

BELEIDSREGEL BR/CU - 7003

HUISARTSENDIENSTENSTRUCTUUR

Ingevolge artikel 57, eerste lid, aanhef en onder b en c, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

Kenmerk
10D0045781

Ingevolge artikel 57, vijfde lid, Wmg, worden de tarieven en prestatiebeschrijvingen die uit de voorliggende beleidsregel voortvloeien, ambtshalve door de NZa vastgesteld.

1. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op geneeskundige zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet (Zvw) zoals huisartsen die plegen te bieden (huisartsenzorg), verleend in een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband, opgericht ten behoeve van spoedeisende huisartsenzorg in avond, nacht en weekend.

2. Doel van de beleidsregel

Het doel van deze beleidsregel is vastlegging van het beleid inzake de wijze waarop de diverse tarieven en prestatiebeschrijvingen voor spoedeisende huisartsenzorg in avond, nacht en weekend die huisartsendienstenstructuren (HDS) voor hun diensten in rekening mogen brengen, tot stand komen.

3. Prestatiebeschrijvingen

In het kader van deze beleidsregel worden de volgende prestatiebeschrijvingen onderscheiden:

- consult
- visite
- telefonisch consult

4. Budgetvaststelling

4.1 De hoogte van het budget van de HDS is het door de HDS en de zorgverzekeraar overeengekomen bedrag per inwoner maal het aantal inwoners in het adherente gebied van de HDS. Het afgesproken bedrag per inwoner bestaat uit de componenten basisbedrag, plus – indien de HDS daarvoor in aanmerking komt – de module platteland, en/of de module zorgconsumptie en/of de plusmodule.

4.2 Het beschikbare bedrag per inwoner bedraagt maximaal:

- a) basisbedrag van € 10,92*;
- b) module platteland van € 2,73*;
- c) module zorgconsumptie van € 2,18*.

* Het betreft bedragen op definitief niveau 2010. De aanpassing van deze bedragen van niveau t naar niveau t+1 gebeurt op basis van de mutatie van het inkomensbestanddeel (wegingsfactor 0,38), het personeelskostenbestanddeel (wegingsfactor 0,31) en het overige kostenbestanddeel (wegingsfactor 0,31). De desbetreffende mutatiepercentages worden jaarlijks berekend in de beleidsregel indexering.

ad b) Een HDS in een plattelandsgebied kan in aanmerking komen voor de module platteland. De plattelandsfactor van de HDS bepaalt de maximale hoogte van de module platteland per HDS. De NZa berekent voor elke HDS de plattelandsfactor.

Kenmerk
10D0045781

Pagina
2 van 10

Dit betreft het aantal inwoners in het werkgebied van de HDS dat op het platteland woonachtig is, uitgedrukt in een percentage van het totaal aantal inwoners in het werkgebied van de HDS. Woonkernen met meer dan 70.000 inwoners worden aangewezen als stedelijk, de overige kernen als platteland. Voor de bepaling van de grootte van de stadskernen wordt gebruikt gemaakt van gegevens van het CBS.

ad c) De NZa berekent, op basis van de ingediende productieramingen voor elke HDS de hoogte van de zorgconsumptie (aantal consulteenheden per inwoner). Het aantal consulteenheden wordt daarbij vastgesteld op basis van 0,5 maal het aantal telefonische consulten plus 1,0 maal het aantal consulten plus 1,5 maal het aantal visites.

Een HDS met een zorgconsumptie van minder dan 14 consulteenheden per 100 inwoners komt niet in aanmerking voor de module zorgconsumptie. Een HDS met een zorgconsumptie van meer dan 27 consulteenheden per 100 inwoners komt in aanmerking voor de maximale module zorgconsumptie. Voor de HDS met een zorgconsumptie tussen de 14 en 27 consulteenheden per 100 inwoners geldt een proportioneel berekende maximale toeslag.

Indien in het begin van het jaar t blijkt dat het volume verkeer is ingeschat, kunnen de HDS en zorgverzekeraar tot 15 juni van het jaar t een nieuw vast tarief aanvragen op basis van de gewijzigde productie. Uiterlijk 1 juli van het jaar t zal een nieuwe tariefbeschikking worden afgegeven op basis van de gewijzigde productie. Deze aanpassing zal niet met terugwerkende kracht worden doorgevoerd.

ad b en c) Een HDS met een aantal begrote huisartsenuren van meer dan 450 uur per jaar (exclusief uren achterwacht) per aangesloten huisarts (op basis van aantal normpraktijken), komt niet in aanmerking voor de module platteland en module zorgconsumptie.

