

Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

Kenmerk
BR/CU-7119

Inhoudsopgave

1. Inleiding	2
2. Reikwijdte	2
3. Doel van de beleidsregel	2
4. Globale beschrijving bekostigingsmodel	2
5. Segment 1	3
5.1 Beschrijving segment	3
5.2 Prestatiebeschrijvingen.....	3
5.3 Tariefsoort	9
6. Segment 2	9
6.1 Beschrijving segment	9
6.2 Prestatiebeschrijvingen.....	10
6.3 Tariefsoort	11
7. Segment 3	12
7.1 Beschrijving segment	12
7.2 Prestatiebeschrijvingen.....	12
7.3 Tariefsoort	14
8. Prestaties buiten segmenten	14
8.1 Beschrijving	14
8.2 Prestatiebeschrijvingen.....	14
8.3 Tariefsoort	19
9. Intrekking oude beleidsregels	19
10. Inwerkingtreding en citeertitel	19
Toelichting	20
Algemeen	20
Artikelsgewijs	22
Bijlage 1 Begripsbepalingen	27
Bijlage 2 Prestatielijst M&I-verrichtingen	28
Bijlage 3 Verantwoordingsdocument	32

1. Inleiding

Ingevolge artikel 57, eerste lid, onderdeel 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.

Ingevolge artikel 53, aanhef en onder b juncto 52, aanhef en onder e, Wmg, worden tarieven en prestatiebeschrijvingen die uit de voorliggende beleidsregel voortvloeien ambtshalve door de NZa vastgesteld.

Ingevolge artikel 59, onderdeel b, Wmg heeft de Minister van VWS met brief van 14 juli 2014, kenmerk 642423-123512-MC, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 Wmg aan de NZa gegeven.

2. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op huisartsgeneeskundige zorg en multidisciplinaire zorg zoals omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Voor zover geen sprake is van zorg als omschreven in de vorige zin, is deze beleidsregel van toepassing op handelingen of werkzaamheden 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.

Deze beleidsregel is verder van toepassing op geneeskundige zorg zoals omschreven bij of krachtens de Zvw betreffende de multidisciplinaire samenwerking tussen zorgaanbieders middels geïntegreerde eerstelijnszorgproducten.

3. Doel van de beleidsregel

Deze beleidsregel legt vast op welke wijze de NZa gebruik maakt van haar bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te leggen op het gebied van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

4. Globale beschrijving bekostigingsmodel

Met ingang van 1 januari 2015 wordt de bekostiging van huisartsgeneeskundige zorg en multidisciplinaire zorg waarvan huisartsenzorg onderdeel is (multidisciplinaire eerstelijnszorg), samengebracht in één model. Het bekostigingsmodel is opgebouwd rondom drie segmenten, waarbij ieder segment zijn eigen kenmerken heeft.

Segment 1: Basisvoorziening huisartsenzorg

Het eerste segment richt zich op de basisvoorziening huisartsenzorg. Dit segment heeft betrekking op zorgvragen en aandoeningen waarvoor de huisarts doorgaans fungeert als eerste aanspreekpunt voor de patiënt en tevens fungeert als poortwachter. Deze zorgvragen en aandoeningen kunnen grotendeels binnen de huisartsenpraktijk gediagnosticeerd, behandeld en begeleid worden. De prestaties behorende bij dit segment worden beschreven in artikel 5.

Segment 2: Programmatische multidisciplinaire zorg

Het tweede segment richt zich op multidisciplinaire eerstelijnszorg, waarbij naast de huisartsenzorg ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling te leveren. Dit segment heeft betrekking op zorgvragen en aandoeningen die voortkomen uit specifieke kenmerken van een (in omvang) substantieel deel van de populatie. Een ondersteuningsstructuur is wenselijk om deze programmatisch vormgegeven zorg te leveren. De prestaties behorende bij dit segment worden beschreven in artikel 6.

