

Bijlage 3**Verantwoordingsdocument****Inhoudsopgave**

1. Inleiding	30
2. Prestaties	30
3. Basistarieven	32
4. Arbeidskosten	33
5. Praktijkkosten en rekennormen	38
6. Overheveling M&I-verrichtingen 2015	42
7. Modelmatige tarieven	45

1. Inleiding

De NZa hanteert als uitgangspunt dat tarieven, of onderdelen van tarieven, onderbouwd worden op basis van de werkelijke historische kosten uit het meest recente beschikbare boekjaar van een geselecteerde groep zorgaanbieders. Voor een groot deel baseert de NZa de maximumtarieven huisartsenzorg daarom op het meest recente onderzoek naar kosten, opbrengsten en productie van huisartsenpraktijken in 2010, uitgevoerd door Significant in 2012.

Voor een aantal prestaties en kostensoorten bevat het onderzoek van Significant geen gegevens die gebruikt kunnen worden. De beleidsregel Tariefprincipes CU-5082, artikel 5.3 lid (b) geeft de mogelijkheid om in een dergelijke situatie het tarief via een modelmatige beschrijving van de kostenopbouw van prestaties te bepalen: "*Een modelmatige beschrijving van de kostenopbouw van een prestatie waarin elementen (parameters) gekwantificeerd worden op basis van algemeen toegankelijke bronnen*". De tarieven voor de huisartsenzorg zijn voor een deel via een normatieve (modelmatige) methode ontwikkeld. Het betreft de arbeidskosten, de vergoeding voor gedeerd rendement op het eigen vermogen in de praktijkkosten, en de onderbouwing van tarieven voor de module POH-GGZ, ANW-consulten en enkele andere prestaties.

De methoden zijn op hoofdlijnen vastgelegd in de hoofdtekst van de Beleidsregel basis huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. In dit verantwoordingsdocument zijn de methode uitgewerkt en worden de berekeningen en beleidsmatige keuzes toegelicht.

2. Prestaties

De prestaties die aan de basis liggen van de tariefonderbouwing zijn de inschrijving, het consult en het passantenconsult.

Het basistarief van de **inschrijving** ligt ten grondslag aan het maximumtarief van:

- o de zes gedifferentieerde inschrijftarieven, door middel van vermenigvuldiging met de factoren in onderstaande tabel.

<i>Leeftijd</i>	<i>Niet-opslagwijk</i>	<i>Opslagwijk</i>
verzekerden tot 65 jaar	1,179	1,310
verzekerden van 65 tot 75 jaar	1,715	1,856
verzekerden vanaf 75 jaar	2,061	2,193

- o het abonnementstarief per plaats voor huisartsenzorg aan asielzoekers in de centrale opvang, door middel van vermenigvuldiging van het basistarief met de factor 4,43.

Het basistarief van het **consult** ligt ten grondslag aan het maximumtarief van:

- o zeven reguliere consultprestaties, conform de factoren in onderstaande tabel

<i>Consultprestatie regulier</i>	<i>Factor</i>
Consult regulier korter dan 20 minuten	1,0
Consult regulier langer dan 20 minuten	2,0
Visite regulier korter dan 20 minuten	1,5
Visite regulier langer dan 20 minuten	2,5
E-mail consult / telefonisch consult / vaccinatie regulier	0,5

- o zeven consultprestaties POH-GGZ, conform de factoren in onderstaande tabel

<i>Consultprestatie POH-GGZ</i>	<i>Factor</i>
Consult POH-GGZ korter dan 20 minuten / Groepsconsult POH-GGZ	1,0
Consult POH-GGZ langer dan 20 minuten	2,0
Visite POH-GGZ korter dan 20 minuten	1,5
Visite POH-GGZ langer dan 20 minuten	2,5
Telefonisch consult / E-mail-consult POH-GGZ	0,5

- o veertien nevenprestaties⁵, telefonische en schriftelijke informatieverstrekking, en het uitstrijkje, conform de factoren in onderstaande tabel

<i>Nevenprestatie</i>	<i>Factor</i>
Spreekuurcontrole (voor o.a. bedrijfsgeneeskundig onderzoek)	2,79
Gericht klein onderzoek	2,79
Visitecontrole (voor o.a. bedrijfsgeneeskundig onderzoek)	4,19
Keuring voor invalidenparkeerkaart (kort)	2,79
Keuring voor invalidenparkeerkaart (lang)	5,58
Kleine keuring (oriënterend algemeen lichamelijk onderzoek)	8,38
Periodiek (beperkt) geneeskundig onderzoek	8,38
Scheepvaartkeuring	8,38
Grote keuring	12,56
Invalideitskeuring met rapport	16,72
Rijbewijskeuring tot 15 minuten	4,18
Rijbewijskeuring langer dan 15 minuten	8,38
Bedrijfs- en sollicitatiekeuring	12,56
Periodiek geneeskundig onderzoek (conform LHV keuring)	12,56
Telefonische informatieverstrekking	2,06
Schriftelijke informatieverstrekking	4,12
Uitstrijkje	1,383

Het basistarief van het **passantenconsult** ligt ten grondslag aan het maximumtarief van:

- o zes passantenprestaties en zes prestaties voor militairen, conform onderstaande tabel

⁵ De kilometervergoeding die eventueel in rekening gebracht kan worden in verband met deze nevenverrichtingen heeft een andere onderbouwing; zie par. 7.5.

<i>Prestatie passant/militair</i>	<i>Factor</i>
Consult passant/militair korter dan 20 minuten	1,0
Consult passant/militair langer dan 20 minuten	2,0
Visite passant/militair korter dan 20 minuten	1,5
Visite passant/militair langer dan 20 minuten	2,5
Telefonisch consult /vaccinatie passant/militair	0,5

- o zes prestaties voor gemoedsbezwaarden, door het basistarief van het passantentarief te vermeerderen met €2,38 (prijspeil definitief 2014) en het resultaat te vermenigvuldigen met de factor in onderstaande tabel

<i>Prestatie gemoedsbezwaarde</i>	<i>Factor</i>
Consult gemoedsbezwaarde korter dan 20 minuten	1,0
Consult gemoedsbezwaarde langer dan 20 minuten	2,0
Visite gemoedsbezwaarde korter dan 20 minuten	1,5
Visite gemoedsbezwaarde langer dan 20 minuten	2,5
Telefonisch consult/vaccinatie gemoedsbezwaarde	0,5

- o de vijf 'overige S1-prestaties' en de prestatie SCEN, conform onderstaande tabel.

<i>Prestatie</i>	<i>Factor</i>
Chirurgie	2,81
Intensieve zorg, dag	2,40
Intensieve zorg, ANW	4,15
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	1,89
Oogboring	1,80
SCEN	13,5

- o de 16 M&I-verrichtingen welke ook zonder contract met de zorgverzekeraar tegen een maximumtarief in rekening kunnen worden gebracht.

