

Bijlage 2: Overzicht wijzigingen per jaar 2018-2023.

Wijzigingen per 1 januari 2023

Met ingang van 1 januari 2023 zijn een aantal wijzigingen in het beleid doorgevoerd. Deze worden hieronder nader toegelicht.

Niet-inhoudelijke beleidsaanpassingen

De beleidsregel is opgeschoond op dubbele teksten of geschiedschrijving (geen staand beleid). Ook is de beleidsregel aangepast aan het model NZa-beleidsregel. Dit maakt de beleidsregel een stuk korter en beter leesbaar. Het verantwoordingsdocument is als aparte bijlage opgenomen alsmede het overzicht met samenvattende wijzigingen in de afgelopen jaren.

Schrappen aanvullende regelgeving als gevolg van het SARS-COV-2-virus

Het pakket aan maatregelen (vanaf 1 maart 2020) was tijdelijk. De NZa schrapt de aanvullende regelgeving per 2023 omdat ook in andere zorgsectoren geen aanvullende regelgeving meer geldt. Bij een eventuele opleving wordt dit, in samenhang met de andere sectoren, landelijk bekeken in afstemming met VWS. Hier zijn op voorhand geen vaste criteria voor opgesteld.

Schrappen prestatie deelname OPEN

De prestatie 'deelname programma OPEN (vergoeding kosten mogelijkheid tot online patiëntinzage), per ingeschreven verzekerde' gaf huisartsen een eenmalige vergoeding voor de extra tijd en inspanning om zorg te dragen voor een online patiëntinzage in de medische gegevens die de huisarts voor hem/haar bijhoudt. Het tarief mocht in de periode 2020-2022 voor alle op het moment van declareren ingeschreven verzekerde patiënten eenmalig in rekening worden gebracht indien werd voldaan aan de in de beleidsregel gestelde voorwaarden.

Informatieverstrekking aan derden

De prestatie 'informatieverzoek' kennen we ook in andere sectoren. Echter, al hebben we met de prestatie in de verschillende sectoren dezelfde bedoeling, de omschrijving is heel verschillend. Er is sector-breed gekeken naar de prestatie en deze is gelijk getrokken.

IUD (spiraaltje)

In de bekostiging voor de verloskundige zorg is het tarief voor het aanbrengen/implanteren en/of verwijdering van een IUD overgenomen uit de bekostiging voor de huisartsenzorg. Nu is gebleken dat de prestatiebeschrijving en de omschrijving bij de prestaties niet gelijklopend is, terwijl het tarief dit wel is, en de zorg dus wel overeenkomt. Dit wordt rechtgetrokken.

Onderlinge dienstverlening

In de regelgeving huisartsenzorg is opgenomen dat de tarieven voor onderlinge dienstverlening voor O&I en multidisciplinaire zorg (zowel gecontracteerd als ongecontracteerd) vrij zijn. Dit volgt ook uit de aanwijzing van de minister van VWS van 14 juli 2014 (kenmerk 642423-123512-MC), waarin staat omschreven dat de NZa prestatiebeschrijvingen met vrije tarieven vaststelt voor onderlinge dienstverlening. Echter, de prestaties worden wel genoemd, maar de prestaties onderlinge dienstverlening zijn nog niet vastgesteld. Deze omissie herstellen we, zowel voor segment 1 als segment 2.

Differentiatie inschrijftarief voor ingeschreven verzekerden woonachtig in een opslaggebied.

- Herijking postcodelijst

In de bekostiging van de huisartsenzorg worden aanvullende middelen beschikbaar gesteld voor praktijken met inwoners woonachtig in gebieden met een relatief hoge mate

van achterstandsproblematiek. Deze gebieden worden omschreven op basis van een postcodelijst. Eens per 4 jaar wordt deze herijkt, dat is nu gebeurd voor 2023. Dit is gebeurd middels een door de NZa uitgevoerd onderzoek aan de hand van CBS gegevens op postcode niveau. De methodiek is in overleg met partijen onveranderd ten opzichte van 2019.

- Discrepantie adressenbestand zorgaanbieder en zorgverzekeraar

Geconstateerd is dat het inschrijftarief zónder opslag juridisch gezien niet gedeclareerd en betaald mag worden wanneer de patiënt wel woonachtig is in een opslaggebied. Zo is de beleidsregel wat betreft de NZa nooit bedoeld; het inschrijftarief zonder opslag moet altijd gedeclareerd kunnen worden. Bovendien is hier ook niet naar gehandeld door aanbieders, verzekeraars en de NZa. De NZa brengt de beleidsregel en prestatiebeschrijving terug naar hoe deze wel bedoeld is. Daartoe worden het inschrijftarief en de toeslag voor opslaggebieden losgekoppeld. Van 8 prestaties gaan we hiermee terug naar 5 (vier gedifferentieerde inschrijftarieven en 1 opslag).

