

## Huisartsenzorg

Kenmerk  
BR/CU-7090

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.

### 1. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op geneeskundige zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw), die wordt geleverd door huisartsen.

Voor zover geen sprake is van zorg als omschreven in de vorige zin, is deze beleidsregel van toepassing op handelingen <sup>1)</sup> of werkzaamheden <sup>2)</sup> op het terrein van geneeskundige zorg geleverd door of onder verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3, dan wel 34, van de Wet BIG.

### 2. Doel van de beleidsregel

Het doel van deze beleidsregel is de vastlegging van het beleid inzake de wijze waarop de diverse prestatiebeschrijvingen en tarieven voor geneeskundige zorg die wordt geleverd door huisartsen tot stand komen.

De beleidsregel is zo opgebouwd, dat vanuit een breder perspectief van de huisartsenpraktijk en de daarbij behorende kosten de totstandkoming van (maximum)tarieven voor de diverse vastgestelde prestaties wordt beschreven. De kern van de beleidsregel ligt in de artikelen 4 tot en met 6, waarin de vaststelling van de prestaties en tarieven plaatsvindt.

In artikel 4 worden de prestaties beschreven die in rekening mogen worden gebracht. In artikel 5 worden de onderdelen ter vaststelling van de (maximum)tarieven in de huisartsenpraktijk benoemd alsmede de jaarlijkse indexering daarvan. In artikel 6 wordt weergegeven op welke wijze de tarieven voor de diverse prestaties tot stand is gekomen.

### 3. Begripsbepalingen

#### Begrippenlijst

##### 3.1 Arbeidskostenbestanddeel

Het aandeel van de normatief bepaalde arbeidskosten van een praktijkeigenaar in het (maximum)tarief, dat aanbieders van geneeskundige zorg in rekening mogen brengen.

---

1) Het betreft hier de handelingen bedoeld in artikel 1, sub b, nr. 2°, van de Wmg.

2) Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, aanhef, en sub d, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer Wmg.

### *3.2 Praktijkkostenbestanddeel*

Het aandeel van de normatief bepaalde praktijkkosten in het (maximum)tarief, dat aanbieders van geneeskundige zorg in rekening mogen brengen.

### *3.3 Rekennorm inschrijvingen*

Begripsaanduiding voor een normatief bepaald aantal ingeschreven verzekerden per normpraktijk.

### *3.4 Rekennorm consulten*

Begripsaanduiding voor een normatief bepaald aantal (huisarts) consulten per jaar.

### *3.5 Arbeidskostenbestanddeel ANW-uren*

Begripsaanduiding voor een normatief bepaalde ANW-arbeidskostenvergoeding per jaar.

### *3.6 Praktijkkostenvergoeding ANW*

Begripsaanduiding voor een normatief bepaalde ANW-praktijkkostenvergoeding per jaar.

### *3.7 Rekennorm ANW-consulten*

Begripsaanduiding voor een normatief bepaald aantal ANW-consulteenheden per jaar.

## **4. Prestatiebeschrijvingen**

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

### **A Inschrijving**

- Inschrijving voor op naam van de huisarts ingeschreven patiënten.

### **B Verrichtingen**

Verrichtingen voor op naam van de zorgaanbieder ingeschreven patiënten, voor incidentele en acute hulpverlening op werkdagen overdag aan niet-ingeschreven patiënten (passantentarief), voor incidentele en acute hulpverlening aan militairen in actieve dienst, voor hulpverlening aan Gemoedsbezwaarden (als omschreven in artikel 2.2b van de Zorgverzekeringswet), voor incidentele en acute hulpverlening in de avond-, nacht- en weekenduren

- consult korter dan 20 minuten;
- consult langer dan 20 minuten;
- visite korter dan 20 minuten;
- visite langer dan 20 minuten;
- e-mail consult;
- telefonisch consult;
- vaccinatie.

## Nevenverrichtingen:

- spreekuurcontrole;
- gericht klein onderzoek;
- visitecontrole;
- keuring voor invalidenparkeerkaart (kort);
- keuring voor invalidenparkeerkaart (lang);
- kilometervergoeding;
- kleine keuring;
- periodiek geneeskundig onderzoek;
- scheepvaartkeuring;
- grote keuring;
- invaliditeitskeuring met rapport;
- rijbewijskeuring tot 15 minuten;
- rijbewijskeuring langer dan 15 minuten;
- bedrijfs- en sollicitatiekeuring;
- periodiek geneeskundig onderzoek.