Segment 3: Resultaatbeloning en zorgvernieuwing

Het derde segment richt zich op het belonen van uitkomsten en het stimuleren van vernieuwing. In dit segment wordt ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders geboden om (belonings)afspraken te maken over de resultaten van de inzet in huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg. Daarnaast biedt segment 3 de ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om praktijkgebonden afspraken te maken rondom huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg, bijvoorbeeld over het leveren van zorg die niet onder de andere segmenten valt. De prestaties behorende bij dit segment worden beschreven in artikel 7.

Prestaties buiten segmenten

De overgang van de bekostiging zoals deze tot en met 2014 bestaat naar het drie-segmentenmodel zoals beschreven in het "Advies Bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg" van de NZa, is groot. De overgang tussen beide systematieken wordt daarom gefaseerd ingevoerd. Met name de bekostiging in 2015 zal, ook met de introductie van de drie segmenten, nog veel kenmerken in zich dragen van de oude systematiek. Prestaties die nu nog niet goed in één van de drie segmenten zijn in te passen, worden in een separaat artikel 8 "prestaties buiten segmenten" beschreven. Ook binnen de drie segmenten zullen nog veel kenmerken van de oude systematiek zichtbaar zijn in 2015. In de toelichting bij de beleidsregel zal nader worden ingegaan over het doorontwikkeltraject in de komende periode.

Naast de toelichting kent de beleidsregel drie bijlagen. Bijlage 1 bevat de begripsbepalingen. Bijlage 2 omvat de prestatielijst van de M&I-verrichtingen. Bijlage 3 is het verantwoordingsdocument over de berekening van de maximumtarieven.

5. Segment 1

5.1 Beschrijving segment

Het eerste segment richt zich op de basisvoorziening huisartsenzorg. Het is opgebouwd rondom vier hoofdelementen: de inschrijving op naam, het consult, de separate bekostiging van de functie POH-GGZ, en een aantal specifieke verrichtingen. Het kent een hybride karakter van vergoeding op basis van abonnement en op basis van verrichtingen.

5.2 Prestatiebeschrijvingen

Binnen segment 1 worden de volgende prestaties onderscheiden

5.2.1 Inschrijving

De inschrijving biedt beschikbaarheid van het integrale pakket aan huisartsgeneeskundige zorg voor de bij de zorgaanbieder op naam ingeschreven verzekerden.

- Het tarief van de inschrijving is een bedrag per kwartaal per op naam van de huisarts ingeschreven verzekerde. Het tarief is een vergoeding voor de kosten van beschikbaarheid en een deel van de kosten van zorglevering.
- Het tarief van de inschrijving wordt gedifferentieerd naar leeftijd, waarbij drie leeftijdscategorieën worden onderscheiden:
 - o Ingeschreven verzekerden tot 65 jaar
 - o Ingeschreven verzekerden vanaf 65 tot 75 jaar
 - o Ingeschreven verzekerden vanaf 75 jaar
- Het tarief wordt nader gedifferentieerd voor ingeschreven verzekerden woonachtig in een opslagwijk (vh. "achterstandswijk").

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Het tarief mag enkel in rekening worden gebracht indien de verzekerde zich uit eigen beweging heeft ingeschreven bij de betreffende zorgaanbieder.
2. Het tarief mag enkel in rekening worden gebracht voor die verzekerden die op de eerste dag van het kwartaal bij de zorgaanbieder ingeschreven staan.
3. Het tarief kan in rekening worden gebracht in aanvulling op de overige prestaties zoals in deze beleidsregel beschreven, tenzij expliciet anders wordt vermeld.

5.2.2 Regulier consult

Het consult is een direct patiëntcontact van een ingeschreven verzekerde met de zorgaanbieder.

- Het tarief van het consult is een bedrag per patiëntcontact. Het tarief is een vergoeding voor een deel van de kosten van zorglevering.
- Het consult wordt gedifferentieerd in 7 separate prestaties, die in onderstaande tabel worden weergegeven.

