

Bijlage 3: Verantwoordingsdocument**Inhoudsopgave**

1. Inleiding	32
2. Prestaties	32
3. Basistarieven	34
4. Arbeidskosten	35
5. Praktijkkosten en rekennormen	41
6. Overheveling M&I-verrichtingen 2015	44
7. Modelmatige tarieven	47

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:

- 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	1,173	1,303
verzekerden van 65 tot 75 jaar	1,706	1,847
verzekerden vanaf 75 jaar	2,051	2,181

- 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:

- 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

- 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

- veertien nevenprestaties⁴, 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
Invaliditeitskeuring 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:

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

⁴ 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

- zes prestaties voor gemoedsbezwaarden, door het basistarief van het passantentarief te vermeerderen met €2,38 (prijspeil definitief 2015) 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

- Huisartsenzorg elv, Intensieve zorg, de 'overige S1-prestaties' en de prestatie SCEN, conform onderstaande tabel.

<i>Prestatie</i>	<i>Factor</i>
Elv, dag, korter dan 20 min.	1,46
Elv, dag, 20 min. of langer	2,53
Elv, anw, korter dan 20 min.	2,51
Elv, anw, 20 min. of langer	3,89
Intensieve zorg, dag	2,58
Intensieve zorg, anw	4,45
Chirurgie	3,02
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	2,03
Oogboring	1,93
IUD	2,13
Cyriax	1,02
SCEN	13,5

- 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:

$$\text{Basistarief Inschrijving} = 0,346 \times (\text{arbeidskostenbestanddeel} + \text{Praktijkkostenbestanddeel}) / \text{rekennorm inschrijvingen}$$

$$\text{Basistarief Consult} = 0,256 \times (\text{arbeidskostenbestanddeel} + \text{praktijkkostenbestanddeel}) / \text{rekennorm consulten}$$

$$\text{Basistarief Passantenconsult} = 0,766 \times (\text{Arbeidskostenbestanddeel} + \text{Praktijkkostenbestanddeel}) / \text{rekennorm consulten}$$

Hierbij geldt:

- Het Arbeidskostenbestanddeel bedraagt € 128.311,42 (prijspeil definitief 2015). De onderbouwing van dit bedrag wordt toegelicht in paragraaf 4.
- Het Praktijkkostenbestanddeel bedraagt € 184,336,63 (prijspeil definitief 2015). 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 basis inschrijftarief, 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 0,766 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 eerstelijnszorgaanbieders 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 eerstelijnsaanbieders.

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 gederfd 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 en door middel van indexering tot aan een prijsniveau definitief 2015 van € 128.311,42.

5. Praktijkkosten en reknormen

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 huisartsendienstenstructuren (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 huisartsendienstenstructuren (hds)
- Opbrengsten uit declaraties avond/nacht/weekend (anw)
- Vergoeding voor gederfd rendement op eigen vermogen

Opbrengsten uit huisartsendienstenstructuren

De meeste praktijken organiseren de huisartsenzorg in avond, nacht en weekend voor de bij hen ingeschreven verzekerden door deel te nemen in een huisartsendienstenstructuur (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	
- vv. 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. Tariefgereguleerde activiteiten beslaan 77% van de relevante opbrengsten. De tariefherijking die wij voorstellen, houdt rekening met dit feit dat huisartspraktijken hun omzet deels uit tariefgereguleerde en deels uit niet-tariefgereguleerde activiteiten halen.

Voor de berekening van het tarief maakt de NZa de beleidskeuze om alleen het deel van de praktijk- en arbeidskosten te gebruiken dat toegerekend kan worden aan de relevante tariefgereguleerde activiteiten. Om de praktijkkosten toe te rekenen aan tariefgereguleerde en aan niet-tariefgereguleerde activiteiten zal de omzetverhouding tussen beide groepen (77% vs. 23%) worden gehanteerd⁵. De reden

⁵ Hierbij is verondersteld dat de verdiencapaciteit van tariefgereguleerde zorg gelijk is aan die van niet-tariefgereguleerde zorg. Vrij vertaald: elke euro inkomsten vanuit tariefgereguleerde zorg levert evenveel winst op als een euro omzet uit niet-tariefgereguleerde zorg. Op dit punt geven de onderzoekers aan dat de winstgevendheid van praktijken die relatief veel niet-tariefgereguleerde

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-gereguleerde 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 tariefgereguleerde 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 tariefgereguleerde 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

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 2015 levert een totaal praktijkkostenniveau van € 184.336,63, waarvan € 142.391,43, wordt toegerekend aan tariefgereguleerde activiteiten.