O&I

Met een aanpassing in de prestatieomschrijvingen van O&I wordt explicieter dan voorheen de relatie gelegd tussen de ondersteunende activiteiten in het kader van O&I en de daadwerkelijke zorgverlening die huisartsen leveren, zonder tekort te doen aan het multidisciplinaire karakter van O&I. Aanleiding voor deze aanpassing is een al lang lopende discussie over de wijze waarop samenwerkingsverbanden BSN-gegevens mogen hanteren bij declaratie van O&I-prestaties en de gegevensuitwisseling tussen huisartsenpraktijken en samenwerkingsverbanden die hieraan voorafgaat. Uit een juridische analyse rondom dit probleem is gebleken dat gesignaleerde risico's hier worden beperkt als de koppeling tussen O&I en de primaire zorglevering door huisartsen sterker wordt gelegd in NZa-beleid. Op verzoek van aanbieders en verzekeraars voert de NZa een aanpassing door in de omschrijving van de O&I-prestaties.

Wijzigingen per 1 januari 2022

Verruiming geïnccludeerde inwoners postcodelijst achterstandsproblematiek

- Met ingang van 1 januari 2022 verruimt de NZa het afkappunt voor de postcodelijst zoals deze met ingang van 2019 van kracht is met 7,3%. Dat betekent dat de postcodelijst met ingang van 2022 geen 1,5 miljoen inwoners includeert, maar naar ruim 1,61 miljoen inwoners wordt uitgebreid. Dit naar aanleiding van de constatering dat het door VWS aanvullend beschikbaar gestelde macrobudget voor achterstandsproblematiek niet volledig wordt uitgenut. Een deel van de verklaring hiervoor ligt in het feit dat het vanaf 2019 aanvullend beschikbaar gestelde macrobudget is berekend op basis van de declaratie van de opslag voor 1,5 miljoen "ingeschreven verzekerden". Niet alle "inwoners" zoals deze in de postcodelijst zijn geïnccludeerd vanaf 2019 zijn echter "ingeschreven verzekerden". Op basis van een analyse over de inmiddels vrijwel complete declaratiegegevens over 2019 is dit verschil nu te adresseren.
- Dit betreft een tussentijdse correctie op basis van recente inzichten, waarbij de rangorde die in de postcodelijst in 2019 is aangebracht op basis van zorgzwaarte verder ongemoeid wordt gelaten. De NZa is voornemens om deze rangorde van de postcodelijst met ingang van 2023 opnieuw te herijken conform de methode zoals deze in 2019 is uitgevoerd. Bij deze herijking zal nogmaals worden bezien hoe om te gaan met het verschil tussen de in de postcodelijst geïnccludeerde inwoners en het aantal "ingeschreven verzekerden" binnen deze postcodelijst.

Wijzigingen per 1 januari 2021

Met ingang van 1 januari 2021 zijn een aantal wijzigingen in het beleid doorgevoerd. Deze worden hieronder nader toegelicht:

1. KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens
2. Vaccinatie op eigen verzoek
3. SCEN op de Waddeneilanden
4. Aanscherping toelichting M&I-prestaties
5. Informatieverstrekking
6. Huisartsenzorg aan tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten

KNMG-richtlijn

Per 2020 is de KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens geactualiseerd. In de laatst herziene versie zijn ook de inhoudelijke bepalingen uit de KNMG-richtlijn Online arts-patiënt contact opgenomen. Dit betekent dat de KNMG-richtlijn Online arts-patiënt contact daarmee is komen te vervallen. De voorwaarden voor online arts-patiënt contact zijn daarbij inhoudelijk niet fundamenteel gewijzigd en staan nu in de KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens (2020), par. 1.5. De verwijzing in de regelgeving is om die reden vervangen door de KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens.

Vaccinatie op eigen verzoek

Voor het vaccineren op eigen verzoek van de patiënt is een nieuwe prestatie opgenomen (ter onderscheid van de bestaande prestatie vaccinatie regulier). Het vaccineren op eigen verzoek van een patiënt kost een huisarts niet meer tijd dan het vaccineren van een patiënt met een medische indicatie. De hoogte van het tarief van een vaccinatie op eigen verzoek behoeft de huisarts dan ook alleen een compensatie te bieden voor de extra administratietijd die hiermee gemoeid is ten opzichte van de vaccinatie op medische indicatie. Bij de tariefbepaling is daarvoor aangesloten bij de tariefhoogte van het passantentarief tot 5 minuten. De prestatie vaccinatie op eigen verzoek komt voor eigen rekening van de patiënt en geldt niet voor de griepvaccinatie op eigen verzoek (vrij tarief) en voor de reizigersadviesing en -vaccinatie (eveneens een vrij tarief) alsmede de reguliere vaccinaties (op medische indicatie).

SCEN op de Waddeneilanden

Voor de uitvoering van een SCEN op de Waddeneilanden is een nieuwe prestatie opgenomen. Daarmee geldt de regeling voor alle zorgverzekeraars en voor alle Waddeneilanden. De hoogte van het tarief is vastgesteld op 2 keer het reguliere SCEN-tarief. Aanleiding vormt de extra reistijd die een SCEN op de Waddeneilanden vergt omdat de SCEN-arts veelal vanaf het vaste land moet komen. Hoewel het, mede vanwege de vereiste onafhankelijkheid, niet snel zal voorkomen, is het niet de bedoeling dat een op de Waddeneilanden wonende SCEN-arts het hogere Wadden-tarief kan declareren. Om die reden is de voorwaarde opgenomen dat de prestatie SCEN op de Waddeneilanden alleen in rekening kan worden gebracht als de SCEN-arts niet op hetzelfde eiland woont als de behandelend (huis)arts van de patiënt.