4.3 Van het beschikbare bedrag per inwoner, zoals berekend is onder artikel 4.2, is 90% vast beschikbaar voor de HDS. Daarnaast kan het bedrag worden verhoogd tot maximaal 110% van het berekende beschikbare bedrag middels een plusmodule. De plusmodule vergroot de lokale regelruimte tussen zorgverzekeraar en HDS. Dit betekent dat naast projectmatige incidentele kwaliteitsslagen met de plusmodule ook aanvullende structurele kosten die voortvloeien uit bijvoorbeeld een productietoename als gevolg van substitutie van de 2^e naar de 1^e lijn kunnen worden opgevangen.

4.4 Het aantal inwoners in het adherente gebied van de HDS wordt door de HDS en zorgverzekeraar berekend op basis van postcodes. Daarbij dient een correctie op het aantal inwoners te worden toegepast in verband met:

- niet-deelnemende huisartsen in het werkgebied;
- partieel deelnemende huisartsen in het werkgebied;
- postcodegebieden waar meer dan één HDS actief is (correctie op inwoners die door andere HDS worden bediend);
- inwoners van AWBZ-instellingen of penitentiaire inrichtingen.

Het aantal inwoners kan op verzoek van de HDS en de zorgverzekeraar bij extreem veel passanten worden opgehoogd met de vakantiedruk. Er is sprake van extreem veel passanten indien gemiddeld op jaarbasis het inwoneraantal door vakantiedruk met 50% of meer stijgt. De vakantiedruk (uitgedrukt in inwoners per jaar) wordt berekend door het aantal vakantiegangers dat jaarlijks in het werkgebied van de HDS verblijft te vermenigvuldigen met de gemiddelde verblijfsduur (uitgedrukt in dagen) per vakantieganger en te delen door 365 dagen.

Kenmerk
10D0045781

Pagina
3 van 10

4.5 Voor een limitatief aantal grootschalige HDS'en in de dunst bevolkte gebieden knelt op grond van specifieke, vooral regionale, omstandigheden, de in artikel 4.1 tot en met 4.4 beschreven budgetsysteem. Het betreft de volgende huisartsenposten:

- Stichting Centrale Huisartsenpost Friesland
- Stichting Centrale Huisartsendienst Drenthe
- Stichting Dienstenstructuur IJssel-Vecht/Flevoland
- Coöperatieve Huisartsenorganisatie Kop van Noord-Holland
- Nucleus Huisartsenpost West BV
- Nucleus Huisartsenposten BV
- Stichting Huisartsengeneeskunde Zeeland

Voor bovengenoemde HDS'en geldt per 1 januari 2008 voor de vaststelling van het budget jaar t, in afwijking van hetgeen is beschreven in artikel 4.1 tot en met 4.4, ter overbrugging tot aan een nieuwe financieringsstructuur dat:

- Het door de NZa vastgestelde budget jaar t-1 te beschouwen is als 100% norm;
- Het door de NZa vastgestelde budget jaar t-1 het vertrekpunt is voor het lokale overleg tussen huisartsenpost en verzekeraar, maar geen trekkingsrecht vormt;
- Een plusmodule van maximaal 10% kan worden ingezet voor nader af te spreken innovaties.

4.6 Per 1 januari 2010 geldt voor de vaststelling van het budget jaar t, in aanvulling op hetgeen is beschreven in artikel 4.1 tot en met 4.5 en ter overbrugging tot aan een nieuwe prestatiebekostiging, dat het berekende budget van de HDS jaar t op basis van het ANW-uurtarief niveau 2009 zal worden opgehoogd met de benodigde extra honorariumkosten (aantal te leveren ANW-uren jaar t maal verhoging ANW-uurtarief ten bedrage van € 14,80 (niveau 2010)). Dit ter compensatie van het per 1 januari 2010 verhoogde ANW-uurtarief voor huisartsen.

