

LJN: BV5593,Voorzieningenrechter College van Beroep voor het bedrijfsleven , AWB 11/1175

Datum uitspraak: 08-02-2012

Datum publicatie: 16-02-2012

Rechtsgebied: Bestuursrecht overig

Soort procedure: Voorlopige voorziening

Inhoudsindicatie: Structurele korting op inschrijf- en consulttarieven voor huisartsenzorg ivm overschrijding financieel huisartsenkader, vertrouwensbeginsel. Exceptieve toetsing. Verzoek Landelijke huisartsenvereniging (LHV) tot schorsing van de tariefbeschikking in afwachting van de nog te nemen beslissing op bezwaar. De financiële kaders van de gezondheidszorg zijn op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg aan de minister voorbehouden en in beginsel gegeven voor NZa en rechter. De minister heeft de overschrijdingen van het huisartsenkader (per dekkader) niet op onmiskenbaar onrechtmatige wijze vastgesteld. De stelling van LHV dat de omvang van de korting op de huisartsentarieven niet, dan wel ondeugdelijk is onderbouwd, slaagt evenmin. Conclusie: de tariefbeschikking en de onderliggende aanwijzing en beleidsregel zijn niet onmiskenbaar onrechtmatig.

Vindplaats(en): Rechtspraak.nl

---

#### Uitspraak

College van Beroep voor het bedrijfsleven  
Voorzieningenrechter

AWB 11/1175 8 februari 2012  
13950 Wet marktordening gezondheidszorg

Uitspraak op het verzoek om voorlopige voorziening in de zaak van:

de Landelijke Huisartsenvereniging, te Utrecht, verzoekster,  
gemachtigde: mr. M.E.F. Bots, advocaat te Utrecht,  
tegen

de Nederlandse Zorgautoriteit, verweerster,  
gemachtigden: mr. G.R.J. de Groot en mr. J.J. Rijken, advocaten te 's-Gravenhage.

#### 1. De procedure

Bij tariefbeschikking van 16 december 2011 heeft verweerster de prestatiebeschrijvingen en daarbij behorende maximumtarieven vastgesteld zoals deze met ingang van 1 januari 2012 voor huisartsenzorg gelden.

Verzoekster heeft tegen die tariefbeschikking bij brief van 29 december 2011 bezwaar gemaakt bij verweerster. Bij brief van de zelfde datum heeft zij de voorzieningenrechter van het College verzocht een voorlopige voorziening te treffen in die zin dat genoemde tariefbeschikking zal worden geschorst totdat zes weken zijn verstreken nadat verweerster de nog te nemen beslissing op het bezwaar bekend heeft gemaakt, althans een zodanig beslissing te nemen als de voorzieningenrechter vermeent te behoren.

Bij brief van 13 januari 2012 heeft verweerster een reactie gegeven op het verzoek en daarbij op de zaak betrekking hebbende stukken overgelegd.

Eveneens op 13 januari 2012 heeft verzoekster een afschrift van haar aanvullend bezwaarschrift en daarbij behorende stukken aan - de voorzieningenrechter van - het College doen toekomen. Tot die stukken behoren gegevens zoals deze door de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen met een beroep op de Wet openbaarheid van bestuur (Wob) bij de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: de Minister) zijn opgevraagd en vervolgens beschikbaar zijn gesteld aan verzoekster. Deze stukken zullen hierna worden aangeduid als de Wob-stukken.

Het verzoek is behandeld ter zitting van 18 januari 2012, waarbij de gemachtigden van partijen hun standpunten nader uiteen hebben gezet. Voor verzoekster is mede het woord gevoerd door drs. C. Sonneveld, hoofd van de Afdeling Praktijkvoering van verzoekster.

## 2. De grondslag van het geschil

Op 10 juni 2011 heeft de Minister de Tweede Kamer geïnformeerd over de zakelijke inhoud van de voorgenomen aanwijzing aan verweerster met betrekking tot - onder meer - maatregelen inzake de huisartsenzorg. Hierbij heeft de Minister gesteld dat op basis van de realisatiecijfers 2010 bij de huisartsenzorg sprake is van een structurele overschrijding van € 45 miljoen en bij de geïntegreerde eerstelijnszorg (hierna ook: GEZ), waarin huisartsen een proportioneel aandeel hebben, van een overschrijding van € 70 miljoen. Verder zal, aldus de Minister in deze brief, de structurele overschrijding op het huisartsenkader 2009 van € 30 miljoen worden verrekend en worden de huisartsen met

€ 22 miljoen gekort voor het niet realiseren van de taakstelling op doelmatig voorschrijven. Volgens deze brief zullen huisartsen in totaal een bijdrage van € 132 miljoen moeten leveren aan de oplossing van de problematiek van overschrijding van het budgettaire kader zorg (hierna ook: BKZ).

Naar aanleiding van voormelde voorhangbrief heeft verzoekster zich schriftelijk tot zowel de Minister als de vaste Kamercommissie voor VWS gewend en daarbij haar bezwaren tegen de voorgenomen tariefmaatregel kenbaar gemaakt.

De Minister heeft op 1 juli 2011 antwoord gegeven op vragen uit de Tweede Kamer met betrekking tot - onder meer - de ten aanzien van huisartsenzorg voorgenomen tariefmaatregel. In dit antwoord stelt de Minister dat het aandeel dat huisartsen hebben in de overschrijding van de in het BKZ geraamde uitgaven voor geïntegreerde eerstelijnszorg op 50% wordt verondersteld en dat deze overschrijding zowel kan zijn veroorzaakt door een toegenomen gebruik van de beleidsregel geïntegreerde eerstelijnszorg als door het feit dat de - vrije - tarieven die verzekeraars met aanbieders van die zorg afspreken zijn verhoogd.

Op 21 juli 2011 heeft de Minister aan verweerster op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg) overeenkomstig haar hiervoor weergegeven (voorhang)brief van 10 juni 2011 een aanwijzing gegeven met betrekking tot - onder meer - de financiële taakstelling van € 132 miljoen voor huisartsenzorg.

De toelichting bij deze aanwijzing vermeldt onder meer het volgende:

" Mede op basis van het kostenonderzoek dat in 2008 heeft plaatsgevonden, waaruit bleek dat huisartsen meer verdienen dan het norminkomen, acht ik de keuze voor deze korting verantwoord. Ik stel voor de korting (...) op het inschrijftarief te laten neerslaan. Hiermee wordt het realiseren van de taakstelling zeker gesteld."

Naar aanleiding van een op 5 september 2011 met de Minister gehouden overleg heeft verzoekster haar argumenten tegen de voorgenomen tariefmaatregel bij brief van 16 september 2011 aan de Minister nader gemotiveerd.

