed te organiseren; het praktijkhouderschap moet aantrekkelijk blijven. Alle partijen zien in dit kader het belang van Meer Tijd Voor de Patiënt (MTVP) in de huisartsenpraktijk om de huisartsenzorg toekomstbestendig te houden. Meer tijd voor patiënten in het spreekuur en de praktijk is een middel waarmee verwijzingen naar de 2e lijn, medicatie en diagnostiek beperkt kunnen worden en de kwaliteit van zorg kan verbeteren. van het IZA. Ook kan ‘onnodige’ huisartsenzorg worden vermeden als er betere doorverwijzing is naar het sociaal domein, welzijnswerk in de wijk en zelfzorg beter tot stand komt. Tegelijkertijd kan het helpen de werkdruk

¹²⁸ Zie ook o.a. VPRO 23 april 2022, ‘Nederlandse huisarts kampt met te klein ‘huis’’. Te raadplegen via: www.vpro.nl/argos/lees/onderwerpen/artikelen/2022/Nederlandse-huisarts-kampt-met-te-klein-huis.html. Zie ook Productie 13.



in de huisartsenzorg te verlagen en het werkplezier te verhogen. Bovendien leidt het tot meer tevredenheid bij de patiënten. Bij de totstandkoming van MTVP gaat het om een combinatie van maatregelen, zoals meer inzet van extra FTE huisarts of ander personeel, taakherschikking, optimalisatie van de praktijkvoering, vermindering van administratieve lasten, samenwerking met andere zorgprofessionals en met het sociaal domein en digitalisering.”¹²⁹ (onderstreping toegevoegd)

- (128) MTVP betekent letterlijk meer tijd voor de patiënten in de spreekruimte van de huisartsenpraktijken en meer personeelsleden die tijd (en ruimte) moeten kunnen hebben voor de patiënten. Een gemiddelde huisarts kan niet zelf op haar/zijn kamer voor alle patiënten in 2023 meer tijd voor de patiënt nemen. Wil een huisartsen MTVP in 2023 bewerkstelligen, dan heeft de huisarts personele ondersteuning (extra fte als vermeld in het bovenstaande citaat) en voldoende fysieke (spreek)ruimte voor deze ondersteuning nodig. De uitvoering van MTVP staat door het bestreden besluit onder druk nu de NZa de huisarts onvoldoende compenseert voor de gestegen huisvestingskosten. Het bestreden besluit staat in de weg aan het dekken van kosten voor adequate huisvesting. Anders gezegd: de NZa miskent dat huisartsen te maken hebben met i) gestegen huisvestingskosten en ii) kosten voor de noodzakelijke verbouwing, uitbreiding c.q. verhuizing van de praktijk naar adequate huisvesting anno 2023 e.v.
- (129) Het IZA schrijft daarbij voor dat individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders maatwerkafspraken kunnen maken in 2023/2024.¹³⁰ Er zullen in ieder geval geen maatwerkafspraken gemaakt worden tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders die gunstiger uitvallen dan de NZa-tarieven. Als het NZa-tarief al te laag is, blijft er voor de huisartsen evident geen kostendekkend tarief meer over.
- (130) Dit leidt ertoe dat huisartsen zich wel willen vestigen met een huisartsenpraktijk, maar dat dit gewoonweg niet mogelijk is. In sommige gevallen moet subsidie worden aangevraagd bij de gemeente.
- “Aan de discussie in de raad ging een emotioneel pleidooi van zorgondernemer Daan Evers vooraf. Hoe hij en zijn vrouw – huisarts Birgit Everts – er alles aan gedaan hebben om de kosten van hun nieuwe gezondheidscentrum Het Kompas te drukken. Hoe hun droom werd gedwarsboomd door factoren waar ze niet op hadden kunnen anticiperen: de pandemie, de oorlog in Oekraïne en de energiecrisis.*
- Het echtpaar stelde zich ten overstaan van college en raad kwetsbaar op. „De passie voor ons werk zit in de zorg voor onze patiënten, niet in stenen. We hebben een tweede hypotheek afgesloten, vele gesprekken gevoerd met wethouder Joosten en alle betrokken partijen. Inmiddels zijn drie nieuwe praktijkhouders aangetrokken. Het gezondheidscentrum is toekomstbestendig, maar pijnlijk genoeg komen we tekort op de torenhoge bouwkosten. De pot is leeg, ik heb niks meer.”¹³¹*
- (131) Dit alles omdat de NZa geen kostendekkende tarieven vaststelt. Ondanks dat het huisvestingsvraagstuk vaak onder de aandacht van de NZa is gebracht, ook bijvoorbeeld door zorgverzekeraar Zilveren Kruis,¹³² weigert de NZa de reële en kostendekkende huisvestingskosten