4.7 Per 1 januari 2011 geldt voor de vaststelling van het budget jaar t, in aanvulling op hetgeen is beschreven in artikel 4.1 tot en met 4.6 en ter overbrugging tot aan een nieuwe prestatiebekostiging, dat het benodigde budget van de HDS jaar t het maximaal vast te stellen normeringsbudget (110%) kan overschrijden, indien wordt voldaan aan alle onderstaande voorwaarden:

- De HDS heeft een overeenkomst met SEH/ziekenhuizen zorgverzekeraar waarin de overheveling van de patiëntenstroom vanuit de 2^e lijn naar de 1^e lijn is vastgelegd.
- De HDS heeft geen andere optie om de extra patiëntenstroom (zelfverwijzers) op te vangen dan de inzet van aanvullende huisartsencapaciteit.
- De HDS kan in overleg met SEH/ziekenhuis aan de representatieve zorgverzekeraars aantonen dat de extra kosten die gemoeid zijn met de overheveling van de patiëntenstroom vanuit de 2^e lijn een minimaal gelijke besparing heeft op de kosten van zelfverwijzers in de 2^e lijn.

- De HDS heeft de eigen deelnemende huisartsen contractueel gebonden aan het aantal te leveren uren ANW-huisartsenzorg. Dit aantal dekt minimaal de ANW-zorg die aan de bij de deelnemende huisarts ingeschreven patiënten wordt geleverd en vertoont over de afgelopen jaren geen dalende trend. De aanvullend overeen te komen te leveren zorg betreft daarmee de aanvullende patiëntenstroom vanuit de 2^e lijn.
- De HDS heeft een overeenstemming met de representatieve zorgverzekeraars over het volume van en het tarief voor de aanvullend in te huren huisartsenzorg. Voor deze aanvullend in te huren huisartsenzorg kan een opslag overeengekomen worden van maximaal € 15 bovenop het vigerende ANW-uurtarief van € 65 (definitief niveau 2010). Een huisarts kan deze opslag enkel in rekening brengen indien de HDS hiertoe een overeenkomst heeft met de representatieve zorgverzekeraars betreffende het volume en het tarief.
- De representatieve zorgverzekeraars zien hierbij toe op de naleving van bovenstaande voorwaarden.

Kenmerk
10D0045781

Pagina
4 van 10

4.8 De HDS en zorgverzekeraar dienen jaarlijks gezamenlijk een nieuw tariefverzoek voor het jaar t in vóór 1 november van het jaar t-1. In het tariefverzoek zijn minimaal de volgende elementen opgenomen:

- het aantal aangesloten huisartsen (aantal normpraktijken en absoluut aantal);
- het adherente gebied van de HDS op basis van gemeenten en postcodes;
- het aantal inwoners in het adherente gebied plus correcties daarop;
- de eventueel overeengekomen modules platteland en zorgconsumptie;
- de eventueel overeengekomen plusmodule plus plan van aanpak;
- de productieraming in termen van aantal verwachte telefonische consulten, consulten en visites;
- het begrootte (reguliere) aantal actieve huisartsenuren en aantal achterwachturen;
- de eventuele overeenkomst met SEH/ziekenhuis en zorgverzekeraar waarin de overheveling van de patiëntenstroom vanuit 2^e lijn is vastgelegd;
- het eventuele begrootte aantal extra actieve huisartsenuren en het gehanteerde ANW-uurtarief ten behoeve van de opvang van de aanvullende patiëntenstroom vanuit 2^e lijn;
- de eventuele opgave van de extra kosten voor de HDS die gemoeid zijn met de overheveling van de patiëntenstroom vanuit de 2^e lijn;
- de eventuele opgave van de besparing op de kosten van zelfverwijzers in de 2^e lijn;
- het overeengekomen totale kostenbudget jaar t.

5. Tariefopbouw

5.1 Door de HDS kan van 18.00 uur tot 08.00 uur aan patiënten een vaste tariefcomponent per telefonisch consult, consult en visite worden gedeclareerd. Deze uren betreffen tevens de tijdsperiode tussen zaterdagmorgen 08.00 uur en zaterdagavond 18.00 uur en de tijdsperiode tussen zondagmorgen 08.00 uur en zondagavond 18.00 uur alsmede de tijdsperiode tussen 08.00 uur en 18.00 uur op algemene erkende feestdagen of gelijkgestelde dagen in de zin van de Algemene Termijnenwet.