Met het oog op een vergadering van de Adviescommissie Eerstelijnszorg en Keten Cure van verweerster op 19 oktober 2011 heeft verzoekster haar bezwaren tevens geuit in een brief van 17 oktober 2011 aan verweerster. Deze brief bevat onder meer de volgende passages:

" Wij zijn het niet alleen oneens met de korting op zich, maar ook met de wijze waarop deze wordt verwerkt in de tarieven. De uitgaven aan basishuisartsenzorg (inschrijftarief en consulttarief) zijn in 2010 niet gestegen, maar toch wordt er juist dáárop in de tarieven gekort. Wij achten het principieel onjuist dat de tarieven voor de basishuisartsenzorg worden gekort als de 'overschrijdingen' niet daar hun oorsprong hebben, maar in de aanvullende zorg.

(...)

De NZa heeft de tarieven in 2010 vastgesteld op basis van een kostenonderzoek. De ingreep die nu in deze tarieven wordt gedaan, leidt ertoe dat deze tarieven niet langer kostendekkend zijn. Wij verzoeken u dan ook dringend uw voorstel voor de uitwerking te heroverwegen en de minister erop te wijzen dat deze ingreep ten koste gaat van adequate, kostendekkende tarieven voor de basiszorg."

Met het oog op voormelde vergadering van 19 oktober 2011 is door medewerkers van verweerster een interne notitie opgesteld, die onder meer het volgende inhoudt:

" Gelet op het in de Wmg neergelegde stelsel van bevoegdheidsverdeling tussen de minister en de NZa is de NZa in beginsel gehouden om overeenkomstig de inhoud van een aanwijzing van de minister een beleidsregel vast te stellen of de inhoud van een bestaande beleidsregel te wijzigen. Dit is alleen anders indien deze in strijd is met een hogere algemeen verbindende regeling of indien moet worden geoordeeld dat de betrokken aanwijzing de toets aan de algemene rechtsbeginselen niet zou kunnen doorstaan. Hiervan is niets gebleken. De NZa beschouwt de uitvoering van de aanwijzing dan ook als gegeven.

(...)

De minister heeft in de aanwijzing voorgesteld de korting van € 132 miljoen (in het geheel) te verwerken via het inschrijftarief. De directie is van mening dat de uitwerking van de tariefkorting via het inschrijftarief het meest voor de hand ligt. De voorgestelde taakstelling wordt hiermee structureel gerealiseerd ongeacht de volumeontwikkeling in de komende jaren. Aangezien het inschrijftarief als basis dient voor het grootste deel van de huisartsenzorg, wordt de tariefkorting hier ook gelijkmatig over alle ingeschreven patiënten verspreid en drukt het niet zwaarder op een specifiek onderdeel van de te leveren zorg."

Bij brief van 2 november 2011 heeft de Minister de Tweede Kamer onder meer meegedeeld dat op grond van geactualiseerde gegevens van het College voor zorgverzekeringen (hierna: CVZ) van oktober 2011 de tariefmaatregel voor huisartsenzorg met € 20 miljoen zal worden verlaagd en dat daarover een aangepaste aanwijzing aan verweerster zal worden gezonden. In deze brief stelt de Minister tevens dat die gegevens van het CVZ een aanzienlijke financiële bedreiging laten zien met betrekking tot de huisartsenzorg in 2011, maar dat zij daaraan in verband met de onzekerheid rond de cijfers nog geen conclusies verbindt.

Op 8 november 2011 heeft een technisch overleg plaatsgevonden tussen medewerkers van de directie Cure van verweerster, medewerkers van verzoekster en van de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen. Aan het daarvan gemaakte verslag wordt de volgende passage ontleend:

" Verder wordt ter discussie gesteld waarom enkel de componenten inschrijftarief en consult als basis voor de korting wordt genomen, en niet de componenten ANW [avond-, nacht- en weekenddienst, voorzieningenrechter] en bijzondere betalingen. De NZa geeft aan dat gezien de recente discussies over ophoging ANW-tarief en componenten in de bijzondere betalingen als POH-GGZ [praktijkondersteuning huisartsen voor ggz, voorzieningenrechter], het niet voor de hand zou liggen om de korting hier specifiek in neer te laten dalen."

Bij brief van 28 november 2011 heeft de Minister verweerster verzocht aan de hand van in die brief geformuleerde doelen en randvoorwaarden een uitvoeringstoets te verrichten in verband met de

bekostiging van de huisartsenzorg en de integrale zorg en de resultaten daarvan in juni 2012 aan te leveren.

Met het oog op een vergadering van verweerster op 30 november 2011 over de aanwijzing kortingen eerste lijn is een intern document opgesteld, waarin met betrekking tot de voorgenomen tariefmaatregel bij huisartsen onder meer het volgende is gesteld:

" De LHV heeft per brief d.d. 17 november jl. aangegeven dat, uitgaande van het uitgangspunt van de NZa dat uitvoering wordt gegeven aan de aanwijzing, de voorkeur niet ligt bij een van de voorgestelde varianten [korting van uitsluitend inschrijftarieven, uitsluitend consulttarieven of een combinatie daarvan, toev. voorzieningenrechter], maar bij een andere variant. De LHV bepleit een korting op de tarieven voor ANW-uren, POH-GGZ en aanvullend het schrappen van (een deel van) de prestaties voor M&I-verrichtingen [verrichtingen in verband met modernisering en innovatie, vz rechter], POH-S [praktijkondersteuning somatiek, vz rechter] en de ketenzorg. Zoals eerder in deze notitie aangegeven is de directie niet voornemens om de taakstelling aan te wenden om ingrijpende systeemwijzigingen door te voeren. Hoewel wij begrip hebben voor de beweegredenen van de LHV om tot dit voorstel te komen, is het voorstel van de LHV niet overgenomen in de conceptbeleidsregel "huisartsenzorg" zoals deze nu ter advies voorligt. De afgelopen jaren is veel discussie gevoerd rondom de hoogte van de tarieven voor ANW en POH-GGZ en zijn de tarieven op verzoek van partijen juist verhoogd om het zorgaanbod zeker te stellen en te stimuleren. Naar mening van de directie zou het zeer inconsequent zijn om de korting specifiek op deze deelprestaties te laten neerslaan. Het schrappen van de overige voorgestelde prestaties zou landelijk elke vorm van te maken afspraken rondom substitutie vanuit de tweede lijn praktisch onmogelijk maken. Ook dit is niet in lijn met het door de NZa wenselijk geachte beleid.

In de conceptbeleidsregel "huisartsenzorg" zoals deze nu ter advies voorligt, is de taakstelling verwezenlijkt middels een gedifferentieerde korting over het inschrijftarief en het consulttarief. Hierbij is een verhouding aangehouden waarbij 60% van de taakstelling ten laste van de inschrijftarieven wordt gebracht en 40% ten laste van de reguliere consulten. Deze verhouding is gebaseerd op de verhouding zoals deze uit de omzetgegevens van het CVZ over 2010 blijken."

Op 14 december 2011 heeft verzoekster de Minister meegedeeld niet akkoord te gaan met het door haar gedane voorstel de taakstelling te verlagen met € 14 miljoen (van € 112 naar € 98 miljoen) onder de door haar gestelde voorwaarden dat (1) afgezien wordt van een gerechtelijke procedure tegen de korting, (2) de achterban zal worden opgeroepen de substitutieactiviteiten niet te matigen en (3) samen met VWS vorm zal worden gegeven aan het beleid van de Minister zoals dat spreekt uit de brief van de Minister aan de Tweede Kamer van 14 oktober 2011 met betrekking tot 'zorg in de buurt'.