<i>Prestatie</i>	<i>Factor</i>
Audiometrie	0,87
Dopplerdiagnostiek	1,00
Tympanometrie	1,02
Longfunctie-spirometrie	1,59
ECG-diagnostiek	1,52
Spleetlamponderzoek	0,43
Tele-echo, -röntgen, -hartmonitoring op de waddeneilanden	4,08
Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting	1,01
Teledermatologie	0,65
Cognitieve functietest, MMSE	1,09
Hartritmestoornissen	0,87
MRSA-screening	0,65
Palliatieve consultatie, visite	3,90
Palliatieve consultatie, telefonisch	0,98
Euthanasie	7,84
Module Abdominale echografie	1,47

3. Basistarieven

Voor het basistarief van de inschrijving, het basistarief van het consult en het basistarief van het passantenconsult worden de volgende formules gehanteerd:

$$\text{Basistarief Inschrijving} = 0,346 \times (\text{arbeidskostenbestanddeel} + \text{Praktijkkostenbestanddeel}) / \text{rekennorm inschrijvingen}$$
$$\text{Basistarief Consult} = 0,256 \times (\text{arbeidskostenbestanddeel} + \text{praktijkkostenbestanddeel}) / \text{rekennorm consulten}$$
$$\text{Basistarief Passantenconsult} = 0,770 * (\text{Arbeidskostenbestanddeel} + \text{Praktijkkostenbestanddeel}) / \text{rekennorm consulten}$$

Hierbij geldt:

- Het Arbeidskostenbestanddeel bedraagt € 126.739,84 (prijspeil definitief 2014). De onderbouwing van dit bedrag wordt toegelicht in paragraaf 4.
- Het Praktijkkostenbestanddeel bedraagt € 184.013,46 (prijspeil definitief 2014). De onderbouwing van dit bedrag wordt toegelicht in paragraaf 5.
- De rekennorm inschrijvingen bedraagt 2.168 en de Rekennorm consulten 8.882. Beide aantallen zijn terug te vinden in paragraaf 5.
- Jaarlijks vindt een aanpassing (indexering) van zowel het arbeidskosten- als het praktijkkostenbestanddeel plaats. De wijze van indexeren is geregeld in de beleidsregel 'Indexering'.

Inschrijvingen en consulten vormen de grootste opbrengstcomponenten voor huisartspraktijken. De logica achter bovenstaande formules is dat een bepaald deel van de totale kosten (arbeidskosten + praktijkkosten) gedekt wordt uit inschrijvingen en een deel uit consulten. Voor consulten betreft dit 25,6%, vandaar de factor 0,256. Voor inschrijvingen bedraagt de factor 0,346. Dit is minder dan het aandeel opbrengsten uit inschrijvingen (44%, zie par. 5.2), omdat de werkelijke inschrijftarieven hoger zijn dan het basisinschrijftarief, onder andere vanwege de opslagen voor achterstandswijken en leeftijd.

Het tarief voor de passantenconsulten wordt berekend vanuit de hypothetische situatie dat de gemiddelde huisartsenpraktijk geen ingeschreven verzekerden heeft, en dus ook die opbrengsten uit consulten zou moeten halen. Het feit dat de factor 0,770 bedraagt (en dus niet overeenkomt met 25,6% + 44%) heeft te maken met tariefmaatregelen uit het verleden.

4. Arbeidskosten

De component arbeidskosten praktijkeigenaren (in het veld bekend onder de term 'norminkomen') is een normatieve kostencomponent die in de tariefonderbouwing voor gereguleerde eerstelijns zorgaanbieders wordt opgenomen ter dekking van de arbeidskosten van de praktijkeigenaar. De component bestaat uit drie onderdelen:

1. Basis jaarbedrag (jaarsalaris, incl. vakantietoeslag);

2. Aankledingsposten (werkgeverslasten als pensioen, vergoeding voor ziekte en arbeidsongeschiktheid, etc.);
3. Inconveniënten (toeslag voor werkzaamheden in avond, nacht en weekend).

4.1 Methodieken voor normering van de arbeidskostencomponent

Er is een aantal mogelijke methodieken om te komen tot normering van de arbeidskostencomponent:

- Vergelijking met de publieke sector;
- Vergelijking binnen de zorg;
- Vergelijking buiten de zorg;
- Vergelijking met het buitenland;
- Vaststellen uurtarief op basis van activiteitenanalyse;
- Macrorondrekening.

De NZa heeft KPMG in 2013 onderzoek laten doen naar en laten adviseren over deze methodieken. Mede op basis daarvan heeft de NZa gekozen de arbeidskostencomponent vast te stellen door twee methodieken met elkaar te combineren: vergelijking met de publieke sector en vergelijking binnen de zorg. Deze keuze is tot stand gekomen door de methoden te vergelijken aan de hand van onderstaande criteria.

Tabel 4.1: Toetsingskader methodieken herijking arbeidskostencomponent

criterium	Toelichting
Reproduceerbaar en onderhoudbaar	Methodiek en aanpak moeten reproduceerbaar te zijn om herijking in de toekomst mogelijk te maken. De methodiek dient goed gedocumenteerd te zijn en toekomstbestendig voor de komende jaren.
Eenvoud	De methodiek een aanpak dienen eenvoudig van opzet te zijn. Hierdoor is de opzet goed uit te leggen aan alle betrokken partijen.
Herkenbare toetsingsgrondslag	Er dient sprake te zijn van een herkenbare toetsingsgrondslag. De toetsingsgrondslag betekent in dit kader dat het helder moet zijn op basis waarvan functies met elkaar worden vergeleken.
Toepasbaarheid binnen huidig systeem	De methodiek moet toe te passen zijn in binnen het huidige bekostigingssysteem zonder dat er ingrijpende systeemwijzigingen nodig zijn.
Objectiviteit	De toepassing van de methodiek en aanpak is het streven naar maximaal haalbare objectiviteit.
Brede toepasbaarheid	De methodiek dient voor alle functies op dezelfde wijze toepasbaar te zijn waardoor het tevens mogelijk is de functies met elkaar te vergelijken

Bij de toetsing hecht de NZa met name belang aan de objectiviteit en de brede toepasbaarheid van de methodiek voor de andere gereguleerde eerstelijns aanbieders.

Toetsing van de methodieken aan de criteria leidt tot de conclusie dat twee methodieken het best passend zijn: vergelijking met de publieke sector en vergelijking binnen de zorg. Deze methodieken scoren met name goed op reproduceerbaarheid, onderhoudbaarheid en objectiviteit en zijn breed toepasbaar binnen de huidige bekostigingssystematiek.