Prestatie

Consult regulier korter dan 20 minuten
Consult regulier 20 minuten en langer
Visite regulier korter dan 20 minuten
Visite regulier 20 minuten en langer
E-mailconsult regulier
Telefonisch consult regulier
Vaccinatie regulier

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Indien het patiëntcontact al in rekening wordt gebracht in het kader van een andere prestatie, mag de zorgaanbieder daarnaast niet ook een consult declareren.
2. De prestaties "Consult regulier 20 minuten en langer" en "Visite regulier 20 minuten en langer" mogen alleen in rekening worden gebracht indien het zorginhoudelijke patiëntcontact daadwerkelijk 20 minuten of langer in beslag heeft genomen.
3. Kleine chirurgische ingrepen die niet vallen onder de prestatie "Chirurgie" (zie 5.2.5) zijn in het consulttarief begrepen.

4. Het maken en lezen van een ECG is in het consulttarief begrepen. Voor de kosten van een ECG wordt uitgegaan van een normbedrag, zie artikel 8.2.7.
5. Telefonische consulten mogen niet in rekening worden gebracht, tenzij deze duidelijk dienen ter vervanging van een spreekuurconsult.
6. Een vaccinatie tijdens een consult of een visite mag niet extra in rekening worden gebracht.
7. De declaraties (honorarium en kosten) voor de door de dienstenstructuren geleverde ANW-diensten lopen via de dienstenstructuur waaraan de zorgaanbieder is verbonden. De aan een dienstenstructuur verbonden zorgaanbieders mogen voor de verrichte consulten niet zelf declareren.
8. Het e-mailconsult mag niet in rekening worden gebracht, tenzij het e-mailcontact duidelijk dient ter vervanging van een spreekuurconsult. Het tarief kan alleen worden gedeclareerd indien voldaan wordt aan de voorwaarden die de beroepsgroep zelf heeft opgesteld in de KNMG-richtlijn "online arts-patiënt contact". Deze richtlijn stelt onder andere dat in het geval van online-zorgverlening sprake moet zijn van een bestaande behandelrelatie tussen arts en patiënt en dat zorgverlening via internet niet moet worden aangewend bij de eerste beoordeling van een aandoening. Bij afwezigheid van een dergelijke behandelrelatie kan online contact slechts plaatsvinden als de daaraan verbonden risico's geminimaliseerd zijn en dat contact de patiënt ten goede komt.
9. Een consult kan ook in rekening worden gebracht indien sprake is van zorgverlening zonder direct face-to-face-contact, bijvoorbeeld via internet. Voorwaarde is wel dat het contact zowel inhoudelijk als qua tijdsbesteding vergelijkbaar is met de zorgverlening die in een regulier consult wordt geboden. Als de zorgverlening qua tijdsbesteding beperkter is (bijvoorbeeld in het geval van e-mailwisseling) is de prestatie "e-mailconsult" van toepassing. Aanvullende voorwaarde bij de declaratie van een consult zonder direct face-to-face-contact is dat voldaan wordt aan de voorwaarden die de beroepsgroep zelf heeft opgesteld in de KNMG-richtlijn "online arts-patiënt contact". Deze richtlijn stelt onder andere dat in het geval van online-zorgverlening sprake moet zijn van een bestaande behandelrelatie tussen arts en patiënt en dat zorgverlening via internet niet moet worden aangewend bij de eerste beoordeling van een aandoening. Bij afwezigheid van een dergelijke behandelrelatie kan online contact slechts plaatsvinden als de daaraan verbonden risico's geminimaliseerd zijn en dat contact de patiënt ten goede komt.
10. De prestatie "Consult regulier 20 minuten en langer" mag (in afwijking van onderdeel 2) ook in rekening worden gebracht indien het gaat om een van de volgende verrichtingen (vh. M&I-verrichtingen):
 - a. Postoperatief consult in de praktijk (vh. 13016)
 - b. Verrichting ter vervanging van specialistenbezoek (vh. 13018)
 - c. Trombosebeen (vh. 13019)
 - d. Varices sclerosering (vh. 13020)
 - e. Therapeutische injectie (Cyriax, vh. 13023)
 - f. Aanmeten en plaatsen pessarium (vh. 13025)
 - g. IUD aanbrengen / Implanteren of verwijderen implanonstaafje (vh. 13042).