Op 16 december 2011 heeft de Minister verweerster een aangepaste aanwijzing gegeven.

In artikel 3 van deze aanwijzing is - onder meer - bepaald dat de structurele taakstelling per 1 januari 2012 wordt verlaagd tot € 98 miljoen voor huisartsenzorg. Uit de toelichting op de aanwijzing wordt de volgende passage geciteerd:

"Met de Landelijke Huisartsen Vereniging heb ik inmiddels een pakket aan maatregelen besproken. Onderdeel van dit pakket is de financiële problematiek van de komende jaren en de door mij gewenste substitutie. Ook is gesproken over een dekking van de dreigende overschrijding in 2011. Omdat ik er vertrouwen in heb dat de afspraken met de huisartsen zullen leiden tot een beter beheersbare groei van de zorguitgaven voor 2012 en verder wil ik de huisartsensector tegemoetkomen door de tariefkorting per 1 januari 2012, ten opzichte van de overschrijding van € 112 miljoen, met 14 miljoen extra te verlagen. Voor dit bedrag zal buiten het huisartsenkader dekking worden gezocht. Mocht blijken dat de afspraken met de huisartsen niet leiden tot de gewenste resultaten op het gebied van substitutie, dan houd ik mij het recht voor om in 2012 maatregelen te nemen."

Op 1 januari 2012 is de nieuwe beleidsregel huisartsenzorg (hierna: de beleidsregel) in werking getreden. Daarbij heeft verweerster de door huisartsen te verrichten prestaties van gezondheidszorg en de bijbehorende tarieven vastgesteld. De beleidsregel bepaalt onder meer het volgende:

#### "6.7 Structurele taakstelling 2012

Als gevolg van de door de minister van VWS opgelegde taakstelling zoals verwoord in de aanwijzing d.d. 16 december 2011 (...) worden de uitkomsten van de tariefberekening voor alle prestaties zoals verwoord in artikel 6.1 (inschrijvingstarief) en 6.2.1 (consult basistarief), met uitzondering van POH-GGZ gerelateerde consulten, met ingang van 1 januari 2012 structureel verlaagd.

Voor de tarieven van de prestaties zoals verwoord in artikel 6.1 en 6.2.1 geldt een kortingspercentage van 5,91 %."

Verweerster heeft in de bestreden tariefbeschikking ter uitvoering van de beleidsregel de per 1 januari 2012 door huisartsen maximaal in rekening te brengen inschrijvingstarieven en tarieven voor consulten vastgesteld.

### 3. Het standpunt van verzoekster

3.1 Verzoekster kan zich niet verenigen met de bestreden tariefbeschikking en de daaraan ten grondslag liggende aanwijzing(en) van de Minister en de beleidsregel van verweerster. Verzoekster stelt dat de aanwijzing van de Minister en de ter uitvoering daarvan door verweerster vastgestelde beleidsregel en tariefbeschikking onmiskenbaar onrechtmatig zijn, waartoe zij – samengevat – het volgende heeft aangevoerd.

3.2 Verzoekster stelt in algemene zin dat sinds de totstandkoming van het zogenoemde Vogelaar-akkoord in 2005 – met het oog op de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 – het beleid van de Minister steeds gericht is geweest op versterking van huisartsenzorg, substitutie vanuit de tweede naar de eerste lijn en op modernisering en innovatie. Dat beleid is tot de onderhavige tariefmaatregel steeds bewust voortgezet en uitgewerkt en kenmerkt zich door verruiming van de taken van de huisarts alsmede door functionele bekostiging waarbij de hulpvraag van de patiënt beter kan worden beantwoord. Bij het invoeren en voortzetten van dit beleid is deels gekozen voor loon naar prestatie, zonder dat daarbij plafonds of maxima zijn gesteld; in zoverre is sprake van een "open eindregeling". Daarbij zijn de gevolgen van het beleid voor de kosten van eerstelijnszorg uitdrukkelijk onder ogen gezien. Met de onderhavige tariefmaatregel wordt dat tot nu toe gevoerde beleid de pas afgesneden. De aan de tariefmaatregel ten grondslag gelegde 'overschrijding' heeft zich niet voorgedaan bij de basiszorg van huisartsen waarvoor de inschrijvings- en consulttarieven gelden, terwijl de korting wel op die tarieven plaatsvindt. Naar de opvatting van verzoekster volgt uit verschillende cijfers van het CVZ dat de toegenomen kosten voor huisartsenzorg nu juist hun grondslag vinden in toegenomen uitgaven voor ANW-diensten, modernisering en innovatie en voor praktijkondersteuning (POH-S en POH-GGZ). Aangezien die kostenstijging volledig in lijn ligt met het door de Minister gevoerde beleid, is het naar de opvatting van verzoekster onjuist om, zoals in de - gewijzigde - aanwijzing wordt gedaan, te spreken van een overschrijding van de kosten van huisartsenzorg, doch is sprake van een foutieve raming van die kosten door de Minister. Verzoekster vermag niet in te zien waarom enige overschrijding op de huisartsen zou kunnen worden afgewenteld.

3.3 Voorts is de stelling dat met betrekking tot de kosten van huisartsenzorg in 2009 en 2010 sprake zou zijn van een overschrijding niet, althans niet deugdelijk, onderbouwd.

Uit de gedingstukken, waaronder de Wob-stukken, blijkt niet dat in totaal sprake zou zijn van een overschrijding ter hoogte van € 98 miljoen, laat staan dat een korting ter hoogte van dat bedrag gerechtvaardigd zou zijn. Ook de reactie op het verzoekschrift van verweerster van 13 januari 2012 geeft daarover geen duidelijkheid.

3.3.1 Uit verschillende gedingstukken volgt dat binnen het BKZ in 2010 voor huisartsenzorg een

(deel)budget beschikbaar was van € 2.174 miljoen. Volgens de monitoring uit oktober 2011 van het CVZ zouden de totale kosten huisartsenzorg in 2010 € 2.197 miljoen hebben bedragen, zodat in dat jaar sprake is van een overschrijding van € 23 miljoen, hetgeen beduidend minder is dan de aan de oorspronkelijke aanwijzing van 21 juli 2011 ten grondslag gelegde "overschrijding" van € 45 miljoen.

3.3.2 Verzoekster wijst er tevens op dat uit de monitoring van oktober 2011 van het CVZ blijkt dat de aanvankelijk op € 30 miljoen geraamde overschrijding van het huisartsenkader voor het jaar 2009 beduidend te hoog is geweest. Daargelaten dat de aanvankelijk naar aanleiding van de CVZ-cijfers uit maart 2011 geraamde overschrijding over 2009 al in de rijksbegroting voor 2010 is verwerkt en het volgens verzoekster niet aangaat deze structureel verwerkte post alsnog in een korting te betrekken, volgt uit de meest recente CVZ-cijfers dat de overschrijding 2009 niet € 38 miljoen, maar circa € 16,8 miljoen zou bedragen. Dit is een verschil van ruim € 21 miljoen en aanmerkelijk meer dan de door de Minister gestelde "handreiking" van € 14 miljoen.