5.2 De hoogte van de vaste tariefcomponent voor een telefonisch consult is € 25.

5.3 De hoogte van de vaste tariefcomponent per consulteenheid wordt als volgt berekend: Het totaal berekende budget van de HDS in jaar t wordt verminderd met het begrote aantal telefonische consulten in jaar t vermenigvuldigd met het afgeronde vaste tarief voor het telefonisch consult in jaar t (volgens artikel 5.2). Dit bedrag wordt gedeeld door het begrote aantal consulteenheden aan consulten en visites in jaar t. De uitkomst hiervan is de vaste tariefcomponent per consulteenheid die door de HDS aan patiënten gedeclareerd kan worden.

5.4 De hoogte van de vaste tariefcomponent is voor een consult 1,0 keer de vaste tariefcomponent per consulteenheid (volgens artikel 5.3).

5.5 De hoogte van de vaste tariefcomponent is voor een visite 1,5 keer de vaste tariefcomponent per consulteenheid (volgens artikel 5.3).

5.6 De hoogte van het maximum tarief voor contractueel overeengekomen huisartsenzorg aan patiënten in AWBZ-instellingen of penitentiaire inrichtingen is maximaal tweemaal de hoogte van de vaste tariefcomponent van een telefonisch consult, consult en visite (volgens artikel 5.2, artikel 5.4 en artikel 5.5 of maximaal tweemaal het maximale bedrag per inwoner (van een AWBZ-instelling of penitentiaire inrichting) per jaar, inclusief de modules platteland en zorgconsumptie (volgens artikel 4.2).

6. Nacalculatiesystematiek

2001-2002

6.1 Een over-/onderdekking van de aanvaardbare infrastructurele – en honorariumkosten voor de jaren 2001 en 2002 wordt via een tijdelijke toeslag/af trek in het jaar 2004 verrekend. De verrekening gebeurt op basis van jaarstukken. De jaarstukken bevatten de werkelijke infrastructurele kosten en honorariumkosten en zijn voorzien van een accountantsverklaring.

De verrekening heeft zowel betrekking op het verschil van het werkelijke aantal gedeclareerde consulteenheden minus het begrootte aantal consulteenheden als op de werkelijke aanvaardbare kosten minus de begrootte kosten.

Voor 2001 en 2002 heeft de verrekening bovendien betrekking op het verschil tussen het werkelijke aantal gedeclareerde verrichtingen en het werkelijke aantal geïnde verrichtingen. Hierbij geldt dat het verschil voor 100% verrekend wordt.

Verrichtingen over de jaren 2001 en 2002, welke in latere jaren alsnog worden geïnd, zullen in de betreffende jaarrekening van dat jaar moeten worden verantwoord en zullen worden verrekend.

2003

6.2 Een over-/onderdekking van de aanvaardbare infrastructurele - en honorariumkosten voor het jaar 2003 wordt via een tijdelijke toeslag/af trek in het jaar 2005 verrekend. De verrekening gebeurt op basis van jaarstukken. De jaarstukken bevatten de werkelijke infrastructurele kosten en honorariumkosten en zijn voorzien van een accountantsverklaring.

De verrekening heeft zowel betrekking op het verschil van het werkelijke aantal gedeclareerde consulteenheden minus het begrootte aantal

consulteenheden als op de werkelijke aanvaardbare kosten minus de begrootte kosten.

Kenmerk
10D0045781

Pagina
6 van 10

Voor 2003 heeft de verrekening bovendien betrekking op het verschil tussen het werkelijke aantal gedeclareerde verrichtingen en het werkelijke aantal geïnde verrichtingen. Hierbij geldt dat het verschil voor 100% verrekend wordt.

Verrichtingen over het jaar 2003, welke in latere jaren alsnog worden geïnd, zullen in de betreffende jaarrekening van dat jaar moeten worden verantwoord en zullen worden verrekend.

2004

6.3 Een over-/onderbesteding van de aanvaardbare infrastructurele – en honorariumkosten voor het jaar 2004 wordt via een tijdelijke toeslag/aftrek in het jaar 2006 verrekend. De verrekening gebeurt op basis van jaarstukken. De jaarstukken bevatten de werkelijke infrastructurele kosten en honorariumkosten en zijn voorzien van een accountantsverklaring.

De verrekening heeft tevens betrekking op het verschil van het werkelijke aantal gedeclareerde consulteenheden minus het begrootte aantal consulteenheden. Voor 2004 wordt het verschil tussen het werkelijke aantal gedeclareerde verrichtingen en het werkelijk aantal geïnde verrichtingen bij de verrekening tot 2% van de gedeclareerde omzet volledig verrekend en het meerdere voor 0%.