**C Modules**

- module achterstandsfonds;
- module modernisering en innovatie;

**D POH-GGZ**

- inschrijving module POH Geestelijke Gezondheidszorg.
- consult POH-GGZ korter dan 20 minuten;
- consult POH-GGZ langer dan 20 minuten;
- visite POH-GGZ korter dan 20 minuten;
- visite POH-GGZ langer dan 20 minuten;
- e-mail consult POH-GGZ;
- telefonisch consult POH-GGZ;
- groepsconsult POH-GGZ;
- onderlinge dienstverlening tbv POH-GGZ;
- onderlinge dienstverlening tbv consultatieve raadpleging POH-GGZ.

**E Verrichtingenlijst modernisering en innovatie**

- Verrichtingenlijst zoals vermeld in beleidsregel 'Huisartenzorg-  
verrichtingenlijst M&I'

**F Overige prestaties***Zorg aan asielzoekers*

- Abonnement (asielzoekers).

*Bijzondere verrichtingen*

- huisartsenhulp ANW aan HDS (uurtarief);
- informatieverzoek van bedrijfsarts of verzekeringsarts.
- telefonische informatie verstrekking;
- schriftelijke beantwoording van vragen.
- uitstrijkje;
- SCEN-consultatie.

*Kostenvergoedingen*

- verbruiksmaterialen;
- vergoeding kosten ECG;
- entstoffen;
- laboratoriumkosten.

## 5. Onderdelen ter vaststelling van de tariefopbouw

- 5.1 Het arbeidskostenbestanddeel van het tarief bedraagt € 125.237 (definitief niveau 2013).
- 5.2 Het praktijkkostenbestanddeel van het tarief bedraagt € 181.102 (definitief niveau 2013). Het praktijkkostenbestanddeel is opgebouwd uit de volgende elementen:
- personeelskosten € 108.545
  - overige kosten € 72.557
- De 'overige kosten' bestaan uit onder meer de volgende elementen, te weten huisvestingskosten, ICT-kosten, vervoerskosten, rentekosten.
- 5.3 De rekennorm inschrijvingen bedraagt 2.168 ingeschreven verzekerden per normpraktijk.
- 5.4 De rekennorm consulten bedraagt 8.882 consulteenheden per jaar.
- 5.5 Het arbeidskostenbestanddeel ANW-uren bedraagt € 20.578 (definitief niveau 2013). De praktijkkostenvergoeding ANW-uren bedraagt € 748 (definitief niveau 2013).
- 5.6 De rekennorm ANW-verrichtingen bedraagt 480 consulteenheden per jaar.
- 5.7 Jaarlijks vindt een aanpassing (indexering) van zowel het inkomens- als het praktijkkostenbestanddeel plaats. De wijze van indexeren is geregeld in de beleidsregel 'indexering'.

## 6. Totstandkoming (maximum)tarieven

De opbouw van de tarieven voor de in paragraaf 4 beschreven prestaties wordt in deze paragraaf op basis van de volgende indeling uitgewerkt.

- inschrijving;
- consult;
- ANW-verrichtingen;
- POH-GGZ;
- nevenverrichtingen;
- modules;
- overige prestaties.

### 6.1 Inschrijvingstarief

Het inschrijvingstarief betreft een maximumbedrag per op naam van de huisarts ingeschreven verzekerde. Het maximum inschrijvingstarief is de uitkomst van de volgende berekening:

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

Het inschrijvingstarief kan worden gedifferentieerd naar leeftijdscategorie, met een nadere differentiatie voor het geval de verzekerde woonachtig is in een achterstandswijk. Er wordt onderscheiden naar drie leeftijdscategorieën met bijbehorende factoren:

leeftijd	niet-achterstandswijk	achterstandswijk
verzekerden tot 65 jaar	1,167	1,297
verzekerden van 65 tot 75 jaar	1,698	1,838
verzekerden vanaf 75 jaar	2,041	2,171

Voor achterstandswijken wordt gerekend met een factor op basis van een achterstandsindex. De basis voor de berekening van de achterstandsindex vormen de CBS-gegevens op wijk- en buurniveau. Het CBS baseert deze index op de volgende criteria:

- percentage inwoners met laag inkomen;
- percentage niet actieven/niet-studenten;
- percentage niet-westerse allochtonen;
- omgevingsadressendichtheid.

Als de waarde van de achterstandsindex groter is dan een bepaalde waarde, is de desbetreffende buurt als achterstandsgebied aangemerkt. Per buurt wordt bepaald welke postcodes in de achterstandsgebieden voorkomen. Verzekerden woonachtig in de betreffende postcodes worden aangemerkt als woonachtig in een achterstandswijk. De betreffende postcodes zijn vermeld in bijlage 2 van de tariefbeschikking huisartsenzorg.

## 6.2 Consult

De prestatie consult kent vier varianten met bijbehorende tariefopbouw, die in deze paragraaf beschreven worden.