Hierbij komt, aldus verzoekster, dat van de oorspronkelijk geraamde overschrijding 2009 door de Minister een bedrag van € 8 miljoen is aangemerkt als incidentele overschrijding, die onder meer het gevolg zou zijn van de Mexicaanse griep pandemie. Als die incidentele overschrijding in mindering wordt gebracht op het bedrag van € 16,8 miljoen, bedraagt de structurele overschrijding voor het jaar 2009 slechts circa € 8,8 miljoen.

In dit verband acht verzoekster tevens van belang dat stelselmatig blijkt dat naarmate de tijd voortschrijdt, de uiteindelijk daadwerkelijk gerealiseerde overschrijding van het budget voor huisartsenzorg aanmerkelijk minder bedraagt dan eerder geraamd.

3.3.3 Onderdeel van de korting is tevens de veronderstelde overschrijding van het budget van het dekkader voor multidisciplinaire zorg, ook wel geïntegreerde eerstelijnszorg genaamd.

Dit budget zou volgens de Minister en in navolging daarvan verweester € 171 miljoen bedragen, maar verzoekster acht de raming van dit bedrag onbegrijpelijk en onnavolgbaar. Zij kan dit bedrag ook niet in de rijksbegroting terugvinden en betwist reeds om die reden dat dit budget met € 70 miljoen zou zijn overschreden.

In het bijzonder met betrekking tot multidisciplinaire zorg geldt dat een toename van de uitgaven het gevolg is van het tot nu toe gevoerde beleid. Daarmee is volgens verzoekster de kans op budgetoverschrijding dan ook bewust aanvaard.

Verzoekster wijst er op dat uit een rapport van de Algemene Rekenkamer van november 2011 en het antwoord van de Algemene Rekenkamer d.d. 14 december 2011 op naar aanleiding daarvan gestelde vragen uit de Tweede Kamer volgt dat de begroting van VWS in de afgelopen jaren structureel te laag is geraamd.

Bovendien valt niet in te zien dat als al sprake is van een overschrijding van het voor GEZ beschikbare budget, deze voor de helft binnen de huisartsenzorg wordt teruggehaald.

Behalve dat een percentage van 50 als aandeel van de huisartsen niet is onderbouwd, acht verzoekster het onjuist dat de Minister met dit onderdeel van de aanwijzing een budgetoverschrijding voor multidisciplinaire zorg voor zo'n groot deel buiten het voor die zorg bestemde kader op huisartsen verhaalt. Als sprake is van multidisciplinair overschrijden dient dit ook binnen het daarvoor bestemde kader teruggehaald te worden.

Overigens stelt verzoekster dat de Minister blijkens haar uitlatingen in het debat in de Tweede Kamer van 22 december 2011 voor het onderhavige dekkader na 2010 geen overschrijding maar juist een onderschrijding verwacht en dat ook om die reden een korting op dit punt niet gerechtvaardigd is.

3.3.4 Met betrekking tot de taakstelling voor doelmatig voorschrijven, stelt verzoekster dat die veronderstelde besparing voor 2011 en volgende van € 110 miljoen nooit is onderbouwd en dat dit eveneens geldt voor de aan de aanwijzing(en) ten grondslag liggende verwachting dat de besparing niet zal worden gerealiseerd. Het is verzoekster niet duidelijk geworden of deze verwachting daadwerkelijk berust op cijfers van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (hierna: SFK).

Verzoekster benadrukt dat huisartsen niet verantwoordelijk gesteld kunnen worden voor het voorschrijfgedrag in de tweedelijnszorg, terwijl voor zorgaanbieders in de tweede lijn pas vanaf 2012

een eigen taakstelling met betrekking tot doelmatig voorschrijven geldt. Er heeft voor die zorgaanbieders derhalve tot en met 2011 geen prikkel tot doelmatig voorschrijven gegolden, terwijl herhaalrecepten van eerder door hen voorgeschreven medicijnen op het conto van huisartsen zijn gekomen.

3.4 Naar de opvatting van verzoekster kan zelfs indien wel zou moeten worden geconcludeerd dat sprake is van enige overschrijding, deze de onderhavige tariefkorting niet rechtvaardigen. De tariefmaatregel is in strijd met de rechtszekerheid en de reguleringszekerheid.

Huisartsen hebben sinds het in 2005 in gang gezette beleid aanzienlijk geïnvesteerd in huisvesting, personeel, apparatuur en specialisatie teneinde aan de beleidsdoelen van substitutie van de tweede naar de eerste lijn alsmede ketenzorg invulling te geven.

De Minister heeft bij dat beleid het uitgangspunt gehad dat de daarop gebaseerde maatregelen in hun onderlinge samenhang tot kostenbesparing zouden leiden. Dat bij de financiële raming geen of onvoldoende rekening is gehouden met het kosteneffect van het beleid voor huisartsenzorg, rechtvaardigt de korting niet.

Huisartsen zullen als gevolg van de bestreden tariefmaatregel vaak niet in staat zijn hun, mede door recente investeringen veroorzaakte, vaste kosten te blijven dragen en zullen eventueel gedwongen worden tijdelijke arbeidsovereenkomsten niet te verlengen of zelfs tot ontslag van personeel. Dit leidt onherroepelijk en onmiddellijk tot verschraling van de kwaliteit van de zorg. Als gevolg daarvan zal de huisarts niet langer beschikbaar zijn voor substitutie van de tweede naar de eerste lijn, wat zal leiden tot stijging van de kosten in de tweede lijn. Daarmee schiet de tariefbeschikking feitelijk haar doel voorbij.

3.5 Naar de opvatting van verzoekster volgt uit jurisprudentie van het College met betrekking tot het budgettair kader zorg niet dat in alle gevallen waarin sprake zou zijn van een overschrijding van dat kader een korting kan worden toegepast. Juist omdat ingrijpen de mogelijkheid tot marktwerking ernstig verstoort en aan de Wmg ten grondslag liggende doelen, zoals vrije prijsvorming, verder uit het zicht brengt, is in de toelichting bij de Wmg gesteld dat het instrument van tariefkorting zeer terughoudend en slechts bij wijze van uitzondering moet worden toegepast.

Verder is in dit verband van belang dat de onderhavige tariefmaatregel niet op zich zelf staat. Met uitzondering van het jaar 2011 zijn huisartsen telkens weer met het achterwege laten van indexering van hun tarieven en/of een korting geconfronteerd. Daarmee wordt het kortingsinstrument ten onrechte regel in plaats van uitzondering.

De Minister kan zich bij haar aanwijzing ook niet beroepen op de kritieke financieel-economische omstandigheden. Die omstandigheden zijn in het tot nu toe gevoerde beleid immers verdisconteerd en vormen dan ook geen onvoorziene omstandigheid.