De methodieken zijn met elkaar gecombineerd om tot een gebalanceerde onderbouwing van de arbeidskostencomponent te komen. Combinatie van beide methodieken leidt tot het volgende stappenplan om te komen tot een herijkte arbeidskostencomponent:

- A. De inschaling van de huisarts in de BBRA, die ten grondslag ligt aan de huidige hoogte van de arbeidscomponent, actualiseren conform de huidige vergoedingen per BBRA-schaal. Dit bedrag dient als basis.
- B. Uitvoeren van een horizontale vergelijking binnen de zorg. Hiertoe wordt bepaald welke CAO('s) het best vergelijkbaar is (zijn) en worden de uitkomsten hiervan afgezet tegen de BBRA-inschaling.
- C. Afwegen of de vergelijking aanleiding geeft voor een neerwaartse of opwaartse correctie van de BBRA-inschaling.
- D. Doorvoeren van een correctie voor ondernemerschap.
- E. Bepalen van een norm voor de toeslag voor aankledingsposten.
- F. Het resultaat van stap D en E met elkaar combineren, waarmee de herijkte arbeidskostencomponent ontstaat.

4.2 Uitgangspunten bepaling arbeidskostencomponent

Bij de bepaling van de arbeidskostencomponent zijn de volgende uitgangspunten van belang:

- De arbeidskostencomponent heeft enkel betrekking op de arbeidskosten van praktijkeigenaren. De kosten voor huisartsen in loondienst en ander personeel is in het kostenonderzoek meegenomen binnen de praktijkkostencomponent.
- De arbeidskostencomponent moet niet worden verward met het inkomen van een huisarts. Het daadwerkelijke inkomen dat een praktijkeigenaar genereert is mede afhankelijk van de kostenstructuur van de betreffende huisartsenpraktijk, de geleverde productie en de opbrengsten uit niet-gereguleerde activiteiten. De arbeidskostencomponent is slechts een normering van de arbeidskosten van praktijkeigenaren. Dit vanwege het feit dat de werkelijke kosten niet zijn te meten in een kostenonderzoek (zoals wel het geval is bij de kosten van het personeel in loondienst).
- De arbeidskostencomponent heeft geen betrekking op de zorg in de ANW-uren. Deze zorg wordt separaat bekostigd via het bekostigingssysteem voor HDS'en en tarieven die huisartsen voor zorg in ANW-uren in rekening kunnen brengen.
- In de arbeidskostencomponent speelt ondernemersrisico geen rol. Dit aspect is in de tariefbepaling meegenomen binnen de component praktijkkosten, middels een vergoeding voor gedeerd rendement op eigen vermogen (GREV).
- De arbeidskostencomponent heeft betrekking op de jaarkosten van een praktijkeigenaar. Hierbij wordt geabstraheerd van het aantal uren dat een volledige werkweek bevat volgens de geldende CAO en/of het werkelijk gemaakte aantal uren.
- Vergelijkingen met BBRA en binnen de zorg vinden steeds plaats op basis van functie-eindsalarissen. Idealiter zou een lager salarisniveau als ijkpunt gekozen moeten worden, dat spoort met het gemiddelde niveau van senioriteit en ervaring van de praktijkeigenaars. Hiervoor zijn echter geen gegevens beschikbaar.

4.3 Arbeidskostencomponent voor praktijkeigenaren huisartsenzorg

De herijking van de arbeidskostencomponent is volgens het beschreven stappenplan uitgewerkt.

Stap A – Actualiseren oorspronkelijke BBRA-inschaling

De basis voor de huidige arbeidskostencomponent is inschaling van de huisarts in BBRA-schaal 14. Hier zijn destijds twee periodieken in schaal 15 aan toegevoegd voor onregelmatigheid van de werkzaamheden. Aangezien de ANW niet langer onderdeel uitmaakt van de arbeidskostencomponent, zijn deze aanvullende periodieken niet van toepassing.

De huidige BBRA-schalen zijn weergegeven in bijlage A. Hieruit blijkt dat de eindtrede van schaal 14 is gewaardeerd op een maandbedrag van € 6.139. Inclusief vakantietoeslag (8%) en eindejaarsuitkering (8,33%) leidt deze inschaling tot een basis jaarbedrag van **€ 85.697**.

Stap B – Uitvoeren horizontale vergelijking binnen de zorg

Bij een horizontale vergelijking binnen de zorg zijn de volgende CAO's het meest relevant:

- CAO Hidha;
- CAO Gezondheidscentra;
- CAO ziekenhuizen;
- CAO verpleging, verzorging en thuiszorg.

Alvorens de vergelijking door te voeren, wordt een keuze gemaakt voor CAO's om mee te vergelijken.

Bij de vergelijking is gekozen voor de CAO Hidha (Huisartsen in dienst van andere huisartsen) en de CAO Gezondheidscentra. De andere CAO's zijn niet of minder goed bruikbaar als vergelijkingsmateriaal.

Argumentatie keuze voor CAO Hidha en CAO Gezondheidscentra:

- In de CAO Hidha worden de arbeidsvoorwaarden geregeld voor alle in Nederland werkzame huisartsen in dienst van een huisarts (praktijkeigenaar) en sluit daarmee wat betreft functie-inhoud goed aan.
- De CAO Gezondheidscentra is een aanvulling hierop. Huisartsen in loondienst binnen een gezondheidscentrum zijn niet in dienst van een huisarts praktijkeigenaar, in ieder geval niet in de centra waar geen sprake is van praktijkeigenaars. Dit is een groeiende groep.
- In de oude CAO gezondheidscentra (2009-2011) was een onderdeel AHG (Arbeidsvoorwaardenregeling Huisartsen in Gezondheidscentra) opgenomen voor huisartsen in loondienst. In het 'Onderhandelingsresultaat Cao Gezondheidscentra en AHG 2011-2013' is aangegeven dat partijen tot de conclusie zijn gekomen "*dat de huidige AHG niet meer voldoet. Een belangrijk knelpunt is de rekenformule AHG. De leden van het OAG spreken af in 2013 een alternatief voor de AHG te zijn overeengekomen.*" Een dergelijk alternatief is nog niet beschikbaar. Hoewel deze CAO hierdoor minder representatief is, kiezen we ervoor hem toch mee te nemen.
- De functie van een huisarts in een VVT-instelling of in een ziekenhuis is niet op alle punten vergelijkbaar met een vrij gevestigde huisarts.

Alvorens de resultaten van de vergelijking te presenteren, is hieronder inzicht gegeven in de totstandkoming van de bedragen per CAO.

CAO Hidha

Er is in de vergelijking gewerkt met het functie-eindsalaris zoals weergegeven in de CAO.

CAO Gezondheidscentra

De bedragen uit de oude CAO zijn geïndexeerd met de overeengekomen percentages in de CAO 2011-2013 (twee maal 1,5%) om te komen tot een bedrag met een actueel prijspeil. Zoals hiervoor gesteld, hebben de

resulterende bedragen geen formele status; er is geen overeenstemming over de arbeidsvoorwaarden voor huisartsen en de gehanteerde indexatie-percentages zijn hierop ook niet van toepassing.