Verrichtingen over het jaar 2004, welke in latere jaren alsnog worden geïnd, zullen in de betreffende jaarrekening van dat jaar moeten worden verantwoord en zullen worden verrekend.

Vanaf 2005

6.4 Een over-/onderbesteding van de aanvaardbare infrastructurele – en honorariumkosten vanaf het jaar 2005 wordt niet verrekend. Een tekort/overschot zal ten laste/bate dienen te worden gebracht van de Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK). Pas op het moment dat de RAK de 10% van de jaaromzet overstijgt, zal het meerdere via een tijdelijke aftrek in het jaar t+2 worden verrekend.

De verrekening heeft tevens betrekking op het verschil van het werkelijke aantal gedeclareerde consulteenheden minus het begrootte aantal consulteenheden. Vanaf het jaar 2005 zullen schommelingen in het volume tot 2% van de productie ten bate/laste worden gebracht van de RAK. Volumeafwijkingen van meer dan 2% zullen voor dit meerdere worden verrekend.

Uitgaven aan niet-aanvaardbare infrastructurele – en honorariumkosten (artikel 7) vanaf het jaar 2005 zullen via een tijdelijke aftrek in het jaar t+2 worden verrekend.

Vanaf het jaar 2005 wordt het verschil tussen het werkelijke aantal gedeclareerde verrichtingen en het werkelijk aantal geïnde verrichtingen bij de verrekening tot 2% van de gedeclareerde omzet volledig verrekend en het meerdere voor 0%.

6.5 Voor 2005 geldt de volgende verrekening van de opbrengsten uit contractueel overeengekomen huisartsenzorg aan patiënten in AWBZ-instellingen of penitentiaire inrichtingen. Van deze opbrengst dient 25%

ter dekking van de kosten van de huisartsendienstenstructuur. De opbrengst minus de daarmee samenhangende infrastructurale en honorariumkosten wordt ten bate/laste gebracht van de RAK.

Kenmerk
10D0045781

Pagina
7 van 10

Vanaf 2006 geldt de volgende verrekening van de feitelijk genoten inkomsten uit contractueel overeengekomen huisartsenzorg aan patiënten in AWBZ-instellingen of penitentiaire inrichtingen. Eenderde van deze inkomsten dient ter dekking van de kosten van de huisartsendienstenstructuur. Eenderde van deze inkomsten kan worden ingezet voor opbouw van de RAK. Maximaal eenderde van deze inkomsten in jaar t kan aan het eind van jaar t als bonus worden uitgekeerd aan de deelnemende huisartsen, indien hierover een overeenkomst is gesloten met de desbetreffende HDS en zorgverzekeraar. Indien er geen overeenkomst is, worden deze inkomsten toegevoegd aan de RAK.

6.6 De verrekening gebeurt op basis van jaarstukken. De jaarrekening van jaar t, die vóór 1 juli van het jaar t+1 bij de NZa moet worden ingediend, bevat minimaal het volgende:

- de reguliere opbrengsten, inclusief een specificatie van het aantal gedeclareerde verrichtingen (telefonische consulten, consulten en visites) en de in rekening gebrachte tarieven;
- de aanvullende opbrengsten (AWBZ-instellingen of penitentiaire inrichtingen) inclusief aantal gedeclareerde verrichtingen, gefactureerde bedragen en inclusief bijbehorende kosten;
- de gespecificeerde kosten;
- het aantal actief gewerkte huisartsenuren (gespecificeerd naar avond, nacht, weekend en feestdagen) en het in rekening gebrachte uurtarief;
- het aantal achterwachturen (gespecificeerd naar avond, nacht, weekend en feestdagen) en het in rekening gebrachte achterwachttarief;
- de eventuele overeenkomst met SEH/ziekenhuis en zorgverzekeraar waarin de overheveling van de patiëntenstroom vanuit 2^e lijn is vastgelegd;
- het eventuele aantal extra actief gewerkte huisartsenuren en het gehanteerde ANW-uurtarief ten behoeve van de opvang van de aanvullende patiëntenstroom vanuit 2^e lijn;
- de eventuele opgave van de extra kosten voor de HDS die gemoeid zijn met de overheveling van de patiëntenstroom vanuit de 2^e lijn;
- de eventuele opgave van de besparing op de kosten van zelfverwijzers in de 2^e lijn;
- een goedkeurende accountantsverklaring, inclusief verklaring over niet-aanvaardbare infrastructurale en honorariumkosten.