¹²⁹ Zie IZA, p. 66 (open.overheid.nl/documenten/ronl-464b0967c396f0f6cc75069e52d1d1ace9a838a6/pdf).

¹³⁰ Zie IZA, p. 107 (open.overheid.nl/documenten/ronl-464b0967c396f0f6cc75069e52d1d1ace9a838a6/pdf).

¹³¹ BN DeStem 17 maart 2023, ‘Droom huisartsenpraktijk in Zevenbergen wordt nachtmerrie: ‘We komen tekort, de pot is leeg, ik heb niks meer’. Te raadplegen via: www.bndestem.nl/moerdijk/droom-huisartsenpraktijk-in-zevenbergen-wordt-nachtmerrie-we-komen-tekort-de-pot-is-leeg-ik-heb-niks-meer-a1da5cfd/.

¹³² Zie www.linkedin.com/posts/edm%C3%A9-van-den-akker-5b806310_huisartsenzuidkennemerland-huisartsenzorg-activity-7039566963907420160-fXmH: “Hoe vindt een huisarts geschikte en betaalbare huisvesting voor zijn of haar huisartsenpraktijk? Dat is een belangrijke voorwaarde voor de toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Helaas ervaren huisartsen daar regelmatig problemen bij. Zo wordt er in de planning van een nieuwbouwproject niet altijd rekening gehouden met een locatie voor een huisartspraktijk. [...] Zo hebben we dit huisvestingsvraagstuk voor huisartsen al onder de aandacht gebracht bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. En op 6 maart hebben Eva Euser van HZK, Anouk van der Weele van der Weele landelijk inkoper Edmée van den Akker van den Akker regio inkoper Zilveren Kruis gesproken met Daan Tettero van Tettero en Edgar Berger van Syntrus Achmea Real Estate & Finance Achmea. We hebben met elkaar verkend hoe Syntrus Achmea vanuit haar rol ondersteuning kan bieden in het vinden van geschikte locaties voor huisartsen. Syntrus Achmea financiert, ontwikkelt en belegt in vastgoed en hypotheek in opdracht van pensioenfondsen en andere institutionele beleggers zoals verzekeraars en charitatieve instellingen. Syntrus Achmea kent de marktpartijen goed en kiest voor duurzame investeringen met financieel én maatschappelijk rendement. Daarom wil Syntrus Achmea actief meewerken aan de oplossing van dit huisvestingsvraagstuk. Syntrus Achmea is evenals Zilveren Kruis onderdeel van de Achmea Groep.”

door te berekenen in de Tariefbeschikking. De NZa weigert dit ondanks significante en objectiveerbare kostenstijgingen.