### 6.2.1 Consult Basistarief

Het maximum basistarief consult is de uitkomst van de volgende berekening:

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

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

Prestatie Factor

Consult korter dan 20 minuten	1,0
Consult langer dan 20 minuten	2,0
Visite korter dan 20 minuten	1,5
Visite langer dan 20 minuten	2,5
E-mail consult	0,5
Telefonisch consult	0,5
Vaccinatie	0,5

Kleine chirurgische ingrepen zijn in het maximum consulttarief inbegrepen, evenals het lezen en het maken van een ECG. Voor de kosten van een ECG wordt uitgegaan van een normbedrag, zie artikel 6.6.7.

### 6.2.2 Consult Passantentarief

Het maximum basistarief consult voor incidentele en acute huisartsenhulp aan een niet bij de betreffende huisarts ingeschreven en niet in de vestigingsplaats van de huisarts woonachtige verzekerde is de uitkomst van de volgende berekening:

$$0,762 * (\text{Arbeidskostenbestanddeel} + \text{Praktijkkostenbestanddeel}) / \text{rekennorm consulten}$$

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

<i>Prestatie</i>	<i>Factor</i>
Consult korter dan 20 minuten	1,0
Consult langer dan 20 minuten	2,0
Visite korter dan 20 minuten	1,5
Visite langer dan 20 minuten	2,5
E-mail consult	0,5
Telefonisch consult	0,5
Vaccinatie	0,5

Kleine chirurgische ingrepen zijn in het maximum consulttarief inbegrepen, evenals het lezen en het maken van een ECG. Voor de kosten van een ECG wordt uitgegaan van een normbedrag, zie artikel 6.6.7.

### 6.2.3 Consult Militairen in actieve dienst

Het maximum basistarief consult voor incidentele en acute huisartsenhulp aan militairen in actieve dienst is gelijk aan het consult passantentarief (6.2.2).

Op grond van de prestatie consult is een aantal werkzaamheden in de huisartsenpraktijk getypeerd. Door middel van factoren zijn voor die

prestaties maximumtarieven bepaald. Het maximumtarief voor de in de onderstaande lijst genoemde prestaties wordt bepaald door het basistarief consult met de bijbehorende factor te vermenigvuldigen:

<i>Prestatie</i>	<i>Factor</i>
Consult korter dan 20 minuten	1,0
Consult langer dan 20 minuten	2,0
Visite korter dan 20 minuten	1,5
Visite langer dan 20 minuten	2,5
E-mail consult	0,5
Telefonisch consult	0,5
Vaccinatie	0,5

Kleine chirurgische ingrepen zijn in het maximum consulttarief inbegrepen, evenals het lezen en het maken van een ECG. Voor de kosten van een ECG wordt uitgegaan van een normbedrag, zie artikel 6.6.7.

#### **6.2.4 Consult Gemoedsbezwaarden**

Voor huisartsenhulp aan gemoedsbezwaarden is een maximumtarief vastgesteld. Omdat met de financiële afwikkeling van huisartsenzorg aan gemoedsbezwaarden extra administratieve lasten zijn gemoeid, wordt het tarief verhoogd met maximaal € 2,35 per consulteenheid (niveau 2013). Deze opslag zal jaarlijks worden geïndexeerd met de index voor materiële kosten (CEP).

Het maximum basistarief consult voor huisartsenhulp aan gemoedsbezwaarden is de uitkomst van de volgende berekening:

Consult passantentarief + € 2,35 (definitief niveau 2013)
---

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

<i>Prestatie</i>	<i>Factor</i>
Consult korter dan 20 minuten	1,0
Consult langer dan 20 minuten	2,0
Visite korter dan 20 minuten	1,5
Visite langer dan 20 minuten	2,5
E-mail consult	0,5
Telefonisch consult	0,5
Vaccinatie	0,5

Kleine chirurgische ingrepen zijn in het maximum consulttarief inbegrepen, evenals het lezen en het maken van een ECG. Voor de kosten van een ECG wordt uitgegaan van een normbedrag, zie artikel 6.6.7.

### 6.3 ANW-verrichtingen

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:

$$\frac{(\text{arbeidskostenbestanddeel ANW-uren} + \text{praktijkkosten ANW-uren})}{\text{rekennorm ANW-consulten}}$$

Op grond van de prestatie consult is een aantal werkzaamheden in de huisartsenpraktijk 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 consult met de bijbehorende factor te vermenigvuldigen:

<i>Prestatie</i>	<i>Factor</i>
Consult korter dan 20 minuten	1,0
Consult langer dan 20 minuten	2,0
Visite korter dan 20 minuten	1,5
Visite langer dan 20 minuten	2,5
E-mail consult	0,5
Telefonisch consult	0,5
Vaccinatie	0,5

Kleine chirurgische ingrepen zijn in het maximum consulttarief inbegrepen, evenals het lezen en het maken van een ECG. Voor de kosten van een ECG wordt uitgegaan van een normbedrag, zie artikel 6.6.7.