11. De prestatie "Visite regulier 20 minuten en langer" mag (in afwijking van onderdeel 2) ook in rekening worden gebracht indien het gaat om een postoperatief consult thuis (vh. M&I-verrichting 13017) of om een visite bij een kortdurend opgenomen patiënt (vh. M&I-verrichting 13046).

5.2.3 Consult passanten, militairen, gemoedsbezwaarden

Directe patiëntcontacten van niet-ingeschreven verzekerden met de zorgaanbieder kunnen in rekening worden gebracht voor de volgende drie patiëntencategorieën:

- 1) Militairen in actieve dienst. Het betreft een vergoeding voor incidentele en acute huisartsenzorg.
 - 2) Gemoedsbezwaarden als omschreven in artikel 2.2b van de Zorgverzekeringswet.
 - 3) Passanten, zijnde overige niet bij de betreffende huisarts ingeschreven patiënten. Het betreft een vergoeding voor incidentele en acute huisartsenzorg.
- Het tarief van het consult is een bedrag per patiëntcontact. Het tarief is een vergoeding voor de kosten van zorglevering.
 - Het consult wordt gedifferentieerd in 3x6 separate prestaties, die in onderstaande tabel worden weergegeven.

Prestatie

Consult passant/militair/gemoedsbezw. korter dan 20 minuten
Consult passant/militair/gemoedsbezw. 20 minuten en langer
Visite passant/militair/gemoedsbezw. korter dan 20 minuten
Visite passant/militair/gemoedsbezw. 20 minuten en langer
Telefonisch consult passant/militair/gemoedsbezwaarde
Vaccinatie passant/militair/gemoedsbezwaarde

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Voorwaarden, voorschriften en beperkingen 1 tot en met 7 van de reguliere consulten (zie 5.2.2) zijn mutatis mutandis van toepassing.
2. Consulten voor passant, militair of gemoedsbezwaarde mogen door de zorgaanbieder alleen in rekening worden gebracht voor zorg buiten ANW-uren.
3. Consulten voor passant of militair mogen door de zorgaanbieder alleen in rekening worden gebracht voor incidentele en acute zorg en onder voorwaarde van een overeenkomst met minimaal 1 zorgverzekeraar.
4. Als aanvullende voorwaarde geldt dat een consult voor een passant niet in rekening mag worden gebracht indien de betreffende patiënt woonachtig is in de vestigingsgemeente van de huisarts.
5. Indien niet aan de voorwaarden 2 t/m 4 wordt voldaan, mogen alleen de reguliere consulten (zie 5.2.2) in rekening worden gebracht.
6. De prestatie "Visite passant 20 minuten en langer" mag (in afwijking van onderdeel 1) ook in rekening worden gebracht bij niet-ingeschreven patiënten, indien het gaat om een visite bij een kortdurend opgenomen patiënt (vh. M&I-verrichting 13046),

5.2.4 POH-GGZ

De functie Praktijkondersteuning Geestelijke Gezondheidszorg (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.

Binnen de functie POH-GGZ onderscheidt de NZa de volgende prestaties.

- *Module POH-GGZ*
De module biedt beschikbaarheid van de functie POH-GGZ voor de bij de zorgaanbieder op naam ingeschreven verzekerden. Het tarief van de module is een bedrag per kwartaal per op naam van de zorgaanbieder ingeschreven verzekerde. Het tarief is een vergoeding voor de kosten van beschikbaarheid, e-health en consultatieve raadpleging en een deel van de kosten van zorglevering.
- *Consult POH-GGZ*
Het consult POH-GGZ is een direct patiëntcontact van een ingeschreven verzekerde met een zorgverlener POH-GGZ. Het tarief is een vergoeding voor een deel van de kosten van zorgverlening in het kader van POH-GGZ. Het consult wordt gedifferentieerd in 7 separate prestaties, die in onderstaande tabel worden weergegeven. Het maximale basisconsulttarief POH-GGZ is gelijk aan het maximale basistarief van het reguliere consult (5.2.2).