Aanscherping toelichting M&I-prestaties

Sterilisatie van de man

Volgens de richtlijnen urologie is het minimum van een spermaonderzoek eenmaal. Een herhaling van het spermaonderzoek is alleen benodigd wanneer er nog levende zaadcellen aanwezig zijn. Herhaling is dus geen noodzaak, terwijl de tekst van de beleidsregel anders deed vermoeden. Om die reden is in de omschrijving van de M&I-prestatie aangehaakt bij de meest recente richtlijnen.

Compressietherapie bij ulcus cruris

In de prestatiebeschrijving was niet expliciet helder gemaakt of de bijbehorende verbandmiddelen onderdeel zijn van de te declareren verrichting. Hierover bestond de afgelopen periode dan ook enige discussie. Navraag onder de zorgverzekeraars heeft geleerd dat de kosten van verbandmiddelen niet in de vergoeding van de prestatie zitten verdisconteerd. De apotheek levert dit. Om hierin helderheid te verschaffen is in de omschrijving van de M&I-prestatie expliciet opgenomen dat de verbandmiddelen geen onderdeel uitmaken van de prestatie.

Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting

In de NHG-standaard staat in de praktische handleiding dat voor het diagnosticeren van een verhoogde bloeddruk altijd een ambulante meting wordt geadviseerd. Hiervoor is een 24-uursmeting de eerste keus en de geprotocolleerde thuismeting tweede keus. Indien die niet haalbaar zijn, kan de huisarts een bloeddrukmeting van 30 minuten op de praktijk overwegen. De huidige prestatiebeschrijving maakt alleen de declaratie van een 24-uursmeting mogelijk. Een 30 minuten-meting valt niet onder de huidige prestatiebeschrijving. Om die reden is aan de prestatiebeschrijving toegevoegd dat ook een 30 minuten-meting met de prestatie in rekening kan worden gebracht, indien hiervoor een (tarief)overeenkomst met de zorgverzekeraar is afgesloten.

Informatieverstrekking

Voor het verstrekken van informatie is een nieuwe prestatie opgenomen ter vervanging van de twee bestaande prestaties met een maximumtarief, per verrichting. Het zijn per definitie niet basis-verzekerde prestaties waarvoor de huisarts een rekening kan sturen aan de aanvrager (al dan niet via de patiënt). De prestatie die de werkelijk bestede tijd aan de informatieverstrekking declarabel maakt in tijdseenheden van 5 minuten vindt veelal plaats voor niet-ingeschreven patiënten. Daarom is een koppeling gemaakt met het tarief voor consulten tot 5 minuten voor passanten.

Huisartsenzorg aan tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten

Voor de huisartsenzorg aan tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (zvw) verplicht verzekerd zijn, is een nieuwe prestatie opgenomen. Voor deze afgebakende groep is voor het verrichtingentarief voor consulten en visites aangesloten bij de hoogte van het (passanten)tarief voor gemoedsbezwaarden. De hoogte van het tarief biedt daarmee compensatie voor de extra administratieve handelingen die vereist zijn net als die voor de declaratie aan gemoedsbezwaarden. Niet in Nederland verzekerde (tijdelijk hier verblijvende) buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zvw verplicht verzekerd zijn krijgen dan alleen een rekening als er ook daadwerkelijk zorg is geleverd. Dit voorkomt moeilijke discussies over het wel/niet terecht declareren van zorg en vermindert het debiteurenrisico.

Qua zorglevering en extra administratieve handelingen zijn tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse toeristen als patiëntengroep hiermee vergelijkbaar. Daarom zijn die ook onder deze nieuwe prestatie geschaard. Aan de prestatie passantentarief is om die reden de beperkende declaratievoorwaarde gekoppeld dat deze alleen in rekening is te brengen voor incidentele en acute hulpverlening aan niet bij de huisarts ingeschreven verzekerden die bij of krachtens de Zvw verplicht verzekerd zijn (ofwel een Nederlandse zorgverzekering hebben).

Voor de tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die bij of krachtens de Zvw

verplicht verzekerd zijn (ofwel een Nederlandse zorgverzekering hebben) blijft de declaratie van het inschrijf- en consulttarief voorhanden.

Coronacrisis

Met ingang van 1 maart 2020 zijn een aantal beleidswijzigingen doorgevoerd als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus en de financiële impact hiervan op de huisartsenpraktijk. De beleidswijzigingen betreffen:

- Het declarabel maken van de prestatie intensieve zorg voor een huisbezoek bij patiënten met (vermoedelijke) besmetting met het SARS-CoV-2 virus;
- Introductie van de prestatie Moduletarium 'Incidentele compensatie meerkosten en omzetsderving als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus' waarmee huisartsen in het tweede kwartaal 2020 via een opslag op het inschrijftarief een eenmalige vergoeding krijgen voor de extra kosten en omzetsderving als gevolg van de noodzakelijk te treffen voorzieningen;
- Het declarabel maken van de opslag van maximaal € 15,- bovenop het reguliere maximum ANW-uurtarief als gevolg van de extra inzet van huisartsen die participeren in een huisartsendienstenstructuur (hds) door de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus in de ANW-uren bovenop het basisrooster.
- Het declarabel maken van meerkosten voor aanvullende daglocaties als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus

De basis voor deze beleidsaanpassingen is het akkoord dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben ondertekend op DATUM. Dit akkoord beschrijft een pakket aan tijdelijke maatregelen in het kader van de bestrijding van het SARS-CoV-2 virus. Dit pakket aan maatregelen moet financiële rust brengen aan huisartsenpraktijken, huisartsenposten en samenwerkingsverbanden zodat zij zich de komende periode kunnen concentreren op de organisatie van de noodzakelijke zorg.