Als de Minister al op het beleid zou wensen terug te komen, dan hoort daar een redelijke overgangstermijn en een deugdelijke onderbouwing bij. Dat heeft de Minister ten onrechte nagelaten.

3.6 Op grond van al het vorenstaande concludeert verzoekster tot toewijzing van het verzoek.

#### 4. Het standpunt van verweerster

4.1 Verweerster stelt zich op het standpunt dat het verzoek om voorlopige voorziening moet worden afgewezen.

Voor zover dit verzoek is gebaseerd op de financiële gevolgen van de onderhavige tariefmaatregel, stelt verweerster dat een financieel belang volgens vaste jurisprudentie geen reden vormt voor het treffen van een voorlopige voorziening. Weliswaar erkent verweerster dat de tariefbeschikking gevolgen zal hebben voor de omzet van huisartsen, maar zij betwist dat die gevolgen enorm zullen zijn, zoals door verzoekster gesteld.

Naar de opvatting van verweerster is de stelling van verzoekster dat de bestreden tariefbeschikking rechtstreeks in zeer negatieve zin de publieke belangen en de kwaliteit van de zorg raakt, niet of nauwelijks gesubstantieerd, terwijl niet is gesteld noch is gebleken dat het financieel belang van huisartsen zodanig zwaarwegend is, dat hun continuïteit wordt bedreigd.

4.2 Evenmin is voldaan aan de overigens in de jurisprudentie voor het treffen van een voorlopige voorziening gestelde voorwaarde dat zonder diepgaand onderzoek naar de relevante feiten en/of het recht zeer ernstig moet worden betwijfeld of het door verweerster ingenomen standpunt juist is en de bestreden tariefbeschikking in de bodemprocedure in stand zal blijven. Dienaangaande heeft verweerster het volgende aangevoerd.

4.2.1 Onjuist is de stelling dat de aanwijzing van 16 december 2011 onmiskenbaar onrechtmatig is. Met betrekking tot de structurele overschrijding in 2010 is in die aanwijzing uitgegaan van de cijfers uit oktober 2011 van het CVZ; op grond daarvan bedraagt die structurele overschrijding van het huisartsenkader € 23 miljoen. Verweerster stelt dat het geschatte deel van de kosten afneemt naarmate de tijd vordert en dat de cijfers die het CVZ in oktober 2011 met betrekking tot 2010 bekend heeft gemaakt voor 99,3% vast staan.

Verweerster betwist de stelling van verzoekster dat de overschrijding in 2009, doordat deze als actualisatie in het BKZ van 2010 is opgenomen, is geaccepteerd en om die reden niet - alsnog - tot een korting kan leiden. Opname van die overschrijding in het BKZ betekent slechts dat (de Minister van) VWS er rekening mee houdt dat deze zich bij ongewijzigd beleid ook in volgende jaren zal voordoen. Als voor enig jaar in verband met een overschrijding een actualisatie van het BKZ plaatsvindt zonder dat daar gelijktijdig een korting tegenover staat, betekent dit niet dat voor die overschrijding nooit een maatregel getroffen zal worden. In ieder geval kan verzoekster aan de actualisatie in 2010 in verband met de overschrijding over 2009 niet het gerechtvaardigd vertrouwen ontlenen dat die overschrijding nooit tot een korting zal leiden.

Ter zitting is namens verweerster gesteld dat erkend kan worden dat gelet op de gegevens van het CVZ uit oktober 2011 het voor huisartsenzorg beschikbare financiële kader in 2009 met een lager bedrag is overschreden dan in maart 2011 op basis van de toen beschikbare gegevens van het CVZ is geraamd. Verweerster stelt echter dat dit aan de juistheid van de onderhavige maatregel niet kan afdoen. De hoogte van de kortingsmaatregel blijft volgens verweerster hetzelfde omdat de maatregel ertoe strekt twee achtereenvolgende overschrijdingen in één keer te redresseren. Ter zitting is dit namens verweerster aan de hand van een cijfermatige vergelijking verduidelijkt. Verweerster wijst er op dat in het voor 2010 voor huisartsen beschikbare deelkader (van het BKZ) het structurele deel van de overschrijding over 2009 is verwerkt en dat, als verzoekster wordt gevolgd in haar stelling dat laatstgenoemde overschrijding moet worden verlaagd, dit tot gevolg heeft dat - ook - dat beschikbare deelkader daalt. Uitgaande van gelijkblijvende kosten in 2010 heeft dit tot gevolg dat in dat jaar sprake is van een hogere overschrijding.

4.2.2 Met betrekking tot de gestelde overschrijding van het budgettair (deel)kader multidisciplinaire zorgverlening (in de gegevens van CVZ aangeduid als "overige kosten") stelt verweerster dat dit kader in het jaar 2010 het volgende omvatte:

- prestaties die verweerster heeft vastgesteld op basis van de beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten;
- prestaties die verweerster heeft vastgesteld op basis van de beleidsregel samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijns zorgproducten;
- de prestatie multidisciplinaire zorgverlening diabetes mellitus type 2;
- de prestatie multidisciplinaire zorgverlening cardiovasculair risicomangement;
- de prestatie multidisciplinaire zorgverlening COPD.

Voor de bekostiging van deze prestaties was in 2010 in het BKZ voor 'keten-DBC's' een bedrag van € 134 miljoen gereserveerd en voorts was voorzien in overheveling van een bedrag van € 19 miljoen uit het deelkader gezondheidscentra en een bedrag van € 18 miljoen uit de post "nominaal en onvoorzien". Daarmee was in 2010 voor multidisciplinaire zorgverlening € 171 miljoen beschikbaar, terwijl de daarmee daadwerkelijk gemoeide kosten in 2010 volgens de CVZ-cijfers van oktober 2011 € 244 miljoen hebben bedragen. Een overschrijding derhalve van € 73 miljoen.

Multidisciplinaire zorg wordt door verschillende beroepsgroepen verricht en geschat is dat de helft van de overschrijding kan worden toegerekend aan huisartsen.

Ter zitting is in dit verband namens verweerster gesteld dat het waarschijnlijk is dat het aandeel van



de huisartsen in de kosten van deze zorg aanzienlijk hoger dan 50% ligt, waartoe de volgende argumenten zijn genoemd:

1e) het financieel kader voor multidisciplinaire zorg is gecreëerd door het beschikbaar stellen van extra middelen alsmede door overheveling van gelden uit andere kaders. Daarbij geldt dat meer dan de helft van de middelen afkomstig is uit het financieel kader voor huisartsen;

2e) voor multidisciplinaire zorg zijn standaarden ontwikkeld, waarin de huisarts - door de huisartsen zelf - wordt aangewezen als hoofdbehandelaar/eindverantwoordelijke;

3e) zorgverzekeraar CZ heeft berekend wat het aandeel is van de verschillende zorgverleners in de kosten van multidisciplinaire zorg. Op grond van die berekeningen ligt het aandeel van huisartsen voor de prestatie diabetes mellitus op 52%, voor COPD op 74% en voor cardiovasculair risicomanagement op 76%.