De vergelijking tussen de geactualiseerde BBRA-doorrekening en de CAO's Hidha en Gezondheidscentra is in onderstaande tabel opgenomen.

Tabel 4.2: Horizontale vergelijking met CAO's binnen de zorg

CAO:	BBRA-14	CAO Hidha	CAO GZC
Peildatum CAO	1-1-2013	1-1-2013	1-4-2012
Uren werkweek	36	40	Normpraktijk
Max maandsalaris	€ 6.139	€ 6.297	€ 6.390
Vakantietoeslag %	8,00%	8,00%	8,00%
Eindejaars-toeslag %	8,33%	1,00%	4,50%
Jaarbedrag, excl. toeslagen	€ 73.667	€ 75.559	€ 76.677
Vakantietoeslag	€ 5.893	€ 6.045	€ 6.134
Eindejaarsuitkering	€ 6.136	€ 756	€ 3.727
Overige toeslagen	€ 0	€ 4.091	€ 3.999
Totaal jaarbedrag	€ 85.697	€ 86.450	€ 90.537

Stap C – Afwegen of BBRA-inschaling moet worden bijgesteld

De vergelijking binnen de zorg geeft aanleiding tot opwaartse bijstelling van de BBRA-inschaling.

De CAO Hidha ligt iets hoger (minder dan 1%) dan BBRA schaal 14. De CAO Gezondheidscentra ligt wel substantieel hoger, ca. 5%. Een trede verhoging in de BBRA (leidend tot inschaling in BBRA schaal 15, trede 8) geeft een jaarbedrag van **€ 88.403**. Dit ligt halverwege de jaarbedragen van de CAO's Hidha en Gezondheidscentra. BBRA-schaal 15, trede 8 is derhalve het best passend.

Stap D - Doorvoeren van een correctie voor ondernemerschap

De uitgevoerde vergelijking met huisartsen in loondienst houdt geen rekening met een tweetal aspecten: ondernemersrisico en ondernemerschap.

Het ondernemersrisico behelst een kapitaalrisico, het risico dat een huisartsenpraktijk failliet gaat en een praktijkeigenaar het geïnvesteerd eigen vermogen kwijt raakt. Voor dit risico wordt gecorrigeerd middels de zogenaamde VGREV (vergoeding gedeerd rendement op eigen vermogen) binnen de praktijkkostencomponent.

Wat resteert is de factor ondernemerschap; de aspecten buiten het ondernemersrisico, die een praktijkeigenaar onderscheiden van een huisarts in loondienst. Dit betreft de arbeidsmatige aspecten. Hierbij kan worden gedacht aan: bedrijfsvoering van de praktijk, contractering met verzekeraars, financiële beheersing en verantwoording, managen van personeel, vermenging van werk en privé, etc.

Voor de component ondernemerschap corrigeert de NZa door middel van een normatieve factor: het jaarbedrag conform de BBRA-inschaling rekenen we om naar 40 uur (BBRA gaat uit van een 36-urige werkweek). Deze factor (11,1%) leidt tot een gecorrigeerd jaarbedrag van **€ 98.225**.

Stap E – Berekenen omvang aankledingsposten

De lasten die door een werkgever in aanvulling op het basissalaris worden betaald (premies en voorzieningen) worden voor vrije

beroepsbeoefenaren meegenomen in de vorm van een aankleding boven op het basis jaarbedrag in de arbeidskostencomponent.

Om te komen tot een normpercentage voor deze opslag zijn de aankledingsposten berekend op basis van de BBRA arbeidsvoorwaarden en het geldende pensioenfonds bij de overheid (ABP). Hierbij zijn de tarieven geldend in 2013 als uitgangspunt gebruikt.

De onderstaande onderdelen worden tot de aankledingsposten gerekend:

- Werknemersverzekeringen (WW Awf/Wgf, WAO/WIA, WGA);
- Inkomensafhankelijke bijdrage Zvw;
- Pensioenpremie Ouderdomspensioen ABP voor overheid;
- Pensioenpremie ArbeidsOngeschiktheidsPensioen.

Voor het berekenen van de bedragen zijn onderstaande premiepercentages aangehouden:

Tabel 4.3: Premiepercentages voor berekening aankledingsposten

	Franchise	Premie- percentage werkgever	Maximum premieplichtig bedrag
<i>Pensioen / VUT:</i>			
Ouderdoms- en nabestaandenpensioen (OP/NP)	€ 10.950	17,78%	n.v.t.
Algemene nabestaandenwet (ANW)	€ 10.950	0,075%	n.v.t.
Overgangspremie VPL	n.v.t.	1,60%	n.v.t.
Arbeidsongeschiktheidspensioen (AOP)	€ 19.000	0,225%	n.v.t.
<i>Werknemersverzekeringen:</i>			
Arbeidsongeschiktheid (WAO/WIA)	n.v.t.	4,65%	€ 50.853
Werkloosheid (WW)	n.v.t.	1,70%	n.v.t.
Uitvoeringsfonds voor de overheid (UFO)	n.v.t.	0,78%	€ 50.853
Zorgverzekeringswet (Zvw)	n.v.t.	7,75%	€ 50.853
Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten (WGA)	n.v.t.	0,52%	€ 50.853

De tabel maakt duidelijk dat de bedragen voor sociale lasten veelal zijn gemaximeerd (op € 50.853). Daarnaast geldt een franchise (dat deel van het salaris dat is vrijgesteld van betaling van pensioenpremie). Hierdoor bestaat er geen lineair verband tussen deze werkgeverslasten en het basis jaarbedrag. Uit een analyse van de relatie tussen beide bedragen blijkt dat het percentage werkgeverslasten vanaf een inkomen meer dan € 51.000 sterk daalt. Dit heeft onder andere te maken met de genoemde maximering van het premieplichtig bedrag voor een aantal sociale verzekeringen.

Op basis van deze analyse is gekozen om voor de aankledingsposten te werken met de volgende rekenregel:

- Basis jaarbedrag < € 50.000, dan aankledingsposten: 31,0 %
- Basis jaarbedrag > € 50.000, dan aankledingsposten: 27,5 %

De aankledingsposten komen met dit normpercentage voor aankledingsposten (27,5%) voor de huisarts uit op **€ 27.012**.

Stap F – Herijkte arbeidskostencomponent

Het toevoegen van de aankledingsposten aan het basis jaarbedrag leidt tot de volgende herijkte totale arbeidskostencomponent: **€ 125.237**. Dit bedrag ligt op prijspeil 1-1-2013 (peildatum BBRA).

Het effect van de herijking van de arbeidskostencomponent op de huisartsstarieven per 2014, in combinatie met effectuering van het kostenonderzoek, wordt doorgerekend in de overkoepelende notitie.

4.4 Samenvatting

Onderstaande tabel vat de stappen A t/m F samen.