VII. CONCLUSIE

- (132) In randnummer 4 en de twee lopende beroepszaken (zaken AWB 23/187 en AWB 23/961, Producties 5 en 6) is door DBH beschreven en onderbouwd dat de huisarts zoals we die kennen in hoog tempo verdwijnt. Dat is geen mening, maar een feit. Net zo goed als het een feit is dat dit al jaren aan de gang is en, zo is hiervoor uitvoerig uiteengezet, de NZa daar al jaren op wordt gewezen. Wie op zoek gaat naar door de NZa ontwikkelde maatregelen om de grootschalige uittreding van huisartsen te stoppen komt bedrogen uit. Die zijn er niet. Wie op zoek gaat naar beleid van de NZa om dat tijt te keren komt eveneens bedrogen uit. Wie op zoek gaat naar een begin van het nemen van regie van de NZa om dat zich landelijk manifesterende probleem aan te pakken zal niets aantreffen. Met het bestreden besluit geeft de NZa eigenhandig de huisartsen nog een zetje richting de uitgang. Dat is niet eens op de winkel passen – laat staan toezicht houden. Al dit niks doen door de NZa heeft er ook toe geleid dat door *private equity* gedreven ketenpartijen in de huisartsenzorg in ‘het gat’ springen en al doende het gat nog veel groter hebben gemaakt. Dit probleem is nu dusdanig ernstig dat de NZa daar samen met de IGJ onderzoek naar moet doen.¹³³ Dit onderzoek volgde eerst na een berg aan klachten, negatieve publiciteit maar vooral nadat patiënten (langdurig) zonder huisarts zaten. De NZa kan nu toezicht gaan houden op de consequenties van het langdurig eigen stilzitten.
- (133) Van een toezichthouder mag worden verwacht dat deze tijdig en waar nodig proactief ingrijpt wanneer de omstandigheden in de markt daar aanleiding toe geven. Dit door voorwaarden te scheppen waardoor negatieve trends tijdig omgebogen kunnen worden. Zoals bescherming bieden tegen zorgverzekeraars die in een wedstrijd van kaasschaven ondoordachte bezuinigingen opleggen aan huisartsen en daarbij ook in strijd met een Hoofdlijnenakkoord handelen (zie zaken AWB 23/187 en AWB 23/961). En door toe te zien op de zorg(inkoop)plicht ex artikel 11 Zvw, zodat de consequenties van het falen van zorgverzekeraars niet over de schutting naar de huisarts wordt gegooid om vervolgens als NZa te melden dat dat handhaving van de zorg(inkoop)plicht niet lukt (omdat sancties van de NZa niet zouden werken).¹³⁴ Of zoals door een fatsoenlijk en zorgvuldig tariefbeleid. Het *track record* van de NZa is daarvan echter het spiegelbeeld. Wie kijkt naar maatregelen van de NZa die de huisartsen demoraliseren, die blijf geven van een apert verkeerde afweging van belangen, of alle keren dat de NZa op haar handen bleef zitten terwijl huisartsen oprecht en met reden grote zorgen hadden over hun kwetsbare patiënten, hun personeel, hun toekomst, zal een lange lijst samenstellen. Zie Producties 12 en de beroepschriften in zaken AWB 23/187 en AWB 23/961 (Producties 5 en 6) met als (zure) kers op de taart een Tariefbeschikking:
- die geen praktische of pragmatische oplossing biedt, maar alleen als een bot mes wat indexeert,
 - die de toegenomen verantwoordelijkheid van de huisarts negeert,
 - die marktontwikkelingen na 2015 per definitie negeert,
 - die pogingen van huisartsen om hun sinds 2015 fors uitgebreide takenpakket op te vangen negeert,
 - de grote uitval, vroegpensioenen en demoralisatie van huisartsen negeert,
 - die geen rekening houdt met de extra *work load* voor de huisartsen van de afspraken uit het IZA,

¹³³ Zie www.igj.nl/actueel/nieuws/2023/01/26/igj-en-nza-doen-gezamenlijk-onderzoek-naar-innovatieve-ketens-van-huisartsenzorg en www.igj.nl/actueel/nieuws/2023/04/19/centric-health-zuid-holland-b.v.-krijgt-aanwijzing.