Ten slotte stelt verweerster dat de stelling van verzoekster dat de Minister voor het onderhavige dekkader in 2011 geen overschrijding of zelfs een onderschrijding verwacht, moet worden gezien tegen de achtergrond dat dit dekkader is verhoogd en dat ten opzichte van dat verhoogde dekkader geen overschrijding wordt verwacht. Dit doet dan ook aan de constatering dat het voor 2010 beschikbare dekkader voor "overige verrichtingen" is overschreden niet af.

4.2.3 Met betrekking tot de achtergrond van de besparingsdoelstelling op de uitgaven voor medicijnen in verband met doelmatig voorschrijven door huisartsen heeft verweerster allereerst verwezen naar de brieven van de Minister aan verzoekster van onderscheidenlijk 7 juli, 14 september, 12 oktober en 8 december 2009, die als bijlagen bij de reactie op het verzoekschrift van 13 januari 2012 zijn gevoegd. De afspraak met betrekking tot het voorschrijven van goedkopere, generieke medicijnen geldt voor maagzuurremmers en cholesterolverlagers, later aangevuld met bloeddrukverlagende middelen.

Voor het jaar 2011 is daarvoor in het BKZ een besparing van € 110 miljoen opgenomen, terwijl de verwachte besparing op basis van gegevens van de Stichting Farmaceutische Kengetallen voor dat jaar ongeveer € 77 miljoen bedraagt; een verschil derhalve van € 33 miljoen. In de aanwijzing(en) heeft de Minister slechts een deel daarvan, namelijk

€ 22 miljoen, verwerkt; in zoverre is, evenals met betrekking tot de handreiking van € 14 miljoen, sprake van een "buffer" in de tariefmaatregel. Tevens heeft de Minister toegezegd dat als de werkelijke besparing in 2011 toch overeenkomt met het daarvoor in het BKZ voorziene bedrag, de korting voor 2012 met dat bedrag zal worden verlaagd.

In reactie op hetgeen in verband met de begrote besparing van doelmatig voorschrijven door verzoekster is gesteld, wijst verweerster er op dat de besparing van € 110 miljoen uitdrukkelijk slechts betrekking heeft op geneesmiddelen waarvoor een generieke variant voorhanden is, terwijl niet valt in te zien dat het huisartsen - behoudens in uitzonderlijke gevallen - niet zou vrijstaan bij herhaalrecepten patiënten ervan te overtuigen dat een aanvankelijk door de medisch specialist voorgeschreven merkgeneesmiddel vervangen kan worden door een generiek middel.

4.3 Ter zitting heeft verweerster er voorts op gewezen dat de kosten in de gezondheidszorg vooral als gevolg van de stijging van de hoeveelheid zorg voortdurend stijgen en dat het uit financieel-economische oogpunt onvermijdelijk is maatregelen te treffen om die kostenontwikkeling binnen de perken te houden. Verweerster benadrukt dat het niet uit gebrek aan respect of waardering voor het werk van huisartsen is, dat de onderhavige tariefmaatregel wordt getroffen. Evenmin is sprake van een verwijt ten aanzien van de veranderingen en uitbreidingen die het huisartsenwerk de laatste jaren heeft doorgemaakt. Er is slechts sprake van een zakelijke constatering dat de werkzaamheden van huisartsen in hun totaliteit een te groot beslag zijn gaan leggen op de beschikbare middelen, zoals vastgelegd in het BKZ.

Voorts stelt verweerster dat de bestreden tariefmaatregel moet worden gezien in zijn historische context. Als gevolg van de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet in 2006 en daarmee het wegvallen van het onderscheid tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten is er voor alle verzekerden een inschrijftarief gekomen en zijn voor de te onderscheiden verrichtingen afzonderlijke tarieven gaan gelden. Hoewel het de bedoeling was dat het per 2006 geldende bekostigingssysteem

zou leiden tot een macroneutrale overheveling ten opzichte van 2005, heeft dit anders uitgepakt. Al vrij snel is duidelijk geworden dat het werkelijk aantal verrichtingen hoger lag dan wat in de tariefonderbouwing als norm is aangehouden, hetgeen heeft geleid tot aanmerkelijke omzetsstijgingen van de huisartsen. Dit is de reden geweest om in een aantal opeenvolgende jaren niet tot indexatie van de tarieven over te gaan. In 2010 heeft verweerster naar aanleiding van een aanwijzing van de Minister een verlaging van € 60 miljoen ten aanzien van het inschrijftarief doorgevoerd, maar die korting is – via de module M&I – in 2011 effectief ongedaan gemaakt. Hierbij komt, aldus verweerster, dat huisartsen de afgelopen jaren door een aantal maatregelen zijn gefaciliteerd. Zo is de tariefindexering in 2010 hersteld, is in 2008 de bekostiging van de POH-GGZ in het leven geroepen waarvoor extra middelen in het voor huisartsen geldende dekkader van het BKZ zijn opgenomen, zijn in 2010 vrije tarieven ingevoerd voor de integrale zorg voor COPD, cardiovasculair risicomanagement en diabetes en zijn de tarieven voor ANW in 2010 verhoogd. Verweerster concludeert dat de onderhavige tariefmaatregel tegen voormelde achtergrond gematigd is en wijst bovendien op het feit dat deze maatregel onderdeel is van het totaal aan maatregelen dat wordt genomen om de kostengroei in de gezondheidszorg af te remmen. Verweerster stelt tevens dat het onjuist is om, zoals verzoekster doet, te suggereren dat de Minister van VWS inconsequent zou zijn omdat voor huisartsen voordelige tariefmaatregelen zijn genomen zonder een daarmee corresponderende verruiming van het kader. Zo is de verhoging van het ANW-tarief gepaard gegaan met een uiteindelijke verhoging van het kader van € 24 miljoen, is voor de invoering van de praktijkondersteuners vanaf 2006 € 49 miljoen en vanaf 2008 € 38 miljoen aan het kader toegevoegd en is voor modernisering en innovatie ten minste € 75 miljoen beschikbaar gesteld. Anders dan verzoekster kennelijk meent is met de term ‘open-einde-karakter’ niet bedoeld dat de gerealiseerde kosten achteraf niet aan het binnen het BKZ beschikbare kader mogen worden getoetst. Met die term is slechts bedoeld aan te geven dat bijvoorbeeld de mogelijkheid om een tarief voor praktijkondersteuning in rekening te brengen niet afhankelijk wordt gesteld van enige toetsing vooraf. Anders zou het beschikbaar stellen van additionele middelen immers zinloos zijn. Dit geldt eveneens voor het ‘open-einde-karakter’ van de vergoedingen voor modernisering en innovatie.

Op basis van de verhouding tussen inschrijf- en consulttarieven in de omzetgegevens van het CVZ over 2010 komt 62% van de tariefmaatregel van € 98 miljoen ten laste van de inschrijftarieven en de overige 38% ten laste van de reguliere consulttarieven.