Tabel 4.4: Samenvatting herijking

Stap	Uitkomst	Bedrag
A. Actualiseren BBRA-inschaling	Schaal 14, trede 10	85.697
B. Vergelijking binnen de zorg	CAO Hidha	86.450
	CAO Gezondheidscentra	90.537
C. Bijstellen BBRA-inschaling	Schaal 15, trede 8	88.403
D. Correctie voor ondernemerschap	Opslag 11,1%	98.225
E. Vaststellen aankledingsposten	27,5% van D	27.012
F. Herijkte arbeidskosten	D + E	125.237

Indexering van de herijkte arbeidskosten tot aan prijsniveau definitief 2014 leidt tot een arbeidskostencomponent van € 126.739,84

5. Praktijkkosten en rekennormen

5.1 Resultaten onderzoek

De NZa heeft in 2012 onder 396 huisartsenpraktijken een onderzoek laten uitvoeren. Het onderzoek is uitgevoerd door Significant BV, in samenwerking met ConQuaestor BV. In Tabel 5.1 zijn de belangrijkste resultaten samengevat per fte huisarts-eigenaar uit het Praktijkkosten- en inkomensonderzoek huisartsenzorg voor het jaar 2010.

Bij het overzicht past de volgende opmerking. In de rapportage van Significant is geconstateerd dat een aantal huisartspraktijken hun opbrengsten uit zorggroepen ontvangen door hun prestaties te declareren bij de zorggroep, en een ander aantal praktijken door een resultaatdeling. Het deel dat ontvangen wordt uit resultaatdeling, gemiddeld €1.783 per fte huisarts-eigenaar, maakte geen deel uit van de opbrengsten gerapporteerd door Significant, maar wel van het gerapporteerde praktijkresultaat. De NZa heeft dit bedrag wel bij de praktijkopbrengsten (uit niet-tariefgereguleerde activiteiten) opgeteld, omdat aannemelijk is dat de betreffende praktijken ook kosten hebben gemaakt om de zorg te leveren waarvoor de zorggroep hoofdaannemer is.

Tabel 5.1: Resultaten onderzoek Significant per fte huisarts-eigenaar, onderzoeksjaar 2010

PRAKTIJKKOSTEN	
Gemiddelde praktijkkosten	€ 165.165
- ww. personeelskosten	€ 100.004
- ww. overige kosten	€ 65.161
PRODUCTIE	
Gemiddeld aantal ingeschreven verzekerden	2.168
Gemiddeld aantal consulteenheden	8.882
OPBRENGSTEN	
Gemiddelde opbrengsten	
- uit inschrijvingen en consulten	€ 212.524
- uit huisartsdienstenstructuren (HDS)	€ 11.086
- uit declaraties in avond/nacht/weekend (ANW)	€ 1.156
- uit overige tariefgereguleerde activiteiten	€ 22.114
- uit niet-tariefgereguleerde activiteiten	€ 69.119
Gemiddelde opbrengsten totaal	€ 315.999

5.2 Van onderzoeksresultaten naar tariefgrondslagen

Om te komen tot de juiste bedragen die als grondslag kunnen dienen voor herijkte tarieven, moet op bovenstaande resultaten een aantal correcties worden toegepast, die samenhangen met de volgende punten:

- Opbrengsten uit huisartsdienstenstructuren (HDS)
- Opbrengsten uit declaraties avond/nacht/weekend (ANW)
- Vergoeding voor gederfd rendement op eigen vermogen

Opbrengsten uit huisartsdienstenstructuren

De meeste praktijken organiseren de huisartsenzorg in avond, nacht en weekend voor de bij hen ingeschreven verzekerden door deel te nemen in een huisartsdienstenstructuur (HDS). Deze HDS'en hebben hun eigen integrale bekostiging, die los staat van zowel praktijkkosten als arbeidskosten bestemd voor de overige huisartsenzorg. Om die reden is het niet zuiver om de opbrengsten uit HDS mee te tellen bij de praktijkopbrengsten die afgezet worden tegen de kosten.

Opbrengsten uit declaraties avond/nacht/weekend

Een klein aantal praktijken organiseert de huisartsenzorg in avond, nacht en weekend voor de bij hen ingeschreven verzekerden niet via een HDS, maar levert deze zorg, in een samenwerking met andere praktijken, vanuit de eigen praktijk. De ANW-tarieven die de NZa hiervoor vaststelt, dekken wel een deel van de praktijkkosten, maar niet de arbeidskosten. Het is daarom zuiver ook deze opbrengsten uit de praktijkopbrengsten te schonen, in dit geval met een evenredige korting op de gemeten praktijkkosten.

Vergoeding voor gederfd rendement op eigen vermogen

Ondernemersrisico kan een element zijn in de opbouw van tarieven. Dit element beoogt te compenseren voor de kosten van een financiële reserve nodig om risico's op te vangen die een zorgaanbieder niet zelf kan mitigeren en waarvoor geen verzekering mogelijk is. Ter onderbouwing van een eventuele opslag voor ondernemersrisico geldt een normatief bepaalde forfaitaire kostenpost 'vergoeding voor gederfd rendement op eigen vermogen' (VGREV). Bij de berekening van de hoogte van de VGREV volgt de NZa de inmiddels gangbare praktijk in de

eerste lijn: 7% van het gerapporteerde normatief eigen vermogen (€ 37.500) wordt als praktijkkosten meegenomen, ofwel € 2.625 per huisartseigenaar.

In onderstaande tabel zijn bovengenoemde correcties toegepast op de bedragen uit Tabel 5.1.

Tabel 5.2: Relevante opbrengsten en kosten

OPBRENGSTEN		
Gemiddelde opbrengsten totaal	€ 315.999	
Af: Opbrengsten uit HDS	€ 11.086	
Verschil (A)	€ 304.913	
Af: Opbrengsten declaraties ANW	€ 1.156	0,4%
Verschil: Relevante opbrengsten	€ 303.757	
- ww. uit tariefgereguleerde activiteiten	€ 234.638	77%
- ww. uit niet-tariefgereguleerde activiteiten	€ 69.119	23%
PRAKTIJKKOSTEN		
Gemeten praktijkkosten	€ 165.165	
Bij: Verg. gederfd rendement eigen verm.	€ 2.625	
Som	€ 167.790	
Af: Kosten declaraties ANW	€ 636	0,4%
Verschil: Relevante praktijkkosten	€ 167.154	
- ww. personeelskosten	€ 99.625	60%
- ww. overige kosten	€ 67.529	40%

Uit Tabel 5.2 blijkt dat de voor de tariefberekening relevante opbrengsten in 2010 €303.757 bedroegen. De onderverdeling hiervan in wel/niet tariefgereguleerde activiteiten is relevant voor de methodiek van tariefberekening; dit is het onderwerp van paragraaf 5.3. Uit de tabel blijkt verder dat de relevante praktijkkosten €167.154 bedroegen. De onderverdeling hiervan in personeels- en overige kosten is van belang voor de indexering (paragraaf 5.4). De relevante productmix voor de gemiddelde praktijk in 2010 per huisarts-eigenaar was als volgt.