Op het moment van ingang van dit pakket aan tijdelijke maatregelen is nog geen zicht op de werkelijke omvang van meerkosten en omzetsderving voor huisartsenpraktijken, huisartsenposten en samenwerkingsverbanden als gevolg van de coronauitbraak. Ook is nog geen zicht in de landelijke variëteit in deze meerkosten en omzetsderving. Gedurende het tweede kwartaal 2020 zetten LHV, InEen, VPH, ZN en de NZa zich in om dit inzicht te krijgen. De productieveranderingen in Q2 worden gemonitord via Vektis-declaraties en daarnaast wordt gewerkt aan een aanvullende onderbouwing van de meerkosten die nu ex ante zijn geraamd. Op basis van de Vektis-data over Q2, de nadere onderbouwing van de extra kosten en de dan bestaande verwachtingen voor het verdere verloop van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus, bespreken partijen of voor Q3 opnieuw de vaststelling van een moduletarium 'Incidentele compensatie meerkosten en omzetsderving als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus' nodig is. Het eventuele tarief voor Q3 wordt dan dus opnieuw berekend op basis van de aanvullende informatie zoals hierboven beschreven.

Wijzigingen per 1 januari 2020

Met ingang van 1 januari 2020 zijn een aantal wijzigingen in het beleid doorgevoerd. Deze worden hieronder nader toegelicht in paragraaf 1 en 2. Daarbij worden ook de belangrijkste wijzigingen in het beleid dat sinds 2018 is doorgevoerd nogmaals uiteengezet in paragrafen 3 tot en met 6. Paragraaf 7 beschrijft centraal de mogelijkheden van bekostiging van inzet van e-

health in de huisartsenpraktijk. Paragraaf 8 geeft een nadere toelichting op specifieke artikelen uit deze beleidsregel.

1. Herijking SCEN-tarief:

De prestatie SCEN betreft steun en consultatie bij euthanasie aan de patiënt en diens behandelend arts. De prestatie mag gedeclareerd worden als het gaat om een niet bij de huisarts ingeschreven patiënt en om een verzoek van diens behandelend arts. Onder de prestatie wordt het totaal aan activiteiten van de SCEN-arts begrepen naar aanleiding van een steun/consultatieverzoek, waaronder:

- het overleggen met de behandelaar plus het bestuderen van het medisch dossier ten behoeve van de SCEN;
- het afleggen van de visites bij de patiënt en diens omgeving;
- de verslaglegging ten behoeve van de behandelaar;
- het afsluitend overleg met de behandelaar voor onder meer bespreking van het verslag. Met de bespreking van het verslag wordt de SCEN afgesloten.

Per 2020 is het tarief voor de prestatie SCEN herijkt. Aanleiding vormt de meest recente KNMG-Spiegelinformatie voor scen-artsen waaruit blijkt dat de gemiddelde SCEN-consultatie aanzienlijk meer tijd kost dan waarvan bij vorige tariefonderbouwing is uitgegaan.

2. Deelname programma OPEN

Per 1 juli 2020 is het wettelijk verplicht om patiënten elektronisch toegang te geven tot de eigen medische gegevens. In de huisartsenzorg is hiervoor het 4-jarig programma Online Patiëntinzage Eerstelijnszorg Nederland (OPEN) opgericht voor het ontsluiten van patiëntgegevens. Huisartsen en andere zorgverleners uit de gecontracteerde programmatische ketenzorg, vertegenwoordigd in een regionale coalitie onder regie van een huisartsenorganisatie, wordt het hiermee mogelijk gemaakt om iedere inwoner in Nederland die dat wil veilig, betrouwbaar en zonder kosten, digitaal en gestandaardiseerd te kunnen laten beschikken over de eigen gezondheidsgegevens. Voor de financiering hiervan zijn in het Hoofdlijnenakkoord afspraken gemaakt dat € 75 miljoen beschikbaar wordt gesteld. Hiervan is € 47,45 miljoen gereserveerd voor een tegemoetkoming voor de extra tijd en inspanning die van de huisartsen wordt gevraagd. VWS hevelt deze laatstgenoemde middelen over naar het macrokader huisartsenzorg. De financiële middelen worden daarbij voor een periode van maximaal 3 jaar ter beschikking gesteld. Hiermee wordt het onderdeel van de reguliere huisartsenbekostiging. In de beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorgverlening 2020 wordt hiervoor een nieuwe prestatie 'deelname programma OPEN' opgenomen, die afhankelijk van het soort patiënt, op twee verschillende wijzen in rekening kan worden gebracht:

- i) als opslag op het inschrijftarief per op naam van de huisarts ingeschreven verzekerde patiënt;
- ii) als opslag op het consulttarief gemoedsbezwaarde.