6. Overheveling M&I-verrichtingen 2015

opbrengsten hebben niet significant lager is dan de winstgevendheid van praktijken die relatief weinig niet-tariefgereguleerde opbrengsten hebben.

De M&I-verrichtingen die in 2015 als separate betaaltitel verdwenen, 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
Intensieve zorg, dag	13034, 13035
Intensieve zorg, anw	13036, 13037
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	13015
Oogboring	13024

Aan deze lijst wordt met ingang van 2016 een tweetal prestaties toegevoegd die in 2015 grotendeels zijn overgeheveld naar het inschrijftarief.

<i>Cluster</i>	<i>Vektis-codes</i>
IUD aanbrengen	13042
Therapeutische Injectie (Cyriax)	13023

In het verantwoordingsdocument behorende bij de beleidsregel "huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg" zoals deze in 2015 vigeert, zijn de stappen beschreven die leiden tot de maximumtarieven voor deze prestaties. Een van deze stappen is de berekening van een afslag van 6,9% op de tarieven voor de specifieke prestaties. Deze afslag gaf ruimte in segment 3 om specifieke resultaatafspraken te maken rondom met name substitutie. In 2016 wordt deze afslag ongedaan gemaakt. De berekening van de maximumtarieven in 2016 zijn daarmee gebaseerd op het gemiddelde tarief dat in het vrije segment in 2013 tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders overeen werd gekomen. Hierbij wordt van dezelfde basisgegevens uitgegaan die ten grondslag ligt aan de tariefberekening in 2015, om de berekening inzichtelijk te blijven houden. Het resultaat wordt conform 2015 afgezet tegen de hoogte van het basispassantentariaf (€ 26,29 definitief niveau 2013). Dit leidt tot

een factor per prestatie ten opzichte van het basispassantentariaf in 2013, zoals weergegeven in onderstaande tabel. Deze factor wordt gehanteerd bij de tariefberekening (zie paragraaf 2).

Cluster	Gemiddelde prijs 2013	Verhouding pass.tarief
Chirurgie	€ 79,49	3,02
Intensieve zorg, dag	€ 67,79	2,58
Intensieve zorg, anw	€ 117,12	4,45
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	€ 53,42	2,03
Oogboring	€ 50,71	1,93
IUD aanbrengen	€ 56,06	2,13
Therapeutische injectie (Cyriax)	€ 26,85	1,02

6.2 Groep zonder vervangende S1-prestatie

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

GROEP ZONDER VERVANGENDE S1-PRESTATIE	
Code	Verrichting
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
13025	Aanmeten en plaatsen pessarium
13046	Kortdurende opname

In 2015 behoorde de oud-M&I-verrichtingen "therapeutische injectie (Cyriax)" en "IUD inbrengen" ook tot deze lijst. Deze worden in 2016 echter geïntroduceerd als S1-prestatie (zie paragraaf 6.1).

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 "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 en het passantentariaf is gecorrigeerd om te compenseren voor de overheveling van de prestaties. Hieruit blijkt dat inschrijftarieven met 0,47% worden verhoogd ten opzichte van het niveau 2014. In 2015 bedroeg dit percentage 1,00%. Het herintroduceren van de prestaties IUD aanbrengen en Therapeutische injectie heeft daarmee een effect van -/0,53%. Deze percentages zijn verwerkt in de factoren waarmee het basis inschrijftarief wordt vermenigvuldigd, om te komen tot de gedifferentieerde inschrijftarieven (par. 2) en in de factor in de formule van het basistarief passanten (par. 3).

Ook in deze berekening zijn dezelfde basisgegevens gehanteerd die

BEREKENING AANPASSING INSCHRIJFTARIEF							
Code	A. Kosten	B. Aantal	C. Kosten consulten	D. Kosten visites	E. Kosten pass.visites	F. S3	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
13025	€ 660.638	23.009	€ 404.038				€ 256.600
13046	€ 113.103	2.059		€ 22.598	€ 66.763		€ 23.897
Totaal	€ 25.554.709		€ 7.290.016	€ 421.692	€ 66.609		€ 4.751.423
Als percentage van totaal inschrijvingen en consulten passanten, militairen en gemoedsbezwaarden (€ 1.004 miljoen)							0,47%

dienden ter onderbouwing van de tarieven in 2015.