		Opbrengsten	Procentueel
Declaraties	Inschrijvingen	132.760	44%
	Verrichtingen	79.764	26%
	POH	18.854	6%
	M&I-verrichtingen	23.200	8%
	M&I-modules	2.646	1%
	GEZ en ketens	2.163	1%
	Overig	3.948	1%
Anders	Zorggroep/GEZ	19.069	6%
	Overig	21.355	7%
Totaal		303.757	

5.3 Toerekenmethodiek

Bij de berekening van de tarieven gaat de NZa uit van het principe dat een gemiddelde zorgaanbieder zijn totale kosten (praktijkkosten en arbeidskosten) moet kunnen dekken uit zijn opbrengsten. Binnen de huisartsenzorg is echter naast tariefgereguleerde prestaties sprake van een substantieel deel niet-tariefgereguleerde prestaties. Dit betekent dat binnen de huisartsenzorg een gedeelte van de kosten gedekt worden uit niet-tariefgereguleerde activiteiten. Tabel 2 laat zien dat in 2010 het niet-tariefgereguleerde deel van de relevante opbrengsten 23% bedroeg.

Tariefgerereguleerde activiteiten beslaan 77% van de relevante opbrengsten. De tariefherijking die wij voorstellen, houdt rekening met dit feit dat huisartspraktijken hun omzet deels uit tariefgerereguleerde en deels uit niet-tariefgerereguleerde activiteiten halen.

Voor de berekening van het tarief maakt de NZa de beleidskeuze om alleen het deel van de praktijk- en arbeidskosten te gebruiken dat toegerekend kan worden aan de relevante tariefgerereguleerde activiteiten. Om de praktijkkosten toe te rekenen aan tariefgerereguleerde en aan niet-tariefgerereguleerde activiteiten zal de omzetverhouding tussen beide groepen (77% vs. 23%) worden gehanteerd⁶. De reden hiervoor is het feit dat de praktijkkosten niet te splitsen zijn. Onderkend wordt dat de toerekening van de praktijkkosten op basis van de opbrengstenverhoudingen niet fijnmazig is, maar wel redelijk.

Dit betekent dat in de tariefformules 77% van de arbeids- en praktijkkosten wordt gebruikt. De resterende 23% van de kosten wordt verondersteld te worden gedekt uit de opbrengsten van de niet-gerereguleerde activiteiten.

Tabel 5.3 toont dit toerekenen van praktijk- en arbeidskosten, waarbij het arbeidskostenbedrag in deze notitie nog op het niet-herijkte niveau van € 102.858 wordt gehouden.

Tabel 5.3: Toerekenen van kosten aan tariefgerereguleerde activiteiten

KOSTEN		
	<i>Totaal 100%</i>	<i>Toegerekend 77%</i>
Relevante praktijkkosten	€ 167.154	€ 129.119
Arbeidskosten	€ 102.858	€ 79.453
Totale kosten	€ 270.012	€ 208.571

Uit de toerekening van kosten in Tabel 3 blijkt dat het te dekken kostenbedrag uit tariefgerereguleerde activiteiten € 208.571 bedraagt, als het normatieve arbeidskostenbedrag niet herijkt zou worden.

5.4 Ophogen naar prijspeil 2013 en 2014

De volgende stap betreft het ophogen van de praktijkkostenbedragen in tabel 5.3 door middel van indexering naar prijspeil 2013 en 2014. Tabel 5.4 indexeert de relevante praktijkkosten (met onderscheid naar personeels- en overige kosten) volgens de gangbare NZa-systematiek van prijspeil 2010 naar prijspeil 2013.

Tabel 5.4: Indexering 2010-2013

PRAKTIJKKOSTEN					
	<i>PP 2010</i>	<i>DEF2011</i>	<i>DEF2012</i>	<i>DEF2013</i>	<i>PP 2013</i>
Personeelskosten	99.625	3,11%	2,95%	2,68%	108.588
Overige kosten	67.529	1,98%	2,41%	2,88%	72.557
Totaal	167.154				181.145
Toeger. 77%	129.119				139.926

⁶ Hierbij is verondersteld dat de verdien capaciteit van tariefgerereguleerde zorg gelijk is aan die van niet-tariefgerereguleerde zorg. Vrij vertaald: elke euro inkomsten vanuit tariefgerereguleerde zorg levert evenveel winst op als een euro omzet uit niet-tariefgerereguleerde zorg. Op dit punt geven de onderzoekers aan dat de winstgevendheid van praktijken die relatief veel niet-tariefgerereguleerde opbrengsten hebben niet significant lager is dan de winstgevendheid van praktijken die relatief weinig niet-tariefgerereguleerde opbrengsten hebben.

Uit Tabel 5.4 blijkt dat de praktijkkosten op prijspeil 2013 een totaal bedragen van €181.145. De totale indexering over de periode 2010-2013 bedraagt 8,4%. Dit percentage passen we ook toe op de relevante (toegerekende) opbrengsten.

Indexering tot aan het definitieve prijsniveau 2014 levert een totaal praktijkkostenniveau van € 184.013,46, waarvan € 142.141,80 wordt toegerekend aan tariefgeruleerde activiteiten.

6. Overheveling M&I-verrichtingen 2015

De M&I-verrichtingen die in 2015 als separate betaaltitel verdwijnen, vallen uiteen in twee groepen:

- Groep met vervangende S1-prestatie: M&I-verrichtingen worden vanaf 2015 gedeclareerd als nieuwe verrichting in S1 (zie 6.1).
- Groep zonder vervangende S1-prestatie: M&I-verrichtingen worden vanaf 2015 gedeclareerd als lang consult/visite en rest in inschrijftarief (zie 6.2).

6.1 Groep met vervangende S1-prestatie

De groep met vervangende S1-prestatie betreft de volgende M&I-verrichtingen.

GROEP MET VERVANGENDE S1-PRESTATIE	
<i>Verrichting</i>	<i>Vektis-code</i>
Chirurgie	13012
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	13015
Oogboring	13024
Intensieve zorg, visite, dag	13034
Intensieve zorg, visite langer dan 20 minuten, dag	13035
Intensieve zorg, ANW visite	13036
Intensieve zorg, ANW visite langer dan 20 minuten	13037
Chirurgie, categorie A	13047
Chirurgie, categorie B	13048

Deze verrichtingen zijn voor de tariefberekening teruggebracht tot vijf clusters, volgens de tabel hieronder.