Het tarief mag in de periode 2020-2022 voor alle op het moment van declareren ingeschreven verzekerde patiënten eenmalig in rekening worden gebracht. Aan de declaratie zitten voorwaarden gekoppeld, welke in de beleidsregel nader staan omschreven. Om aan te tonen dat aan de gestelde voorwaarden wordt voldaan wordt daarbij van huisartsen verwacht dat ze op het deelnemersformulier voor de regionale coalitie doorgeven dat ze in verband met de facturatie toestemming geven voor het doorgeven van hun gegevens (naam, AGB, welk HIS) aan de zorgverzekeraar. Daarnaast geeft OPEN aan de zorgverzekeraar door welke HIS'en beschikken over de functionaliteit voor het bieden van online toegang tot gezondheidsgegevens voor patiënten. De zorgverzekeraar weet daarmee of de huisarts deelnemer is aan een regionale coalitie en of het HIS dat gebruikt wordt geschikt is voor het bieden van online toegang.

3. Herijking postcodelijst achterstandsproblematiek:

Met ingang van 2019 is de postcodelijst die de opslag op het inschrijftarief voor achterstandsproblematiek bepaald herijkt.

De bekostiging voor huisartsenzorg (en verloskundige zorg) kent een systematiek waarbij aanvullende middelen beschikbaar worden gesteld voor praktijken met inwoners woonachtig in gebieden met relatief hoge achterstandsproblematiek. Deze gebieden worden beschreven op basis van een postcodelijst. De laatste herijking van deze lijst vond plaats in 2012 op basis van onderzoek door Nivel, die zich op zijn beurt baseerde op gegevens die door het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) worden geregistreerd.

De NZa heeft de postcodelijst met ingang van 2019 herijkt en heeft hiervoor het onderzoek dat voorheen door Nivel werd uitgevoerd nu zelf ter hand genomen. De opzet van het onderzoek was hierbij gelijk. Op basis van door CBS geregistreerde gegevens werd bekeken welke postcodegebieden het hoogst scoren op elementen die achterstandsproblematiek voorspellen. Hierbij werd dan gekeken naar parameters die voor zorgaanbieders een hoger dan gemiddelde tijdsinvestering per patiënt in zich dragen en waarvoor de “reguliere” bekostigingssystematiek niet of niet geheel compenseert.

De postcodelijst volgend uit het Nivel-onderzoek die vanaf 2012 vigeerde was gebaseerd op een analyse waarbij 4 door het CBS landelijk geregistreerde parameters benaderen binnen welke postcodes de achterstandsproblematiek zich het sterkst concentreert. Deze parameters wegen ieder voor 25% mee.

- Aandeel niet westers allochtoon (NWA)
- Aandeel laag inkomen
- Aandeel niet-actieven (zijnde niet-studenten)
- Omgevingsadressendichtheid (OAD).

Deze parameters en de bijbehorende weging zijn destijds gekozen met instemming van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De postcodegebieden die op de combinatie van deze parameters het zwaarst scoren vormen de postcodelijst, waarbij een “afkappunt” is gehanteerd van 5% van de totale bevolking.

Nu de postcodelijst werd geactualiseerd, werd de keuze voor de parameters die leiden tot de postcodelijst nogmaals tegen het licht gehouden. De afgelopen periode bereikten de NZa meerdere signalen dat de keuze voor de parameters die nu leiden tot de postcodelijst in sommige gevallen ongewenste effecten heeft. Met name de parameter “omgevingsadressendichtheid”, die de mate van stedelijkheid/dichtbebouwdheid beschrijft, kan als effect hebben wijken met een relatief grote achterstandsproblematiek niet zijn opgenomen in de postcodelijst. Bijvoorbeeld omdat er zich een groot park in de wijk bevindt, waardoor de wijk relatief laag scoort op de parameter “omgevingsadressendichtheid”.

In overleg met de klankbordgroep bij het onderzoek, bestaande uit onder meer LHV, VPH, Ineen, Achterstandsfondsen, SAG en ZN, werd daarom verkend of andere “scenario’s” mogelijk zijn om te komen tot een postcodelijst die achterstandsproblematiek beter beschrijft dan nu het geval is. Hierbij werd gekeken naar de mogelijkheden en effecten van het toevoegen van aanvullende parameters en het verwijderen van de parameter “omgevingsadressendichtheid”. Na consultatie met de zorgaanbieders heeft dit uiteindelijk geleid tot de keuze om de parameter “omgevingsadressendichtheid” te laten vervallen en geen nieuwe parameters toe te voegen. De resterende drie parameters wegen ieder voor 33% mee.

Toevoegen “MOE-landen”

De parameter “aandeel inwoners met niet-westerse migratieachtergrond” beschrijft voornamelijk een hogere ervaren zorgzwaarte voor de zorgaanbieder als gevolg van het verminderde begrip van Nederlandse taal en/of het Nederlandse (zorg)systeem. De leden van de klankbordgroep deelden de mening dat dit in vergelijkbare mate het geval is bij inwoners met Midden- en Oost-Europese migratieachtergrond (MOE-landen), die de afgelopen jaren in toegenomen mate in Nederland zijn gevestigd. Dit is een parameter die op basis van CBS-data goed in kaart te brengen is op postcodeniveau. De parameter “aandeel inwoners met niet-westerse migratieachtergrond” is daarmee verruimd tot de parameter “aandeel inwoners met niet-Westerse of Midden- en Oost-Europese migratieachtergrond”.