6.7 Verrichtingen vanaf het jaar 2005, welke in latere jaren alsnog worden geïnd, zullen in de betreffende jaarrekening van dat jaar moeten worden verantwoord en zullen worden verrekend.

6.8 In artikel 6.1 en 6.2 wordt de nacalculatiesystematiek over de jaren 2001 tot en met 2003 beschreven. De wijzigingen in de systematiek over de jaren 2002 en 2003, ingaande per 1 januari 2006, alsmede het in 2006 alsnog honoreren van de overschrijding van de korting van 5% op de infrastructurale kosten over 2004, worden voor maximaal 50% via het tarief verrekend, het restant wordt niet nagecalculeerd maar wordt ondergebracht in de RAK. Een voorwaarde voor die verrekening is dat er overeenstemming over is tussen de HDS én zorgverzekeraar.

6.9 Overige niet aanvaarde infrastructurale kosten over de periode 2001 tot en met 2004 kunnen worden verrekend met de RAK. Een voorwaarde

voor die verrekening is dat er overeenstemming over is tussen HDS én de zorgverzekeraar.

Kenmerk
10D0045781

Pagina
8 van 10

7. Niet-aanvaardbare kosten

De volgende kostenposten zijn aangewezen als niet-aanvaardbare infrastructurale en/of honorariumkosten voor de HDS:

- kosten voor actieve huisartsenhulp hoger dan het maximum uurtarief *;
- kosten voor achterwachtinzet hoger dan 25% van het maximum uurtarief *;
- vacatiegelden voor huisartsen of bestuurs-, commissie- of werkgroepleden hoger dan het maximum uurtarief *;
- kosten buiten de openingstijden van de HDS (vóór 18.00 uur of na 08.00 uur op weekdays);
- scholingsvergoeding huisartsen waar het de compensatie van gemist honorarium betreft en/of waar het niet op het functioneren van de huisartsenpost gerichte aanvullende scholing betreft;
- voorziening of aftrek oninbaar hoger dan 2% van de jaaropbrengst;
- afschrijvingskosten hoger dan op grond van de vastgestelde afschrijvingspercentages in rekening had mogen worden gebracht. (Voor stenen gebouwen geldt een afschrijvingspercentage van 2%, voor semi-permanente gebouwen en verbouwingen 5%, voor houten paviljoens 10%, voor inventaris en instrumentarium 10% en voor automatisering en telecom 20%).

* Het te hanteren maximumtarief per uur is vastgelegd in beleidsregel BR/CU - 7004 "Huisartsenzorg". De aanpassing van dit maximum uurtarief van niveau jaar t naar niveau jaar t+1 wordt geregeld in de beleidsregel indexering.

8. Intrekking oude beleidsregel(s)

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel worden de navolgende beleidsregels ingetrokken:

- de beleidsregel 'De vaststelling van het budget van de huisartsendienstenstructuur', met kenmerk CV-295-4.0.1.-5;
- de beleidsregel 'De tariefopbouw voor de huisartsendienstenstructuur', met kenmerk CV-295-4.0.2.-3;
- de beleidsregel 'De nacalculatiesystematiek voor de huisartsendienstenstructuur', met kenmerk CV-295-8.0.-8;
- de beleidsregel 'De niet-aanvaardbare kosten voor een huisartsendienstenstructuur', met kenmerk CV-295-2.0.-8

9. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2011. Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub b, van de Wmg wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2010 treedt de beleidsregel in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2011.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'Beleidsregel Huisartsendienstenstructuur'.

Toelichting

Kenmerk
10D0045781

Pagina
9 van 10

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft gedurende 2010 een aantal financieringsknelpunten geconstateerd die voortvloeien uit de in principe gewenste ontwikkeling van samenwerkingsverbanden tussen huisartsen dienstenstructuren (HDS) en 2^e lijns spoedeisende eerste hulp (SEH). De verschuiving van zorg van 2^e naar 1^e lijn heeft bij enkele HDS'en tot een dermate groei van de patiëntenstroom geleid dat de te leveren huisartsenzorg niet meer volledig kan worden opgevangen door de aan de HDS deelnemende huisartsen. De betreffende HDS'en lossen dit knelpunt in de praktijk op door naast een beroep te doen op de eigen deelnemende huisartsen ook aanvullende huisartsencapaciteit (nurse practitioners, basisartsen, waarnemende huisartsen en dergelijke) rechtstreeks in te huren.