### 6.4 Nevenverrichtingen

Naast de basisprestaties huisartsenzorg (inschrijvingen en consulten) kunnen een aantal nevenverrichtingen worden uitgeoefend. Deze betreffen met name keuringen. Het maximumtarief voor een nevenverrichting wordt bepaald door het basistarief consult (artikel 6.2.1) met de bijbehorende factor te vermenigvuldigen. Het kilometertarief is daarvan uitgezonderd.

<i>Prestatie</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
Kilometervergoeding (vanaf 5 retourkilometers) per retourkilometer (is 2 gewone kilometers)	0,23
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

## 6.5 Modules

Onder bepaalde voorwaarden kunnen boven op het inschrijvingstarief een aantal modules als een vast maximumbedrag per op naam van de huisarts ingeschreven verzekerde in rekening worden gebracht. Te onderscheiden zijn de module achterstandsfonds en de module modernisering en innovatie.

### 6.5.1 Module achterstandsfonds

Via de module achterstandsfonds kunnen op een andere, indirecte, wijze specifieke zorgactiviteiten in het kader van de achterstandswijkproblematiek worden gefinancierd. Hierbij wordt de mogelijkheid geboden om een bedrag van maximaal € 5,92 per jaar, inclusief ombuigingsbijdrage, voor de betreffende prestatie in rekening te brengen per op naam van de huisarts ingeschreven verzekerde in een achterstandswijk. De betreffende postcodes zijn vermeld in bijlage 2 van de tariefbeschikking huisartsenzorg.

### 6.5.2 Module modernisering en innovatie

Via de module modernisering en innovatie (M&I) kunnen initiatieven ter versterking van de eerste lijn worden gefinancierd. De bekostiging via de module M&I kan op tweeërlei wijze plaatshebben. Beide mogelijkheden betreffen een vrij tarief:

- a) een bedrag per op naam van de huisarts ingeschreven verzekerde, of
- b) per verrichting.

De verrichtingen zijn niet geregeld in deze beleidsregel, zie hiervoor beleidsregel 'Huisartsenzorg – verrichtingenlijst M&I'.

## 6.6 POH Geestelijke Gezondheidszorg

### *Prestatiebeschrijving*

De functie POH-GGZ betreft zorginhoudelijke ondersteuning van de huisartsenzorg aan alle patiënten met klachten van (mogelijk) psychische, psychosociale of psychosomatische aard. De functie kan worden ingevuld door (een combinatie van) personele inzet, e-health, en consultatieve raadpleging van gespecialiseerde zorgaanbieders.

### *Prestaties POH-GGZ*

Ten behoeve van de regeling POH-GGZ stelt de NZa de volgende prestaties vast:

- Prestaties met een maximumtarief per ingeschreven verzekerde, in rekening te brengen door een zorgaanbieder bij een patiënt of diens zorgverzekeraar:
  - o Inschrijving module POH-GGZ.
- Prestaties met een maximumtarief per consult, in rekening te brengen door een zorgaanbieder bij een patiënt of diens zorgverzekeraar:
  - o Consult POH-GGZ korter dan 20 minuten;
  - o Consult POH-GGZ langer dan 20 minuten;
  - o Visite POH-GGZ korter dan 20 minuten;
  - o Visite POH-GGZ langer dan 20 minuten;
  - o Telefonisch consult POH-GGZ;
  - o E-mail consult POH-GGZ;
  - o Groepsconsult POH-GGZ.
- Prestaties met een vrij tarief, in rekening te brengen door een zorgaanbieder bij een zorgaanbieder:
  - o Onderlinge dienstverlening t.b.v. POH-GGZ;
  - o Onderlinge dienstverlening t.b.v. consultatie bij POH-GGZ.

#### *Tariefbepaling inschrijving module POH-GGZ*

De vergoeding voor de kosten van de module POH-GGZ is een maximumbedrag per op naam van de huisarts ingeschreven verzekerde. Voor zover de zorg wordt verleend door een niet als huisarts in het BIG-register ingeschreven zorgaanbieder wordt voor 'op naam van de huisarts ingeschreven verzekerde' gelezen 'op naam van de huisarts in of ten behoeve van wiens praktijk de zorg wordt verleend ingeschreven verzekerde'. Het bedrag per verzekerde wordt berekend door:

De onderstaande bedragen (definitief niveau 2013) te vermenigvuldigen met drievierde en te delen door een reknorm van 7.050.

- een extra praktijkondersteuning GGZ op HBO-niveau (*):	€ 59.676
- infrastructurele voorzieningen:	€ 11.658
- extra managementtijd voor samenwerking en delegatie:	€ 18.939
	€ 90.273

(\*) Met ingang van 1 januari 2009 is de loonkostencomponent tijdelijk op € 69.330 (definitief niveau 2013) gesteld.