Detailering postcodelijst

De postcodelijst die tot en met 2018 van kracht was, werd veelal weergegeven op 5-cijferig postcodeniveau. De achterliggende parameters die leidden tot deze postcodelijst werden door het CBS ten tijde van het onderzoek dat door Nivel is uitgevoerd veelal ook op dit niveau, of zelfs op 4-cijferig postcodeniveau geregistreerd. Inmiddels is deze registratie sterk verbeterd/verfijnd. Veel van de parameters zijn bekend op 6-cijferig postcodeniveau. Dat leidt tot een gedetailleerder beeld van achterstandsproblematiek dan voorheen mogelijk was. Het leidt ook tot de mogelijkheid om op 6-cijferig postcodeniveau een zinvol beeld van achterstandsproblematiek te geven.

De klankbordgroep was unaniem van oordeel dat het een sterke verbetering was van de bekostigingssystematiek als deze grotere detailering doorgevoerd werd in de postcodelijst. In alle scenario's werd deze mate van detailering daarom doorgevoerd. Daar waar tot en met 2018 hele buurten of wijken “wel” of “niet” als achterstandsgebied geormerkt werden, kon dit nu vrijwel op “straat”-niveau.

Verruiming geïnccludeerde inwoners

VWS heeft op basis van het akkoord met de huisartsen structureel 11,8 miljoen euro ter beschikking gesteld voor verruiming van de postcodelijst. De postcodelijst die met ingang van 2019 van kracht is, includeert daarmee 1,5 miljoen inwoners, in plaats van de 924.000 inwoners die tot en met 2018 geïnccludeerd werden.

4. Overige wijzigingen 2019

Naast de herijking van de postcodelijst zijn nog een aantal kleinere wijzigingen in het beleid 2019 doorgevoerd

4.1 Passanten

De declaratiemogelijkheden voor het passantentarief zijn verruimd. Tot en met 2018 was de voorwaarde van kracht dat voor patiënten woonachtig in dezelfde gemeente waarin de huisarts is gevestigd het passantentarief niet in rekening kon worden gebracht. Dit vanuit het uitgangspunt dat de patiënt in de basis door zijn eigen huisarts wordt behandeld. Omdat gemeenten groter zijn geworden ontstonden echter in de praktijk steeds meer gevallen waarbij de huisarts benaderd wordt voor een acute en incidentele hulpvraag, waarbij doorverwijzing naar de “eigen” huisarts praktisch niet mogelijk was. Voor deze gevallen is het vanaf 2019 mogelijk om het passantentarief in rekening te brengen. Het blijft uitdrukkelijk een betaaltitel voor acute en incidentele hulpverlening aan niet ingeschreven patiënten, die enkel te declareren is indien de huisarts redelijkerwijs niet in staat is om de patiënt door te verwijzen naar de huisarts waar de patiënt is ingeschreven.

4.2 Consult tot 5 minuten

Tot en met 2018 bestonden naast de reguliere consulten (lang/kort) separate prestaties voor telefonisch en e-mail consult. Uitgangspunt daarbij was dat dit vooral korte patiëntcontacten zijn, welke tegen de helft van het tarief van een regulier consult worden gedeclareerd. Bij deze prestaties stond echter het “middel” centraal voor declaratie, in tegenstelling tot de inhoud van de werkzaamheden en/of de werkelijk bestede tijd zoals bij de overige prestaties.

Recente signalen (onder meer onderzoek door Nictiz) wezen erop dat specifiek emailcontact minder in de praktijk wordt ingezet als vervanging van een consult dan mogelijk zou zijn. Het feit dat hier slechts een half consult voor in rekening kan worden gebracht, ook bij uitgebreide vraagbeantwoording en tijdbesteding was hier één van de aangedragen oorzaken.

Om dit te ondervangen zijn met ingang van 2019 de prestaties telefonisch consult regulier en emailconsult uit de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg geschrapt. Daarvoor in de plaats is een nieuwe declaratietitel ‘consult regulier korter dan 5 minuten’ geïntroduceerd. Het tarief voor deze prestatie is gelijk aan dat van een telefonisch of emailconsult regulier. Korte telefonische contacten of e-mailcontacten behouden daarmee hetzelfde tarief, langere telefonische/email contacten komen in aanmerking voor “consult” of “lang consult”. Korte (minder dan 5 minuten) face-to-face-patiëntcontacten die tot en met 2018 als regulier consult werden gedeclareerd, kunnen per 2019 in rekening worden gebracht als “kort consult”.

4.3 M&I-verrichtingen

In de beleidsregels tot en met 2018 stond de volgende passage opgenomen voor huisartsenzorg in het kader van de verrichtingenlijst M&I:

Voor huisartsenzorg in het kader van de verrichtingenlijst M&I mogen naast de daarvoor vastgestelde verrichtingen geen andere verrichtingen in rekening worden gebracht, tenzij expliciet contractueel overeengekomen.