7. Modelmatige tarieven

Van een aantal prestaties 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:

$$0,699 \times (\text{arbeidskosten poh-ggz} + \text{praktijkkosten poh-ggz}) / \text{rekennorm poh-ggz}$$

In de tabel hieronder zijn de modelmatig/normatief bepaalde bedragen/aantallen weergegeven (definitief niveau 2015) waarop de variabelen van de formule zijn gebaseerd:

Tabel 7.1: Formulecomponenten poh-ggz

Variabele	Toelichting	Bedrag / aantal
Arbeidskosten poh-ggz	Managementtijd huisarts	€ 19.403,93
Praktijkkosten poh-ggz	Personeelskosten: Praktijkondersteuner*	€ 70.731,54
	Overige kosten: Infrastructurele voorzieningen	€ 11.818,14
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 basis inschrijftarief. Het effect hiervan is gecompenseerd middels de factor 0,699. Concreet betekent dit dat de NZa-onderbouwing van het tarief van de module ook in 2016 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 Huisartsenzorg elv

De visites aan patiënten in een elv-setting hebben een hoger tarief dan reguliere visites, omdat het gaat om een specifieke groep patiënten met

een hogere zorgzwaarte dan gemiddeld. Bij het opnemen van deze prestaties in de Zvw per 2017 is voor het tarief aansluiting gezocht bij het tarief van de prestaties Intensieve zorg, eveneens visites aan patiënten met een hogere zorgzwaarte.

Omdat de zorgzwaarte van intensieve zorg-patiënten (zpz5 of hoger, of palliatief-terminaal) wel nog hoger ligt dan de zorgzwaarte van elv-patiënten, hebben we een afslag op de intensieve zorg tarieven toegepast om te komen tot de elv-tarieven. Voor de juiste afslag hebben we aansluiting gezocht bij de behandelcomponenten in de zpz-tarieven, die ook oplopen met hogere zorgzwaarte. De verhouding tussen elv-tarief en intensieve zorg-tarief is gelijk aan de verhouding tussen de behandelcomponenten van zpz3 enerzijds en een gewogen gemiddelde van zpz6 en zpz10 anderzijds. In formules:

$$\frac{\text{elv-tarief}}{\text{Intensieve zorg-tarief}} = \frac{\text{Behandelcomponent zpz3}}{\text{Behandelcomponent zpz6/10}}$$

ofwel

$$\text{elv-tarief} = \text{intensieve zorg-tarief} \times \frac{\text{Behandelcomponent zpz3}}{\text{Behandelcomponent zpz6/10}}$$

Het quotiënt van de behandelcomponenten bedraagt 82% en is als volgt berekend. De medische behandelcomponenten zpz vv3, zpz vv6 en zpz vv10 in de tarieven voor het jaar 2016 bedragen respectievelijk € 26,95, € 30,18 en € 38,07 (zie de NZa-beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten 2016). Voor het gewogen gemiddelde van zpz6 en zpz10 hebben we aansluiting gezocht bij de patiëntenaantallen in de huidige subsidieregeling elv die een indicatie ontvangen voor elv-intensief (zpz6) dan wel elv-palliatief-terminaal (zpz10). De verhouding tussen deze patiëntenaantallen is 65%-35% (zie CIZ-rapportage Subsidieregeling eerstelijnsverblijf).

De factor van 82% wordt toegepast op de gemiddelde intensieve zorg-tarieven 2014, weergegeven in onderstaande tabel:

Gem. tarief 2014	Korter dan 20 min.	20 min. of langer
Intensieve zorg, dag	€ 48,04	€ 83,19
Intensieve zorg, anw	€ 82,70	€ 127,88

Bron: Vektis, bewerking NZa

Dit resulteert in de elv-tarieven (prijsspeil 2014) in onderstaande tabel. Die tarieven worden in de tabel ook afgezet tegen de hoogte van het basispassantentarief (€ 26,94 definitief niveau 2014). Deze factor wordt gehanteerd bij de tariefberekening (zie paragraaf 2).

	Tarief pp 2014	Verhouding met passantentarief
Elv, dag, korter dan 20 min.	€ 39,32	1,46
Elv, dag, 20 min. of langer	€ 68,09	2,53
Elv, anw, korter dan 20 min.	€ 67,69	2,51
Elv, anw, 20 min. of langer	€ 104,67	3,89

7.5 Kosten ECG

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

7.6 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.

7.7 Achterstandsfonds

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

7.8 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).