¹³⁴ www.zorgvisie.nl/nza-wapperen-met-boetes-voor-verzekeraars-is-niet-nodig/ en www.zorgvisie.nl/blog/nza-blijft-de-plank-mislaan-bij-handhaving-zorgplicht-verzekeraars/ en www.zorgvisie.nl/blog/nza-ga-aan-de-slag-met-de-zorginkoopplicht.

- die negeert dat de huisarts het falen van een kerntaak van de zorgverzekeraars zoals de zorginkoop in de ggz opvangt, *zonder* enige vergoeding en met continue verantwoordelijkheid voor de betrokken patiënten, en
- die ongegeneerd is gebaseerd op de aanname dat de huisarts maar liefst 15-20 uur per week *zonder* enige beloning werkt.

(134) Het besteden besluit kan de toets als beschreven in het juridisch kader (Hoofdstuk II) niet doorstaan. In de hoofdstukken III tot en met VI heeft DBH gemotiveerd toegelicht waarom het bestreden besluit niet voldoet aan het zorgvuldigheid- en motiveringsbeginsel. Wie de feiten beoordeelt kan niet anders concluderen dan dat deze toezichthouder onderdeel is van het probleem. Dat is oplosbaar en vergt dat het bestreden besluit wordt vernietigd. Dat daarbij door uw college duidelijke aanwijzingen voor de oplossingsrichtingen worden aangedragen lijkt niet onnodig gelet op de volharding waarmee de talloze signalen en argumenten structureel en over meerdere jaren zijn genegeerd door de NZa (waarbij zelfs een overheidsinstantie onwaardige excuses als gebrek aan 'draagvlak' zonder gêne zijn gebruikt om wettelijke taken te ontlopen). DBH verwacht dat met een richtinggevende beslissing de NZa zich kan resetten en alsnog – dit keer met respect en enkel op grond van argumentatie – samen met de huisartsen tot een regulerend kader komt waarin de huisarts zich niet langer vogelvrij hoeft te voelen als het om de zorgverzekeraars en de toezichthouder gaat. Een kader waaruit blijkt dat ook de toezichthouder staat voor de poortwachter in de zorg door fatsoenlijke, realistische en geactualiseerde tarieven vast te stellen. Huisartsen vragen niet meer dan een beloning die recht doet aan de realiteit van vandaag en de enorme verantwoordelijkheid die zij bereid zijn te nemen omwille van hun patiënten.

Amsterdam, 5 juli 2023

Gemachtigden,

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

Producties bij aanvullende gronden van beroep	
1	Beslissing op bezwaar NZa d.d. 29 maart 2023
2	Bezwaarschrift DBH inclusief bijlagen
3	Verslag van de hoorzitting inclusief spreekantekeningen DBH en LHV/VPH
4	RVS-rapport 'De basis op orde – Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg'
5	Beroepschrift in zaak AWB 23/187
6	Beroepschrift in zaak AWB 23/961
7	E-mails inzicht kostenposten Kostenonderzoek 2015 d.d. 7 en 28 maart 2023
8	Relevante documenten technische overleggen van 14 oktober 2021, 15 februari 2022 en 31 maart 2022
9	RVS-rapport 'Met de stroom mee – Naar een duurzaam en adaptief stelsel van zorg en ondersteuning'
10	Inbreng InEen, LHV, NHG en VPH voor debat vaste Kamercommissie VWS d.d. 27 juni 2023
11	Relevante brondocumenten en citaten toekomst huisartsenzorg
12	Brief C. Zwart d.d. 2 juli 2023 m.b.t. expertsessie kostenonderzoek huisartsenzorg
13	Objectieveerbare en significante ontwikkelingen huisartsenzorg uit de media inclusief relevante citaten
14	E-mail CBS m.b.t. foutieve data d.d. 20 april 2023
15	Kostenverschillen huisvesting Zuid-Holland en Overijssel