De tariefmaatregel is op deze wijze en aan die tarieven toegerekend om zo min mogelijk wijziging te brengen in het bestaande bekostigingssysteem. Door een groot deel van de maatregel ten laste te brengen van de niet van volume afhankelijke inschrijftarieven wordt deze grotendeels gerealiseerd ongeacht de toekomstige volumeontwikkeling.

Verweerster stelt dat de zorgverzekeraars ook de voorkeur geven aan een verdeling over het inschrijftarief en het consulttarief.

Inwilliging van het - subsidiair door verzoekster gedane - verzoek om, als er al zou moeten worden gekort, die korting te verwerken in de tarieven voor ketenzorg, ANW, de module M&I en POH-S en POH-GGZ, is niet wenselijk. Verweerster stelt dat er in de afgelopen jaren veel discussie is geweest over de hoogte van de tarieven voor ANW en POH-GGZ en dat de tarieven hiervoor nog zeer recentelijk op verzoek van partijen verhoogd zijn. Voorts heeft verweerster er niet voor gekozen een deel van de prestaties voor ketenzorg, M&I-verrichtingen en POH-S te verwijderen. Dit zou immers de afspraken over substitutie vanuit de tweede lijn praktisch onmogelijk maken en daarmee tot een ingrijpende wijziging van de bekostigingssystematiek leiden.

Verweerster wijst er voorts op dat de oktobercijfers 2011 van het CVZ laten zien dat in 2011 sprake is van een aanzienlijke financiële dreiging voor wat betreft de huisartsenzorg en dat uit de toelichting bij de aanwijzing van 16 december 2011 blijkt dat de minister daaraan in verband met de mate van onzekerheid rondom de hoogte van de overschrijding in 2011 nog geen conclusies heeft verbonden.

## 5. De beoordeling van het geschil

5.1 Ingevolge artikel 8:81 van de Algemene wet bestuursrecht (hierna Awb) juncto artikel 19, eerste lid, van de Wet bestuursrechtspraak bedrijfsorganisatie kan, hangende de beslissing op bezwaar en indien van de beslissing daarop beroep bij het College openstaat, de voorzieningenrechter van het College een voorlopige voorziening treffen, indien onverwijlde spoed, gelet op de betrokken belangen, zulks vereist.

Voorzover in deze uitspraak een oordeel wordt gegeven over de rechtmatigheid van het bestreden besluit, is sprake van een voorlopig oordeel dat het College niet bindt in een eventuele bodemprocedure.

5.2 Met betrekking tot de vraag of verzoekster en de huisartsen van wie zij de belangen behartigt een spoedeisend belang hebben, stelt de voorzieningenrechter voorop dat volgens vaste jurisprudentie een financieel belang op zichzelf geen reden vormt een voorlopige voorziening te treffen. Het staat verzoekster immers vrij financiële compensatie van verweerster te vorderen indien in de bodemprocedure wordt geoordeeld dat de bestreden tariefbeschikking op de grond dat zij onrechtmatig zou zijn niet wordt of niet kan worden gehandhaafd.

Voorts is door verzoekster niet gesteld dat de tariefmaatregel zodanige gevolgen heeft of dreigt te hebben dat daardoor de continuïteit van de huisartsenzorg in zijn algemeenheid wordt bedreigd. Ten aanzien van verzoeksters stelling dat als gevolg van de tariefmaatregel bij sommige huisartsenpraktijken sprake zal zijn van het niet verlengen van arbeidscontracten met ondersteunend personeel of mogelijk zelfs ontslag, wijst de voorzieningenrechter er op dat verweerster er nu juist beredeneerd voor heeft gekozen de korting niet (mede) te laten plaatsvinden bij ketenzorg, de POH-GGZ en POH-S en/of bij verrichtingen in het kader van M&I. Mede in het licht daarvan acht de voorzieningenrechter door verzoekster onvoldoende aannemelijk gemaakt dat de korting van de inschrijvings- en consulttarieven daadwerkelijk de door haar geschetste gevolgen dreigt te hebben.

5.3 Het standpunt van verzoekster komt er in de kern op neer dat de bestreden tariefbeschikking onmiskenbaar onrechtmatig is, omdat dit besluit zijn grondslag vindt in de eveneens onmiskenbaar onrechtmatige aanwijzing van de Minister en de daarop gebaseerde beleidsregel huisartsenzorg van verweerster, zoals die op 1 januari 2012 in werking is getreden. Dienaangaande overweegt de voorzieningenrechter als volgt.

5.3.1 Op grond van vaste jurisprudentie van het College kan ook onder vigeur van de Wmg in een procedure die is gericht tegen een tariefbeschikking – via de zogeheten exceptieve toetsing – worden beoordeeld of aan een daaraan ten grondslag liggende aanwijzing van de Minister en een daarop gebaseerde beleidsregel van verweerster verbindende kracht moet worden ontzegd omdat deze de toets van rechtmatigheid niet kunnen doorstaan (zie o.m. de uitspraak van de voorzieningenrechter van 27 januari 2010, LJN: BL0808).

Naar het oordeel van de voorzieningenrechter hebben de huisartsen die verzoekster vertegenwoordigt aan het beleid dat in de afgelopen jaren ten aanzien van huisartsenzorg is gevoerd niet het gerechtvaardigd vertrouwen mogen ontlenen dat zij niet met enige negatieve tariefmaatregel zouden worden geconfronteerd. Van enige ongeclausuleerd gedane toezegging van (de Minister van) VWS dat ook in een situatie waarin het beschikbare dekkader binnen het BKZ structureel wordt overschreden geen tariefmaatregelen zouden volgen, is geen sprake.

Voorts heeft verweerster naar voorlopig oordeel afdoende gemotiveerd dat verzoekster – en daarmee de betrokken huisartsen – aan de enkele omstandigheid dat de (oorspronkelijk geraamde) overschrijding van het huisartsenkader 2009 in de begroting van het daarop volgende jaar door middel van actualisatie in het BKZ is verwerkt, niet de gerechtvaardigde verwachting heeft (hebben) mogen ontlenen dat die overschrijding nadien niet meer tot een ingreep in de tarieven zou leiden. Ook in zoverre is van een duidelijke toezegging geen sprake.

Bovendien is verzoekster er mee bekend dat de Minister ook onder vigeur de Wmg op grond van diens politieke en bestuurlijke bevoegdheid en verantwoordelijkheid de financiële kaders van de kosten in de gezondheidszorg bepaalt (vgl. o.m. de blz. 17 en 29/30 van de Memorie van toelichting bij de Wmg). Deze financiële kaders staan ter controle van het parlement en vormen in beginsel voor verweerster en de rechter een gegeven.

5.3.2 Voor zover verzoekster heeft bedoeld te stellen dat de door de Minister gestelde overschrijdingen iedere redelijke grond missen omdat deze de uitkomst zijn van toetsing van de uitgaven voor huisartsenzorg aan de vaststelling van onmiskenbaar onredelijke en ondeugdelijke (deel)kaders, volgt de voorzieningenrechter haar daarin niet.