Prestatie

Consult POH-GGZ korter dan 20 minuten
Consult POH-GGZ 20 minuten en langer
Visite POH-GGZ korter dan 20 minuten
Visite POH-GGZ 20 minuten en langer
Telefonisch consult POH-GGZ
E-mailconsult POH-GGZ
Groepsconsult POH-GGZ

- *Onderlinge dienstverlening POH-GGZ*
Prestaties in rekening te brengen door een zorgaanbieder bij een zorgaanbieder. We onderscheiden hier:
 - o Onderlinge dienstverlening t.b.v. POH-GGZ;
 - o Onderlinge dienstverlening t.b.v. consultatieve raadpleging bij POH-GGZ.

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Voorwaarden, voorschriften en beperkingen 1, 2, 5, 7 en 8 van de reguliere consulten (zie 5.2.2) zijn mutatis mutandis van toepassing op de consulten POH-GGZ.
2. Voor alle prestaties POH-GGZ geldt dat zij enkel in rekening gebracht mogen worden indien hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt én kunnen in rekening worden gebracht indien de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde uitsluitend restitutiepolissen aanbiedt onder voorwaarde dat er een overeenkomst is voor POH-GGZ met minimaal 1 andere zorgverzekeraar.
3. Indien de betreffende zorgaanbieder (aanbieder POH-GGZ) niet ook de aanbieder is van de basisvoorziening 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.

4. 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.

5.2.5 Overige S1-verrichtingen

Voor vijf specifieke (groepen van) verrichtingen bestaan separate prestaties. Het betreft verrichtingen die tot en met 2014 als M&I-verrichting gedeclareerd konden worden. Het is een tarief per verrichting en is een vergoeding voor de kosten van zorglevering. Onderstaande tabel specificeert de vijf prestaties en ter informatie de oude M&I-prestatiecodes waarvoor de prestaties in de plaats komen.

<i>Prestatie</i>	<i>Oude M&I-code</i>
Chirurgie	13012, 13047, 13048
Intensieve zorg, dag	13034, 13035
Intensieve zorg, ANW	13036, 13037
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	13015
Oogboring	13024

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Voor deze prestaties geldt dat zij enkel in rekening gebracht mogen worden indien hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde 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 de prestatie met minimaal 1 andere zorgverzekeraar. De verrichtingen M&I geleverd aan gemoedsbezwaarden als omschreven in artikel 2.2b van de Zorgverzekeringswet mogen enkel in rekening worden gebracht indien hierover een overeenkomst met de desbetreffende gemoedsbezwaarde is gesloten.
2. "Chirurgie" betreft chirurgische ingrepen ter vervanging van behandeling in de 2e lijn, zoals:
 - a. excisie van een atheroom, lipoom, fibroom, chalazion, neavus/multiple naevi;
 - b. huidbiopt (stans), electrochirurgie;
 - c. complexe (uitgebreide) wondbehandeling met hechten;
 - d. Barron-ligatie;
 - e. chirurgische decubitusbehandeling;
 - f. nagelchirurgie bijvoorbeeld nagelextractie respectievelijk nagelbedexcisie;
 - g. incideren van abces of van vers getromboseerd hemorrhoid, incisie periaanaal abces/sinus pilonidalis;
 - h. ascitespunctie;
 - i. verdenking melanoom, basaalcelcarcinoom, plaveiselcelcarcinoom, overige maligniteiten huid;
 - j. hechten grotere/lelijke complexe wonden;
 - k. frenulumplastiek;
 - l. behandeling van multipole condylomata acuminata met electrocoagulatie-apparatuur.
3. Het verwijderen van wratten of mollusca valt niet onder "Chirurgie", maar onder het begrip kleine chirurgie in de consultprestaties van artikelen (5.2.2, 5.2.3 en 8.2.2).
4. "Intensieve zorg" betreft het verlenen van intensieve zorg aan terminale patiënten of patiënten waarvoor het CIZ een ZZP-indicatie met grondslag PG of Somatiek uit de V&V-