Deze bedragen worden jaarlijks trendmatig aangepast (artikel 5.7):

- loonkosten praktijkondersteuning: aanpassing van niveau jaar t naar niveau jaar t + 1 volgens het OVA-percentage.
- infrastructurele voorzieningen: aanpassing niveau jaar t naar niveau jaar t + 1 volgens de mutatie overige kosten (CEP).
- managementtijd: aanpassing niveau jaar t naar niveau jaar t + 1 volgens de mutatie voor het inkomensbestanddeel.

*Tariefbepaling consulten POH-GGZ*

Het maximum basistarief consulten POH-GGZ wordt berekend door:

De bovenstaande bedragen (definitief niveau 2013) te vermenigvuldigen met eenvierde en te delen door een rekenorm van 2.682.

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

<i>Prestatie</i>	<i>Factor</i>
Consult POH-GGZ korter dan 20 minuten	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 POH-GGZ	0,5
E-mail consult POH-GGZ	0,5
Groepsconsult POH-GGZ	1,0

*Voorwaarden POH-GGZ*

Voor alle prestaties POH-GGZ geldt dat zij alleen in rekening gebracht mogen worden indien hier een overeenkomst met de desbetreffende zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt én kunnen in rekening worden gebracht indien de zorgverzekeraar van de verzekerde uitsluitend restitutiepolissen aanbiedt onder voorwaarde dat er een overeenkomst is voor POH-GGZ met minimaal één (1) andere zorgverzekeraar.

Indien de betreffende zorgaanbieder (aanbieder POH-GGZ) niet ook de aanbieder is van basis-huisartsenzorg (aanbieder huisartsenzorg) voor de betreffende ingeschreven verzekerden, dan moet naast bovengenoemde overeenkomst ook een overeenkomst gesloten zijn tussen aanbieder POH-GGZ en aanbieder huisartsenzorg. Aanbieder POH-GGZ stelt deze overeenkomst met aanbieder huisartsenzorg desgevraagd ter beschikking aan de zorgverzekeraar.

Het telefonisch consult POH-GGZ en het e-mailconsult POH-GGZ kunnen alleen in rekening worden gebracht, indien het telefoongesprek respectievelijk het e-mail-contact duidelijk dient ter vervanging van een spreekuurconsult.

Het groepsconsult POH-GGZ kan ongeacht de duur van het groepsconsult per consult één keer in rekening worden gebracht bij alle deelnemers aan het groepsconsult.

**6.7 Overige prestaties**

Naast bovengenoemde prestaties is er een restcategorie, die bestaat uit zorg aan asielzoekers, uit bijzondere verrichtingen of uit kostenvergoedingen.

**6.7.1 Abonnementstarief voor asielzoekers in de centrale opvang**

Voor huisartsenhulp voor asielzoekers in de centrale opvang bestaat een abonnementstarief. Het maximumtarief voor huisartsenhulp voor asielzoekers in de centrale opvang, bijvoorbeeld in een asielzoekerscentrum (AZC), in een opvangcentrum (OC) of in de aanvullende opvang (AVO) is een maximum abonnementstarief per plaats.

Het maximum abonnementstarief is de uitkomst van de volgende berekening:

4,43 * Inschrijvingstarief (artikel 6.1)
--

**6.7.2 Huisartsenhulp ANW-uren aan HDS**

Voor huisartsen die participeren in een huisartsendienstenstructuur is voor incidentele en acute huisartsenhulp in avond-, nacht- en weekenduren is een maximum uurtarief van kracht. Het maximum ANW-uurtarief is op grond van een aanwijzing van VWS vastgesteld op € 65 (definitief niveau 2010).

Ten behoeve van de overheveling van de patiëntenstroom van de 2<sup>e</sup> naar de 1<sup>e</sup> lijn kan door de huisarts een toeslag in rekening worden gebracht van maximaal € 15 bovenop het vigerende ANW-uurtarief van € 65. De huisarts kan deze opslag enkel in rekening brengen indien

- De huisarts hiertoe een overeenkomst heeft met de betreffende HDS;
- De betreffende HDS hiertoe een overeenkomst heeft met de representatieve zorgverzekeraars betreffende het volume en het tarief. De voorwaarden die verbonden zijn aan deze overeenkomst zijn beschreven in de beleidsregel Huisartsendienstenstructuren.

Het ANW-uurtarief huisartsenzorg wordt jaarlijks trendmatig aangepast (artikel 5.7) volgens de mutatie van het inkomensbestanddeel.