De interpretatie van deze passage zorgde in de praktijk voor onduidelijkheid die tot vragen en interpretatieverschillen leidde. Vanaf 2019 is in de beleidsregel expliciet opgenomen dat het tarief voor de M&I-verrichting enkel de daadwerkelijke handelingen beschrijft waarvoor de huisarts de patiënt voorheen voor naar de tweede lijn verwees. De handelingen die hieraan voorafgaan (inventarisatie van klachten etc.) kunnen separaat in rekening worden gebracht als separaat consult. In die gevallen dat de patiënt feitelijk alleen voor het uitvoeren van een M&I-verrichting op de praktijk van de huisarts komt, en er dus geen tijdsinvestering is gemoeid met de consultatie van de patiënt, kan er slechts sprake zijn van een enkele declaratie van de M&I-verrichting. De declaratie van een aanvullend consult is dan niet mogelijk. Zorgverzekeraars kunnen per 2019 in de tariefstelling van de M&I-verrichtingen rekening houden met de verruimde mogelijkheid tot declaratie van consulten.

4.4 Keuringen/onderzoek

Tot en met 2018 bestond een uitgebreide lijst met prestaties en bijbehorende tarieven die keuringen en onderzoek beschreven. Denk hierbij aan rijbewijskeuringen en bedrijfsgeneeskundig onderzoek. Het betreft in alle gevallen niet-basisverzekerde zorg die door de patiënt zelf wordt aangevraagd en vergoed. De tariefonderbouwing van deze prestaties was al vele jaren niet herzien, en we ontvingen signalen dat ook de prestatiebeschrijvingen zelf niet voldoende onderscheidend waren. Om dit te ondervangen is met ingang van 2019 de gehele lijst van keuringen/onderzoek vervangen door één prestatie, die de werkelijk bestede tijd aan keuringen en onderzoek declarabel maakt in tijdseenheden van 5 minuten. Keuringen en onderzoek vinden veelal plaats voor niet-ingeschreven patiënten. Daarom is een koppeling gemaakt met het tarief voor consulten tot 5 minuten voor passanten.

4.5 Schriftelijke informatieverstrekking

Voor "informatieverstrekking" worden twee prestaties onderscheiden, met een maximumtarief per verrichting: telefonische en schriftelijke informatieverstrekking. Het zijn per definitie niet basis-verzekerde prestaties waarvoor de huisarts een rekening kan sturen aan de aanvrager (al dan niet via de patiënt). Het tarief voor informatieverstrekking kon tot en met 2018 alleen in rekening worden gebracht indien de vragen schriftelijk zijn gesteld door een bedrijfsarts of verzekeringsarts.

De LHV signaleerde dat huisartsen steeds vaker geconfronteerd worden met vragen vanuit bijvoorbeeld politie of letselschadeadvocaten. De beperkende voorwaarden die tot en met 2018 werden gesteld aan de declaratie van de prestatie "informatieverzoek" maakten het formeel niet mogelijk om hiervoor een declaratie te zenden. Dit leidde in de praktijk tot onduidelijkheid.

Om dit te ondervangen zijn de voorwaarden bij deze prestaties aangepast. Bepalend voor de declaratie is per 2019 of de vragen zijn gesteld in het kader van uitvoering door derden van zorg/dienstverlening vanuit Zvw, WLZ, WMO, Jeugdwet of vormen van wetgeving van waaruit de huisarts zijn medewerking vanuit zijn beroepsuitoefening heeft te verlenen. Indien dit het geval is, dan is een vergoeding voor de informatieverstrekking (schriftelijk of telefonisch) al verdisconteerd in de declaratie van het reguliere inschrijf- en/of consulttarief. Is daar echter geen sprake van en staat het informatieverzoek niet in het kader van zorg/dienstverlening zoals geregeld in Zvw/WLZ/WMO/Jeugdwet, dan is vanaf 2019 een declaratietitel voorhanden.

5. Herijking tariefonderbouwing 2018

In het verantwoordingsdocument (bijlage 3 bij deze beleidsregel) is beschreven dat de NZa met ingang van 2018 een tariefonderbouwing hanteert voor de huisartsenzorg, gebaseerd op het kostenonderzoek dat de NZa heeft laten uitvoeren met als onderzoeksjaar 2015. De resultaten van dit onderzoek treft u aan in een separaat gepubliceerd Feitenrapport praktijkkostenonderzoek huisartsen 2015. De resultaten uit dit onderzoek vormen de basis voor de onderbouwing van de tarieven zoals deze met ingang van 2018 vigeren. Hiermee wordt de onderbouwing van de tarieven op een zo actueel mogelijk niveau gebracht. Vanuit dit startpunt met de inzichten die de huidige meting opleveren, kan vervolgens de discussie worden aangegaan over de toekomstige doorontwikkeling. Een toelichting op de wijze waarop de resultaten van het onderzoek zijn gehanteerd om tot een tariefherijking te komen treft u aan in bijlage 3, het verantwoordingsdocument.

Uit het onderzoek bleek onder meer dat een substantieel deel van de relevante inkomsten in 2015 afkomstig was van niet-tariefgereguleerde activiteiten. Het gaat om prestaties waar partijen vrij zijn een prijs af te spreken, bijvoorbeeld de prestaties geïntegreerde zorg (keten-dbc's). Dit vrije deel betrof 22,74% van de inkomsten. Het is naar de mening van de NZa dan onredelijk om het gehele gemeten kostenbedrag als grondslag te nemen voor de gereguleerde tarieven. Om het deel te bepalen dat wel als grondslag genomen zou worden, heeft de NZa gekozen om conform de systematiek in voorgaande jaren aan te sluiten bij de gemeten inkomstenverhouding: 77,26-22,74. Kern van deze systematiek is dat de NZa van de relevante kosten (arbeidskosten en praktijkkosten) 77,26% toerekent aan de activiteiten waarvan de NZa de tarieven moet vaststellen.