reeks van 5 of hoger heeft afgegeven en die niet verblijven in een AWBZ-instelling met toelating voor AWBZ-behandeling. Indien de visite aanvangt tijdens ANW-uren, dan mag de prestatie "Intensieve zorg, ANW" in rekening worden gebracht.

5. "Compressietherapie bij ulcus cruris" betreft het behandelen van een patiënt met ulcus cruris met behulp van compressietherapie, met de volgende voorwaarden:
 - indicatie conform NHG-standaard M16;
 - de patiënt is niet onder behandeling van een medisch specialist.
6. "Oogboring" betreft het verwijderen van een corpus alienum uit het oog.

5.3 Tariefsoort

Voor alle prestaties zoals beschreven in artikel 5.2 van deze beleidsregel geldt dat de NZa maximumtarieven vaststelt. Uitzondering hierop vormen de twee prestaties "onderlinge dienstverlening POH-GGZ" (zie 5.2.4): hiervoor geldt een vrij tarief.

De onderbouwing van de rekenmethode die gehanteerd wordt door de NZa om tot de maximumtarieven te komen wordt uiteengezet in het verantwoordingsdocument, dat als bijlage 3 bij deze beleidsregel is opgenomen.

6. Segment 2

6.1 Beschrijving segment

Het tweede segment richt zich op multidisciplinaire eerstelijnszorg, waarbij naast de huisartsenzorg ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling te leveren. Dit segment heeft betrekking op zorgvragen en aandoeningen die voortkomen uit specifieke kenmerken van een (in omvang) substantieel deel van de populatie. Een ondersteuningsstructuur is wenselijk om deze programmatisch vormgegeven zorg te leveren.

Dit segment bestaat per 1 januari 2015 uit drie onderdelen: Segment 2A (S2A), Segment 2B (S2B) en de module Geïntegreerde eerstelijns zorg (GEZ).

- S2A beschrijft ketenprestaties voor multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg in het kader van Diabetes Mellitus type 2 (DM2), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Vasculair Risicomanagement (VRM) en Astma. Er worden twee prestaties vastgesteld binnen S2A; één prestatie voor de ketenzorg DM2 en VRM en één prestatie voor ketenzorg COPD en astma.
- S2B biedt ruimte voor partijen om programmatische zorg vorm te geven voor elementen van zorg die nog geen onderdeel uitmaken van de reguliere integrale bekostiging in S2A. Het gaat hierbij om nieuwe ketens (bijvoorbeeld depressie of programmatische zorg voor kwetsbare ouderen) of nieuwe elementen van zorg binnen de bestaande ketens (bijvoorbeeld farmaceutische zorg) waarbij landelijk overeenstemming is over de aanpak en onderliggende zorgstandaarden. Veldpartijen kunnen de NZa een specifiek verzoek doen om dit segment te

vullen met prestaties die aan bovenstaande voorwaarden voldoen. Segment S2B is op dit moment nog niet gevuld met prestaties.

- Via de GEZ-module worden de personele inzet, organisatie en infrastructuur bekostigd die nodig is voor multidisciplinaire samenwerking tussen zorgaanbieders in de eerste lijn. Die inzet, organisatie, infrastructuur en samenwerking richten zich op multidisciplinaire eerstelijnszorg en op resultaten daaruit op het vlak van kwaliteit, doelmatigheid, patiëntgerichtheid (service) en innovatie.