**6.7.3 Informatieverzoek bedrijfsarts of verzekeringsarts**

Voor informatieverstrekking aan een bedrijfsarts of verzekeringsarts binnen het kader van sociaalrechtelijke wetgeving kunnen een tweetal verrichtingen worden onderscheiden:

- telefonische informatieverstrekking;
- schriftelijke informatieverstrekking.

Het maximumtarief voor telefonische of schriftelijke beantwoording van vragen aan een bedrijfsarts of verzekeringsarts binnen het kader van sociaalrechtelijk wetgeving naar aanleiding van een daarvoor schriftelijk ingediende vraag wordt bepaald door het basistarief consult (artikel 6.2.1) met bijbehorende factor te vermenigvuldigen

<i>Prestatie</i>	<i>Factor</i>
Telefonische informatieverstrekking	2,06
Schriftelijke informatieverstrekking	4,12

**6.7.4. Uitstrijkjes**

Het maximumtarief voor de in het kader van het preventieve bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker afgenomen zogenaamde uitstrijkje is de uitkomst van de volgende berekening:

1,383 * Basistarief consult (artikel 6.2.1)
---

**6.7.5 SCEN-consultatie**

Onder de prestatie steun en consultatie bij euthanasie in Nederland (SCEN-consultatie) aan een niet bij de huisarts ingeschreven patiënt op verzoek van diens behandelend arts worden alle activiteiten van de SCEN-arts begrepen, waaronder:

- het overleggen met de behandelaar plus het bestuderen van het medisch dossier ten behoeve van de SCEN-consultatie;
- 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 consultatie afgesloten.

Het maximumtarief voor SCEN-consultatie wordt bepaald door het basistarief consult voor incidentele en acute huisartsenhulp aan een niet bij de betreffende huisarts ingeschreven en niet in de vestigingsplaats van de huisarts woonachtige verzekerde (passantentarief, artikel 6.2.2) met factor 13,5 te vermenigvuldigen.

**6.7.6 Verbruiksmaterialen**

De navolgende limitatieve lijst verbruiksmaterialen kunnen additioneel op basis van de werkelijk gemaakte kosten (dus na aftrek van eventuele bonussen of kortingen) in rekening worden gebracht:

atraumatisch hechtmateriaal, waaronder lijmen
tapemateriaal ten behoeve van enkeldistorties
zwangerschapsreactie (planotest en dergelijke)
dipslides (urinewegsinfecties)
teststrips bloedsuikerbepaling diabetespatiënten (waaronder eyetone-teststrips)
vloeibaar stikstof of histofreezer
Blaaskatheter
CRP-sneltest cassette(s)

**6.7.7 Kosten ECG**

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

**6.7.8 Entstoffen**

De kosten van de entstoffen kunnen voor de door de huisarts werkelijk betaalde prijs door de huisarts worden doorberekend.

### **6.7.9 Laboratoriumkosten**

De aan de huisarts in rekening gebrachte laboratoriumkosten kunnen voor hetzelfde bedrag door de huisarts worden doorberekend.

## **7. Intrekken oude beleidsregel(s)**

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel BR/CU-7069 ingetrokken.

## **8. Inwerkingtreding en citeerregel**

Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2014. 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 2013 treedt de beleidsregel in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst en werkt zij terug tot en met 1 januari 2014.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'Beleidsregel Huisartsenzorg'.

## **TOELICHTING**

Het beleid van de NZa wat betreft de prestaties en tarieven voor huisartsenzorg is voor 2014 (deze beleidsregel) in vergelijking met 2013 (de voorgaande beleidsregel Huisartsenzorg BR/CU-7069) op drie punten gewijzigd:

- effectueren kostprijsonderzoek en herijken arbeidskosten;
- overhevelen M&I-verrichting 'Tapen' (13014);
- flexibiliseren en verder verruimen regeling POH-GGZ.

### **Effectueren kostprijsonderzoek en herijken arbeidskosten**

In 2012 heeft de NZa een kostenonderzoek huisartsenzorg uitgevoerd. Met de uitkomsten van het afgeronde kostenonderzoek zou de NZa op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) de tarieven voor de huisartsenzorg hebben kunnen herijken. De minister van VWS heeft de NZa, gelet op artikel 21, eerste lid, van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen, echter per brief van 11 december 2012 (kenmerk MC-U-3140562) de opdracht gegeven de uitkomsten van het afgeronde onderzoek inzake de praktijkkosten en inkomens van huisartsen niet door te voeren in de huisartsentarieven per 1 januari 2013.

In het beleid onder de tarieven huisartsenzorg per 1 januari 2014 zijn de uitkomsten van het kostprijsonderzoek wel verwerkt, tezamen met een herijking van de arbeidskostencomponent.