CLUSTERING	
<i>Cluster</i>	<i>Vektis-codes</i>
Chirurgie	13012, 13047, 13048
IZ, dag	13034, 13035
IZ, ANW	13036, 13037
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	13015
Oogboring	13024

De NZa berekent de maximumtarieven voor de clusters volgens dezelfde methode waarmee de tarieven voor 2014 zijn herijkt (zie par. 5). Die methode heeft vijf stappen:

- a. Brondata
- b. Kosten toerekenen aan de totale M&I-verrichtingen
- c. Kosten toerekenen aan de clusters
- d. Tariefmutatie berekenen
- e. Tarieven berekenen

Deze stappen worden hieronder kort toegelicht.

a. Brondata

Brondata voor de NZa zijn de resultaten van het kostprijsonderzoek dat Significant in 2012 heeft uitgevoerd. Hieruit blijkt dat de gemiddelde praktijk in 2010 de volgende kosten en opbrengsten had.

RESULTATEN ONDERZOEK SIGNIFICANT	
Relevante opbrengsten	€ 303.757
Relevante praktijkkosten (excl. arbeidskosten praktijkeigenaar)	€ 167.154

b. Kosten toerekenen aan M&I-verrichtingen

Maximumtarieven voor de clusters zullen we moeten baseren op geschatte kostenbedragen voor de betreffende productie. We komen tot geschatte kosten o.b.v. omzetverhoudingen. De omzet aan M&I-verrichtingen bedroeg in 2010 volgens Significant gemiddeld € 23.200, dat is 7,6% van de totale opbrengsten.

c. Kosten toerekenen aan de clusters

Om te komen tot een omzetaandeel voor de clusters gebruiken we de macrogegevens van Vektis over 2010. (Het rapport van Significant bevat geen detailgegevens over individuele M&I-verrichtingen.) Uit de Vektisgegevens blijkt dat 42% van het bedrag aan declaraties van M&I-verrichtingen betrekking heeft op de clusters. Dit komt overeen met 3,2% van de totale opbrengsten per praktijk (= 42% x 7,6%).

d. Tariefmutatie berekenen

Onderstaande tabel beschrijft de stappen die leiden tot de tariefmutatie waarnaar we op zoek zijn. De uitkomst blijkt een korting van 6,9%.

TARIEFMUTATIE			
	2010	Geïndexeerd naar 2013	Herijking arbeidskosten
A. Praktijkkosten	€ 167.154	€ 181.102	€ 181.102
B. Arbeidskosten	€ 102.858	€ 111.441	€ 125.237
C. Toegerekende kosten: 3,6% x (A+B)	€ 9.707	€ 10.517	€ 11.013
D. Opbrengsten	€ 303.757	€ 329.105	€ 329.105
E. Toegerekende opbrengsten: 3,6% x D	€ 10.920	€ 11.831	€ 11.831
F. Overdekking: E - C	€ 1.213	€ 1.314	€ 818
G. Procentueel: F / E	11,1%	11,1%	6,9%

e. Tarieven berekenen

De tabel hieronder toont de maximumtarieven die resulteren als een tariefkorting van 6,9% wordt toegepast op de gemiddelde tarieven van 2013. Ook geeft de tabel de verhouding met het basispassantentarief in 2013 van €26,29 (definitief niveau 2013). Deze verhouding wordt gebruikt als factor bij de tariefberekening (zie par. 2).

BEREKENING MAXIMUMTARIEF			
Cluster	Gemiddelde prijs 2013	Maximumtarief (pp. 2013)	Verhouding pass.tarief
Chirurgie	€ 79,49	€ 73,99	2,81
IZ, dag	€ 67,79	€ 63,10	2,40
IZ, ANW	€ 117,12	€ 109,01	4,15
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	€ 53,42	€ 49,72	1,89
Oogboring	€ 50,71	€ 47,20	1,80

6.2 Groep zonder vervangende S1-prestatie

De groep zonder vervangende S1-prestatie betreft de volgende M&I-verrichtingen.

GROEP ZONDER VERVANGENDE S1-PRESTATIE	
<i>Code</i>	<i>Verrichting</i>
13016	Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmateriaal, in de praktijk
13017	Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmateriaal, thuis
13018	Verrichting ter vervanging van specialistenbezoek
13019	Trombosebeen
13020	Varices sclerosering
13023	Therapeutische injectie (Cyriax)
13025	Aanmeten en plaatsen pessarium
13042	IUD inbrengen/ Implanteren c.q. verwijderen implanonstaafje
13046	Kortdurende opname

Algemeen uitgangspunt (uitzonderingen volgen hieronder) voor deze groep is dat deze verrichtingen vanaf 2015 als lang consult worden gedeclareerd. Het rest-macrobedrag (het macrobedrag gemoeid met deze verrichtingen minus de omzetwaarde van de lange consulten) wordt in de inschrijftarieven verwerkt.

Twee uitzonderingen:

- Bij "Postoperatief consult thuis" (13017) wordt geen lang consult maar een lange visite gedeclareerd.
- Bij "Therapeutische injectie" (13023) en "IUD inbrengen" (13042) wordt niet het volledige rest-macrobedrag in de inschrijftarieven verwerkt; verwachting is dat een deel via afspraken in S3 bij de zorgaanbieders terugkomt. Hierbij wordt uitgegaan van hetzelfde S3-percentage als bij de groep met vervangende S1-prestatie (zie 7.1).
- Bij "Kortdurende opname" (13046) wordt geen lang consult maar een lange visite of lange passantenvisite gedeclareerd; aanname: beide 50%.

De tabel hieronder specificeert hoe het inschrijftarief wordt verhoogd om te compenseren voor de lagere tarieven van lange consulten/visites in vergelijking met de huidige tarieven van M&I-verrichtingen. Hieruit blijkt dat inschrijftarieven met 1,00% moeten worden verhoogd. Dit betekent dat een (norm)praktijk met 2.168 ingeschreven verzekerden in 2015 extra inkomsten ontvangt uit het inschrijftarief van ca. €1.500 (= 1,00% x 2.168 x €70) ter compensatie voor de lagere tarieven. Deze verhoging is verwerkt in de factoren waarmee het basisinschrijftarief wordt vermenigvuldigd, om te komen tot de gedifferentieerde inschrijftarieven (par. 2) en in de factor in de formule van het basistarief passanten (par. 3).