6.2 Prestatiebeschrijvingen

Binnen segment 2A worden twee prestaties onderscheiden: Multidisciplinaire zorg DM2/VRM (zie 6.2.1) en Multidisciplinaire zorg COPD/Astma (zie 6.2.2). Ook kent Segment 2 twee prestaties voor geïntegreerde eerstelijnszorg (zie 6.2.3).

6.2.1 *Multidisciplinaire zorg DM2/VRM*

Deze prestatie betreft zorg aan een patiënt met Diabetes Mellitus type 2 (vanaf 18 jaar) en/of met verhoogd risico op overlijden aan hart- of vaatziekten, waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines de zorgonderdelen in samenhang en in samenwerking met de betreffende patiënt aan de patiënt leveren. De zorgonderdelen die deel uitmaken van deze prestatie worden beschreven binnen de kaders van de standaard voor zorgstandaarden welke ingevuld wordt met behulp van de zorgstandaard voor Diabetes Mellitus en de zorgstandaard Vasculair Risicomanagement die geldt op het moment van sluiten van de overeenkomst en is aangepast aan de lokale situatie.

De prestatie betreft de ingevulde standaard voor zorgstandaarden, waarbij de prestatie geldt voor het deel van de zorgstandaard dat inhoud en levering beschrijft nadat de diagnose is vastgesteld (in het geval van VRM een risico van minimaal 5% om binnen 10 jaar te overlijden aan hart- of vaatziekte). De zorg bestaat tenminste uit (een) ziekte specifieke en (een) generieke component(en) waarbij de organisatiestructuur en de kwaliteitscyclus waarbinnen de zorgonderdelen geleverd worden, tenminste dienen te voldoen aan de criteria zoals gesteld in het vigerende zorgstandaard model van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden.

Uitgezonderd van de prestatiebeschrijving zijn de ANW-zorg, eerstelijnsdiagnostiek, geneesmiddelenzorg en hulpmiddelenzorg. Geneesmiddelen verstrekt binnen een programmatische aanpak van zorg bij het Stoppen met Roken vallen wel onder de prestatiebeschrijving.

De prestatie start op het moment dat de diagnose DM type 2 is gesteld of het verhoogde risico (VRM) is vastgesteld en aan eventuele aanvullende inclusiecriteria uit de zorgstandaard is voldaan, en duren zolang de cliënt 'in zorg' is.

6.2.2 *Multidisciplinaire zorg COPD/Astma*

Deze prestatie betreft zorg aan een patiënt met Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) en/of astma, waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines de zorgonderdelen in samenhang en in samenwerking met de betreffende patiënt aan de patiënt leveren. De zorgonderdelen die deel uitmaken van deze prestatie worden beschreven binnen de kaders van de standaard voor zorgstandaarden die ingevuld wordt met behulp van de zorgstandaard voor COPD en de zorgstandaard voor

Astma die geldt op het moment van sluiten van de overeenkomst en is aangepast op de lokale situatie.

De prestatie betreft de ingevulde standaard voor zorgstandaarden, waarbij de prestatie geldt voor het deel van de zorgstandaard dat inhoud en levering beschrijft nadat de diagnose is vastgesteld. Het bestaat tenminste uit (een) ziekte specifieke en (een) generieke component(en) waarbij de organisatiestructuur en de kwaliteitscyclus waarbinnen de zorgonderdelen geleverd worden, tenminste dienen te voldoen aan de criteria zoals gesteld in het vigerende zorgstandaard model van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden.

Uitgezonderd van de prestatie zijn de ANW-zorg, eerstelijnsdiagnostiek, geneesmiddelenzorg en hulpmiddelenzorg. Geneesmiddelen verstrekt binnen een programmatische aanpak van zorg bij het Stoppen met Roken vallen wel onder de prestatiebeschrijving.

De prestatie start op het moment dat de diagnose COPD of Astma is gesteld en aan eventuele aanvullende inclusiecriteria uit de zorgstandaard is voldaan, en duren zolang de cliënt 'in zorg' is.