Met andere woorden, de door de NZa gereguleerde tarieven zijn zo berekend dat zij 77,26% van de kosten van een gemiddelde praktijk dekken, bij een gemiddelde productie in het tariefgereguleerde segment.

Met het toerekenen vanaf 2014 van 77% van de gemeten totale kosten aan tariefgeruleerde activiteiten, rekent de NZa conform voorgaande jaren impliciet ook 23% van de kosten toe aan de activiteiten met vrije tarieven.

Continuering regelgeving poh-ggz

Met het in 2017 uitgevoerde kostenonderzoek (onderzoeksjaar 2015) is getracht de gemiddelde kosten poh-ggz in kaart te brengen. Het doel was om deze kosten als uitgangspunt te nemen voor het tarief dat met ingang van 2018 ook zonder contractuele relatie in rekening kan worden gebracht. Het is vanwege de grote spreiding in zowel de mate waarin de poh-ggz werd ingezet in 2015 als de spreiding in opgegeven kosten van de poh-ggz echter niet mogelijk een passend gemiddeld kostenniveau te bepalen. Er is om deze reden voor gekozen de regelgeving poh-ggz uit 2017 te continueren in 2018.

6. Herijking opslagen inschrijftarief

Het inschrijftarief dat een huisarts in rekening kan brengen kent al vele jaren een differentiatie op basis van leeftijdsgroepen en opslagwijk. Achterliggende gedachte hierbij is dat een huisarts meer indirecte tijd kwijt is aan patiënten met een hogere leeftijd en patiënten woonachtig in opslagwijken. Deze indirecte tijd komt niet tot uiting in de declaratie van meer consulten, en de huisarts wordt hiervoor gecompenseerd via een opslag op het inschrijftarief. De opslagfactoren voor deze patiëntcategorieën zijn echter al vele jaren gelijk en lang niet onderzocht.

Vanuit de breed gedragen wens om de bekostiging beter te laten aansluiten op de ervaren zorgzwaarte van de populatie is NIVEL gevraagd onderzoek te doen naar de ervaren zorgzwaarte van specifieke patiëntcategorieën. De resultaten van dit onderzoek zijn reeds eerder door de NZa vastgesteld en gepubliceerd¹.

Een belangrijke conclusie uit het onderzoek is dat leeftijd verreweg de belangrijkste en meest voorspellende drager is voor ervaren zorgzwaarte. Overige kenmerken uit het NIVEL-onderzoek voorspellen in mindere mate ook zorgzwaarte, maar zijn minder goed in de bestaande bekostigingssystematiek in te passen zonder het geheel te complex te maken.

De tweede belangrijke conclusie uit het NIVEL-onderzoek is dat de huidige waardering van de bestaande opslagen niet goed aansluit bij de werkelijk ervaren zorgzwaarte. Aanpassing van de opslagen voor leeftijd op basis van gemeten zorgzwaarte laat het bekostigingsmodel beter aansluiten bij ervaren zorgzwaarte zonder de bekostigingssystematiek zelf verder te compliceren.

Met ingang van 2018 zijn de bestaande opslagen op het inschrijftarief gebaseerd op leeftijd daarom herijkt. Voor de berekening van de nieuwe inschrijftarieven is gebruik gemaakt van het zorgzwaarte model zoals gehanteerd door NIVEL. De methodiek is in het verantwoordingsdocument (bijlage 3) uiteengezet. Er wordt een aanvullende opslag voor patiënten in de leeftijdscategorie 85+ toegevoegd waar ook een relatief hoge opslag aan wordt toegekend.

In de basis is hier sprake van een macroneutrale herverdeling. De verhoogde opslag voor patiënten in de leeftijdscategorie leidt tot een verlaging van de opslag voor patiënten in de leeftijdscategorie 65-75, waar op basis van het onderzoek een minder hoge zorgzwaarte wordt gemeten dan de opslagen tot nu toe weergaven.

¹ NIVEL: "Scenario's voor de differentiatie van het inschrijftarief huisartsenzorg op basis van zorgzwaarte", 2016

Het model van NIVEL biedt niet voldoende houvast om ook de definitie voor de opslagwijken te herzien. Uit een impactanalyse die de effecten van de herijking van de leeftijdsopslagen weergeven blijkt wel dat de huidige opslagwijken hiervan negatieve effecten ondervinden omdat de leeftijdsopbouw van de populatie structureel afwijkt van het landelijk gemiddelde. De NZa heeft besloten dat het redelijk is om de opslagwijken voor deze effecten te compenseren door middel van een opslag op de factoren voor opslagwijk. Uit dezelfde impactanalyse is gebleken dat een aanvullende macro-investering van € 10 miljoen praktijken met een groot aandeel patiënten in opslagwijken niet alleen compenseert voor de negatieve effecten van de herijking van de leeftijdsfactoren, maar deze ombuigt in een positief effect op de inkomsten van vrijwel al deze praktijken. Deze investering komt ten laste van de macrobeschikbare groeiruumte binnen het Kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.