Zoals door verweerster terecht is betoogd, is het beleid ten aanzien van huisartsenzorg in de afgelopen jaren gepaard gegaan met het beschikbaar stellen van additionele middelen in het huisartsenkader. Dat toevoeging van die extra middelen naar achteraf is gebleken onvoldoende is geweest om overschrijding van het kader in de jaren 2009 en 2010 te voorkomen, maakt de vaststelling van dat kader op zich niet onrechtmatig, laat staan zo onmiskenbaar onrechtmatig dat om die reden een schorsing van de onderhavige tariefbeschikking in de rede ligt.

5.3.3 Ook de stelling van verzoekster dat de omvang van de korting op de huisartsentarieven niet, dan wel ondeugdelijk is onderbouwd, slaagt niet.

Gelet op het verhandelde ter zitting is tussen partijen niet – langer – in geschil dat op grond van de meest recente CVZ-cijfers de overschrijding van het huisartsenkader in 2010 € 23 miljoen bedraagt en dat dit bedrag ook in de aanwijzing van 16 december 2011 en de beleidsregel en tariefbeschikking is verwerkt.

Met betrekking tot de stelling van verzoekster dat de overschrijding in 2010 van het kader voor geïntegreerde eerstelijnszorg moet worden gecompenseerd met de door de Minister tijdens het Kamerdebat op 22 december 2011 uitgesproken verwachting dat dit kader in 2011 niet is overschreden, heeft verweerster onweersproken gesteld dat sprake is van een verhoging van dat kader en dat de verwachting van de Minister dan ook is gerelateerd aan het aldus verhoogde kader in verbinding met de meest recente CVZ-cijfers. Daarmee is die verwachting van de Minister dan ook niet relevant voor de geconstateerde overschrijding van het GEZ-kader in 2010. Voorts heeft verweerster naar voorlopig oordeel niet ten onrechte gewezen op de omstandigheid dat op basis van die zelfde cijfers voor de overige kosten van huisartsenzorg in 2011 een substantiële overschrijding wordt verwacht.

De voorzieningenrechter constateert met verzoekster dat de CVZ-cijfers van oktober 2011 een – beduidend – lagere overschrijding van het huisartsenkader 2009 laten zien dan eerder aan de hand van de CVZ-cijfers uit maart 2011 was geraamd, zeker als daarbij nog rekening wordt gehouden met de in de aanwijzing verdisconteerde incidentele overschrijding voor (o.m.) uitgaven in verband met de Mexicaanse griep.

Ook deze omstandigheid maakt naar aanvankelijk oordeel echter niet dat de aanwijzing van 16 december 2011 en de door verweerster vastgestelde beleidsregel en tariefbeschikking onrechtmatig zijn. In dit verband acht de voorzieningenrechter mede van belang dat het bedrag van de korting van € 98 miljoen niet berust op een exacte berekening van de overschrijdingen van het voor huisartsenzorg – inclusief een aandeel in de GEZ – beschikbaar gestelde financiële kader binnen het BKZ. Zo is aan de hand van een schatting uitgegaan van een aandeel van de huisartsen van 50% in de overschrijding van het GEZ-kader in 2010 en is niet het volledige verwachte besparingsverlies 2011 in verband met doelmatig voorschrijven, maar tweederde deel daarvan in de berekening betrokken. Naar het oordeel van de voorzieningenrechter heeft verweerster op begrijpelijke wijze inzichtelijk gemaakt dat een andere uitkomst van de daadwerkelijk gerealiseerde kosten voor huisartsenzorg in 2009 leidt tot een lager beschikbaar kader in 2010 en daarmee tot een hogere overschrijding voor laatstgenoemd jaar. Aangezien de maatregel in zoverre strekt tot het ongedaan maken van een overschrijding over zowel 2009 als 2010, is het bedrag van € 30 miljoen dat in dit verband in de kortingsmaatregel is verdisconteerd niet een zodanig onjuiste raming dat die maatregel, mede gezien de aan een procedure als de onderhavige inherente toetsing, om die reden onrechtmatig moet worden geacht.

Met betrekking tot het niet behalen van de besparingsdoelstelling voor doelmatig voorschrijven, kan aan verzoekster worden toegegeven dat het minst genomen opvallend kan worden genoemd dat een dergelijke besparingsdoelstelling voor de tweedelijnszorg pas met ingang van 2012 tot stand is gekomen. Dit kan er naar voorlopig oordeel echter niet aan afdoen, dat verzoekster zelf in de

afgelopen jaren in overleg met de Minister herhaaldelijk heeft benadrukt dat huisartsen door doelmatig voor te schrijven kunnen bijdragen aan beteugeling van de kosten voor de gezondheidszorg.

Weliswaar is het aldus te realiseren besparingsbedrag door de Minister als doelstelling geformuleerd, maar dat hierbij apert onjuiste uitgangspunten zouden zijn gehanteerd is gesteld noch gebleken. De voorzieningenrechter wijst in dit verband voorts op de door verzoekster overgelegde brief van de Minister van 12 oktober 2009, waarin uitdrukkelijk aan verzoekster kenbaar is gemaakt dat als de besparingsdoelstelling in verband met doelmatig voorschrijven niet wordt behaald, maatregelen in het huisartsenkader niet zullen uitblijven.

Naar voorlopig oordeel is er geen grond aanwezig voor de juistheid van verzoeksters (veronder)stelling dat de cijfers met betrekking tot de verwachte besparing van doelmatig voorschrijven in 2011 niet van de SFK afkomstig zouden zijn, te meer niet nu namens verweerster ter zitting is meegedeeld dat andere gegevens waarbij naar "voorschrijver" wordt onderscheiden, niet voorhanden zijn.

Verweerster heeft er in reactie op hetgeen verzoekster overigens in verband met deze besparingsdoelstelling heeft aangevoerd, terecht op gewezen dat het uitsluitend gaat om - uiteindelijk - drie soorten geneesmiddelen (maagzuurremmers alsmede cholesterol- en bloeddrukverlagende medicijnen) waarvoor generieke varianten voorhanden zijn en dat het niet onredelijk is dat van huisartsen wordt verwacht dat zij aan hun patiënten duidelijk maken dat er voor hun klachten een goedkoper generiek middel voorhanden is, ook indien vanuit de tweede lijn aanvankelijk een specialité is voorgeschreven.

5.4 Op grond van al hetgeen hiervoor is overwogen komt de voorzieningenrechter tot de slotsom dat de aanwijzing van 16 december 2011 en de daarop gebaseerde beleidsregel van verweerster niet onmiskenbaar onrechtmatig zijn. Dit geldt derhalve eveneens voor de bestreden tariefbeschikking. Het verzoek om een voorlopige voorziening komt dan ook niet voor inwilliging in aanmerking. Voor een kostenveroordeling ziet de voorzieningenrechter geen aanleiding.

## 6. De beslissing

De voorzieningenrechter wijst het om voorlopige voorziening verzoek af.

Aldus gewezen door mr. M.A. van der Ham, in tegenwoordigheid van mr. A. Bruining als griffier, en uitgesproken in het openbaar op 8 februari 2012.