Binnen de huidige bekostigingssystematiek van de HDS leidt deze situatie tot een tweetal knelpunten. Aangezien de zorg, welke door de waarnemend huisarts rechtstreeks aan de HDS in rekening wordt gebracht, onder de NZa-tariefbeschikking voor huisartsenzorg valt geldt hier ook het vigerende maximum ANW-uurtarief. In de praktijk liggen de waarnemertarieven op de reguliere waarnememarkt (huisarts vs huisarts) echter hoger, waardoor het voor de HDS niet mogelijk is om waarnemers tegen het vigerende maximum uurtarief in te huren. De HDS ziet zich genoodzaakt om de waarnemend huisartsen een hoger uurtarief te vergoeden.

Daarbij leidt de aanvullende stroom van patiënten vanuit de 2^e naar de 1^e lijn tot een hoger kostenniveau voor de HDS. Aangezien in de vigerende bekostigingssystematiek de HDS slechts beperkt aanvullend budget kan krijgen bij stijgende productie, kan de productietoename en daarmee gepaard gaande inhuur van aanvullende huisartsencapaciteit leiden tot een overschrijding van het conform de vigerende regelgeving maximaal vast te stellen normeringsbudget (110%).

De NZa biedt de mogelijkheid tot het in rekening brengen dan wel vergoeden van het hogere ANW-uurtarief indien voldaan is aan de volgende beperkende voorwaarden:

- De HDS heeft een overeenkomst met SEH/ziekenhuis en zorgverzekeraar waarin de overheveling van de patiëntenstroom vanuit de 2^e lijn naar de 1^e lijn is vastgelegd.
- De HDS heeft geen andere optie om de extra patiëntenstroom (zelfverwijzers) op te vangen dan de inzet van aanvullende huisartsencapaciteit.
- De HDS kan in overleg met SEH/ziekenhuis aan de representatieve zorgverzekeraars aantonen dat de extra kosten die gemoeid zijn met de overheveling van de patiëntenstroom vanuit de 2^e lijn een minimaal gelijke besparing heeft op de kosten van zelfverwijzers in de 2^e lijn.
- De HDS heeft de eigen deelnemende huisartsen contractueel gebonden aan het aantal te leveren uren ANW-huisartsenzorg. Dit aantal dekt minimaal de ANW-zorg die aan de bij de deelnemende huisarts ingeschreven patiënten wordt geleverd en vertoont over de afgelopen jaren geen dalende trend. De aanvullend overeen te komen te leveren zorg betreft daarmee de aanvullende patiëntenstroom vanuit de 2^e lijn.
- De HDS heeft een overeenstemming met de representatieve zorgverzekeraars over het volume van en het tarief voor de aanvullend in te huren huisartsenzorg. Voor deze aanvullend in te huren huisartsenzorg kan een opslag overeengekomen worden van maximaal €15 bovenop het vigerende ANW-uurtarief van € 65

(definitief niveau 2010). Een huisarts kan deze opslag enkel in rekening brengen indien de HDS hiertoe een overeenkomst heeft met de representatieve zorgverzekeraars betreffende het volume en het tarief.

- De representatieve zorgverzekeraars zien hierbij toe op de naleving van bovenstaande voorwaarden.

Kenmerk
10D0045781

Pagina
10 van 10

Indien expliciet aan bovenvermelde voorwaarden is voldaan, is tevens een overschrijding van het normeringsbudget (110%) mogelijk. Dit alles na akkoord van de betrokken zorgverzekeraars.

Het beleid ten aanzien van de geneeskundige zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet (Zvw) zoals huisartsen die plegen te bieden (huisartsenzorg), welke wordt verleend in een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband en is opgericht ten behoeve van spoedeisende huisartsenzorg in avond, nacht en weekend, was tot op heden vastgelegd in vier afzonderlijke beleidsregels. Er is geconstateerd dat het aantal van vier beleidsregels relatief eenvoudig en zonder inhoudelijke wijziging van het beleid kon worden teruggebracht tot één beleidsregel.

Al met al beoogt de voorliggende beleidsregel door een logischer indeling en opbouw, bij te dragen tot een betere leesbaarheid en eenvoudiger begrip.