*Herijken arbeidskostencomponent*

De component arbeidskosten praktijkeigenaren (voorheen 'inkomenscomponent' en ook bekend onder de term 'norminkomen') is een normatieve kostencomponent die in de tariefonderbouwing voor gereguleerde eerstelijns zorgaanbieders wordt opgenomen ter dekking van de arbeidskosten van de praktijkeigenaar. De 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 NZa heeft KPMG onderzoek laten doen naar mogelijke methodieken ter bepaling van de arbeidskostencomponent en daaruit op basis van een aantal criteria een methodiek gekozen: een combinatie van een vergelijking met relevante arbeidskosten binnen de zorg en een vergelijking met relevante arbeidskosten binnen de rijksoverheid. Die methodiek heeft KPMG uitgewerkt en doorgerekend. Op hoofdlijnen omvat die methodiek de volgende stappen:

- 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 (werkgeversdeel pensioenpremies en sociale verzekeringen).
- F. Het resultaat van stap D en E met elkaar combineren, waarmee de herijkte arbeidskostencomponent ontstaat.

De uitkomst van het doorlopen van deze stappen, de herijkte arbeidskostencomponent ad €125.237 (definitief niveau 2013), is in deze beleidsregel opgenomen (artikel 5.1). Voor de toekomst is de NZa voornemens de arbeidskostencomponent periodiek te herijken, net zoals de praktijkkostencomponent en de rekennormen periodiek herijkt worden.

*Effectueren kostprijsonderzoek*

Uit het kostprijsonderzoek is gebleken dat binnen de huisartsenzorg een substantieel gedeelte van de inkomsten afkomstig is van niet-tariefgereguleerde activiteiten. Tariefgereguleerde activiteiten beslaan gemiddeld 77% van de relevante opbrengsten. Voor de berekening van

het tarief heeft de NZa de beleidskeuze gemaakt om alleen het deel van de praktijk- en arbeidskosten te gebruiken dat toegerekend kan worden aan de relevante tariefgeruleerde activiteiten. Om de praktijkkosten toe te rekenen aan tariefgeruleerde en aan niet-tariefgeruleerde activiteiten gebruikt de NZa gemeten gemiddelde omzetverhouding tussen beide groepen (77% vs. 23%).

Dit betekent dat de tarieven zo worden vastgesteld dat voor de normpraktijk 77% van de arbeids- en praktijkkosten wordt gedekt uit tariefgeruleerde activiteiten. 43% komt uit inschrijftarieven, 26% uit consulttarieven en de resterende 8% uit de overige tarieven van tariefgeruleerde activiteiten.

De bedragen die ten grondslag liggen aan de tarieven POH-GGZ (artikel 6.6) waren geen onderwerp van het kostprijsonderzoek, en zijn daarom niet herijkt. Daarom maakt de onderbouwing van het inschrijftarief module POH-GGZ ook nog gebruik van de niet-herijkte normpraktijk van 2.350 ingeschreven verzekerden.

### **Overhevelen M&I-verrichting 'Tapen' (13014)**

Brancheorganisaties ZN en LHV/LVG/VHN hebben voorstellen gedaan voor het opschonen van de Verrichtingenlijst M&I. Dit als eerste stap naar de nieuwe bekostiging 2015 waarin de lijst helemaal verdwijnt, conform de afspraken hierover in het 'Eerstelijnszorgakkoord' dat de minister van VWS heeft gesloten met LHV, LVG/VHN/LOK en ZN. Het opschonen van de verrichtingenlijst zelf voltrekt zich in de beleidsregel 'Huisartsenzorg – Verrichtingenlijst M&I'. Voor één van die verrichtingen, de verrichting 'Tapen' (13014), dient het inschrijftarief aangepast te worden, omdat de betreffende zorgactiviteit onderdeel gaat uitmaken van de basis-huisartsenzorg, bekostigd via inschrijftarief en regulier consult. In artikel 6.1 zijn de factoren in de tabel om die reden iets verhoogd (0,001 à 0,002). Het maximale inschrijftarief stijgt hierdoor gemiddeld €0,07.

### **Flexibiliseren en verder verruimen regeling POH-GGZ**

In maart 2013 heeft de NZa een advies uitgebracht over de bekostiging van de module POH-GGZ per 2014. Dit advies is door de minister overgenomen; de NZa heeft bij aanwijzing van 8 juli 2013 de opdracht gekregen een en ander in de regeling POH-GGZ te verwerken. Dit heeft zijn beslag gekregen in artikel 6.6. Hierin zijn de volgende vijf nieuwe elementen opgenomen.