BEREKENING AANPASSING INSCHRIJFTARIEF							
Code	A. Kosten	B. Aantal	C. Kosten consulten	D. Kosten visites	E. Kosten pass.visites	Pagina 53 49 van 51	G. Kosten inschrijvingen
	Vektis 2012		$B \times \text{€}17,56$	$B \times \text{€}21,95$	$B \times \text{€}64,70$	$A \times 6,9\%$	$A-C-D-E-F$
13016	€ 2.460.010	89.415	€1.570.127				€ 889.883
13017	€ 834.510	18.182		€ 399.095			€ 435.415
13018	€ 8.374.361	301.272	€ 5.290.336				€ 3.084.024
13019	€ 56.001	1.042	€ 18.298				€ 37.704
13020	€ 31.272	411	€ 7.217				€ 24.055
13023	€ 8.776.492	315.854	€ 5.546.396			€ 607.101	€ 2.622.995
13025	€ 660.638	23.009	€ 404.038				€ 256.600
13042	€ 4.361.425	78.203	€ 1.373.245			€ 301.695	€ 2.686.485
13046	€ 113.103	2.059		€ 22.598	€ 66.609		€ 23.897
Totaal	€25.554.709		€ 14.209.657	€ 421.692	€ 66.609	€ 908.796	€ 10.061.0573
Als percentage van totaal inschrijvingen en consulten passanten, militairen en gemoedsbezwaarden (€ 1.004 miljoen)							1,00%

7. Modelmatige tarieven

Van de prestatie Inschrijving POH-GGZ en de ANW-consultprestaties wordt het maximumtarief modelmatig / normatief onderbouwd. De tarieven staan in de tabel hieronder, de paragrafen daaronder lichten de methodiek toe.

7.1 POH-GGZ

De vergoeding voor de kosten van de module POH-GGZ is een maximumbedrag per op naam van de huisarts ingeschreven verzekerde. Het bedrag per verzekerde wordt berekend aan de hand van de volgende formule:

$$0,708 \times (\text{arbeidskosten POH-GGZ} + \text{praktijkkosten POH-GGZ}) / \text{rekennorm POH-GGZ}$$

In de tabel hieronder zijn de modelmatig/normatief bepaalde bedragen/aantallen weergegeven (definitief niveau 2013) waarop de variabelen van de formule zijn gebaseerd:

Tabel 7.1: Formulecomponenten POH-GGZ

Variabele	Toelichting	Bedrag / aantal
Arbeidskosten POH-GGZ	Managementtijd huisarts	€ 18.939
Praktijkkosten POH-GGZ	Personeelskosten: Praktijkondersteuner*	€ 69.330
	Overige kosten: Infrastructurele voorzieningen	€ 11.658
Rekennorm POH-GGZ	3 x 2.168**	6.504

*De normatief bepaalde personeelskosten van de praktijkondersteuner zijn tijdelijk verhoogd naar het weergegeven niveau.

** Deze rekennorm is gelijkgetrokken met de rekennorm voor het basisinschrijftarief. Het effect hiervan is gecompenseerd middels de factor 0,708. Concreet betekent dit dat de NZa-onderbouwing van het tarief van de module ook in 2015 neerkomt op 1 fte POH-GGZ op 7.050 ingeschreven verzekerden..

Jaarlijks vindt een aanpassing (indexering) van zowel het arbeidskosten- als het praktijkkostenbedrag plaats. De wijze van indexeren is geregeld in de beleidsregel 'Indexering'.

7.2 ANW-uurtarief HDS

Voor huisartsen die participeren in een huisartsendienstenstructuur (HDS) is voor incidentele en acute huisartsenhulp in avond-, nacht- en weekenduren een maximum uurtarief van kracht. Het maximum ANW-uurtarief is op grond van een aanwijzing van VWS vastgesteld op € 65 (definitief niveau 2010). Het uurtarief brengen huisartsen in rekening bij de HDS waarin zij participeren. Onder bepaalde voorwaarden kan door de huisarts een toeslag in rekening worden gebracht van maximaal € 15 bovenop het vigerende ANW-uurtarief van € 65. Jaarlijks vindt een aanpassing (indexering) van zowel het arbeidskosten- als het praktijkkostenbestanddeel plaats. De wijze van indexeren is geregeld in de beleidsregel 'Indexering'.

7.3 ANW-tarieven niet HDS

Voor huisartsen die niet participeren in een huisartsendienstenstructuur is voor incidentele en acute huisartsenhulp in avond-, nacht- en weekenduren een apart consulttarief van kracht. Het maximum basistarief voor een consult voor incidentele en acute huisartsenhulp in avond-, nacht-, en weekenduren wordt als volgt berekend:

$$\text{Basistarief ANW-consult} = (\text{arbeidskostenbestanddeel ANW-uren} + \text{praktijkkosten ANW-uren}) / \text{rekennorm ANW-consulten}$$

In de tabel hieronder zijn de modelmatig/normatief bepaalde bedragen/aantallen weergegeven (definitief niveau 2013) waarop de variabelen van de formule zijn gebaseerd:

Tabel 7.2: Formulecomponenten ANW

Variabele	Toelichting	Bedrag / aantal
Arbeidskosten ANW	Tijd huisarts	€ 20.578
Praktijkkosten ANW	Overige kosten	€ 748
Rekennorm ANW		480

Jaarlijks vindt een aanpassing (indexering) van zowel het arbeidskosten- als het praktijkkostenbedrag plaats. De wijze van indexeren is geregeld in de beleidsregel 'Indexering'.

Op grond van de prestatie consult is een aantal ANW-werkzaamheden getypeerd. Door middel van factoren zijn voor die prestaties maximumtarieven bepaald. Het maximumtarief voor de in de onderstaande lijst genoemde ANW-prestaties wordt bepaald door het basistarief ANW-consult met de bijbehorende factor te vermenigvuldigen:

Prestatie	Factor
Consult ANW korter dan 20 minuten	1,0
Consult ANW langer dan 20 minuten	2,0
Visite ANW korter dan 20 minuten	1,5
Visite ANW langer dan 20 minuten	2,5
Telefonisch consult / Vaccinatie ANW	0,5

7.4 ECG

Het maximumtarief voor de vergoeding van de kosten voor het maken van een ECG bedraagt € 9,59.

7.5 Kilometervergoeding bij keuringen en onderzoeken

Het maximumtarief voor de vergoeding van reiskosten samenhangend met keuringen en onderzoeken bedraagt €0,23 per retourkilometer (=twee gewone kilometers) vanaf vijf retourkilometers.

7.6 Achterstandsfonds

Het maximumtarief per verzekerde in een achterstandswijk per jaar bedraagt € 5,92.

7.7 M&I-verrichtingen

In bijlage 2b is een limitatieve lijst opgenomen van M&I-verrichtingen welke in rekening mogen worden gebracht indien hier geen contract met een zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt. De verrichtingen in deze lijst worden voorzien van een maximumtarief. Dit maximumtarief is gebaseerd op het tarief per verrichting dat zorgverzekeraars in hun standaardcontracten over 2015 voorlegden. Het laagste tarief per verrichting dat in deze standaardcontracten wordt aangetroffen geldt als maximumtarief dat zonder contract in rekening mag worden gebracht. Dit tarief per verrichting wordt afgezet tegen de hoogte van het basispassantentariaf (€ 27,19 voorcalculatorisch niveau 2015). Dit leidt tot een factor per prestatie ten opzichte van het basispassantentariaf van in 2015. Deze factor wordt gehanteerd bij de tariefberekening (zie paragraaf 2).