#### *1. Inschrijftarief POH-GGZ hoger en flexibeler*

De NZa verhoogt het maximale inschrijftarief POH-GGZ in 2014 verder. Het tarief biedt dan ruimte om 12 uur per week per praktijk een GGZ-praktijkondersteuner in te zetten, ten opzichte van 9 uur in 2013. Het gaat dus om een verhoging van 33%. Daarnaast mag de zorgaanbieder het inschrijftarief POH-GGZ in 2014 flexibel inzetten. Het inschrijftarief is niet langer alleen bestemd voor personele inzet van een praktijkondersteuner, maar ook voor e-health en consultatieve



raadpleging (zie hiervoor ook punten 2 en 3 hieronder). Huisartsen en zorgverzekeraars zijn vrij om hierover samen afspraken te maken.

### *2. E-health mogelijk*

Het inschrijftarief POH-GGZ mag in 2014 ook worden gebruikt om e-health programma's te vergoeden. Het moet gaan om e-health programma's die de zorgactiviteiten binnen POH-GGZ-functie ondersteunen, zoals diagnostiek of begeleiding/behandeling door de POH-GGZ of huisarts. De zorgaanbieder en zorgverzekeraar kunnen samen afspreken welk deel van het 'Inschrijftarief POH-GGZ' wordt ingezet voor e-health.

### *3. Consultatieve raadpleging mogelijk*

In 2014 kunnen zorgverzekeraars ook de kosten vergoeden voor het consultatief raadplegen van een gespecialiseerde GGZ-zorgverlener (psycholoog, psychiater, etc.) door een huisarts of POH-GGZ. Dit kan via het inschrijftarief POH-GGZ. De geconsulteerde zorgverlener mag kosten in rekening brengen bij de huisarts of POH-GGZ die de consultatie heeft aangevraagd. Hiervoor is er in 2014 een prestatie 'Onderlinge dienstverlening t.b.v. consultatie POH-GGZ'. Met deze prestatie kunnen zorgverleners elkaar onderling een tarief in rekening brengen. Deze onderlinge dienstverlening kent een vrij tarief en heeft geen vormbeperking. Partijen maken zelf afspraken over de hoogte van de vergoeding en wanneer de vergoeding in rekening wordt gebracht. Zo is het mogelijk om als huisarts en (bijvoorbeeld) psycholoog af te spreken dat de psycholoog beschikbaar is voor incidentele consultatie voor een vast bedrag per maand. Of de afspraak gaat over een bedrag per consultatie, of per tijdseenheid. Ook voor consultatieve raadpleging geldt dat zorgaanbieder en zorgverzekeraar samen afspreken welk deel van het inschrijftarief POH-GGZ hiervoor wordt gebruikt.

### *4. Regeling POH-GGZ toegankelijk voor andere zorgaanbieders*

Ook andere zorgaanbieders dan de huisarts kunnen in 2014 het inschrijftarief POH-GGZ en consulten POH-GGZ in rekening brengen bij een zorgverzekeraar, als die aanbieder daarover een afspraak heeft met de verzekeraar. De POH-GGZ-functie blijft altijd onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Zorginhoudelijk houdt de huisarts altijd de regie. Om dit te garanderen gelden twee vereisten. Ten eerste een overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, ten tweede een overeenkomst tussen de huisarts en de zorgaanbieder van POH-GGZ. Deze laatste overeenkomst moet de zorgaanbieder desgevraagd ter beschikking stellen aan de zorgverzekeraar. De huisarts en andere zorgaanbieder zijn vrij om af te spreken hoe de opbrengsten uit het POH-GGZ inschrijftarief en het POH-GGZ consulttarief onderling worden verevend. Daarvoor is er vanaf 2014 de prestatie 'Onderlinge dienstverlening t.b.v. POH-GGZ'. Met deze prestatie kan de huisarts kosten voor bijvoorbeeld managementtijd of praktijkruimte bij de andere zorgaanbieder in rekening brengen, als partijen daarover een overeenkomst hebben afgesloten.

### *5. Nieuwe prestatie 'Groepsconsult' geïndiceerde preventie*

Geïndiceerde preventie van depressie, angststoornis en verslaving behoort tot het takenpakket van de huisarts en POH-GGZ. Geïndiceerde preventie vindt vaak plaats via groepsinterventies (cursussen). De

**Kenmerk**  
BR/CU-7090

**Pagina**  
18 van 18

prestaties (consulten) die in 2013 golden, gaven onvoldoende duidelijkheid over de bekostiging van deze groepscursussen. Daarom is er in 2014 een nieuwe prestatie "Groepsconsult", die per deelnemer en per groepsbijeenkomst in rekening gebracht mag worden. Bij acht deelnemers mag de aanbieder dus acht maal het groepsconsult declareren. De hoogte van het groepsconsult is gelijk aan het tarief van het reguliere consult. Eventuele meerkosten voor groepscursussen kunnen vergoed worden via het inschrijftarief POH-GGZ. Partijen zijn vrij om onderling af te spreken welk deel van het inschrijftarief hiervoor wordt gebruikt.