6.2.3 Module geïntegreerde eerstelijnszorg

De "Module geïntegreerde eerstelijnszorg" biedt patiënten de voordelen van multidisciplinaire samenwerking tussen zorgverleners voor wat betreft het leveren van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten. Het tarief is een vergoeding voor de kosten van personele inzet, organisatie en infrastructuur die nodig is voor die samenwerking. Binnen de module onderscheiden we twee prestaties:

Prestatie

Geïntegreerde eerstelijnszorg voor samenwerkingsverbanden die rechtspersoonlijkheid bezitten.

Geïntegreerde eerstelijnszorg voor samenwerkingsverbanden die geen rechtspersoonlijkheid bezitten.
--

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Indien voor samenwerking (sector)specifieke beleidsregels zijn opgesteld, dan gelden die specifieke beleidsregels.
2. De modules kunnen enkel in rekening worden gebracht door een samenwerkingsverband ter bevordering van structurele multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijnszorg.
3. Voornoemd samenwerkingsverband is een organisatorisch verband, waarbinnen een aantal beroepsbeoefenaren uit de eerste lijn structureel met elkaar samenwerkt. Deze samenwerking bestaat in ieder geval uit samenwerking tussen een zorgaanbieder die de basisvoorziening huisartsenzorg verleent of kan verlenen met een of meer zorgaanbieders die andere zorg verlenen of kunnen verlenen. Zij bieden en leveren gezamenlijk een geïntegreerd op elkaar afgestemd doelmatig zorgaanbod.

6.3 Tariefsoort

De prestaties in segment 2 kennen een vrij tarief en mogen enkel in rekening worden gebracht indien hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt. De prestaties in S2A en S2B mogen ook in rekening worden gebracht indien de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde

uitsluitend restitutiepolissen aanbiedt onder de voorwaarde dat er een overeenkomst is met minimaal 1 andere zorgverzekeraar.

Voor zowel S2A- als S2B-prestaties geldt een vrij tarief per geïncorporeerde patiënt per kwartaal, voor de GEZ-module geldt een vrij tarief per verzekerde per kwartaal.

Looptijd tarief

Het overeengekomen tarief voor de twee S2A-prestaties is een tarief per kwartaal en heeft een looptijd van 1 januari tot en met 31 december van enig jaar. Het is partijen toegestaan meerjarige contracten te sluiten, en daarin voor elk jaar van de looptijd van het contract een jaartarief en eventueel aanvullende afspraken overeen te komen.

Tarief onderlinge dienstverlening

De tarieven voor onderlinge dienstverlening in het kader van zowel de S2A- als de S2B-prestaties en de module geïntegreerde eerstelijnszorg zijn vrij.

7. Segment 3

7.1 Beschrijving segment

Segment 3 biedt de ruimte aan verzekeraars en aanbieders om onderling afspraken te maken over het belonen van uitkomsten van zorg en zorgvernieuwing op lokaal niveau. De afspraken binnen segment 3 kunnen betrekking hebben op uitkomsten van zorg geleverd in S1 (huisartsenzorg) en S2 (multidisciplinaire zorg). Ook de zorgvernieuwing kan op beide domeinen betrekking hebben.

Om richting te geven aan de invulling van uitkomstbepaling worden separate deelprestaties ingevoerd voor een aantal specifieke domeinen (adequaat verwijzen & diagnostiek, doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen, service & bereikbaarheid en ketenzorg).

Ruimte voor zorgvernieuwing in S3 wordt geboden middels drie separate prestaties: e-health, het meekijkconsult en de prestatie overige zorgvernieuwing.

7.2 Prestatiebeschrijvingen

7.2.1 Resultaatbeloning

Binnen het domein Resultaatbeloning worden onderstaande deelprestaties onderscheiden. Deelprestaties mogen niet zelfstandig in rekening worden gebracht. Deze deelprestaties mogen enkel in rekening worden gebracht met minimaal een van de volgende prestaties:

- a. Inschrijving
- b. Multidisciplinaire zorg DM2/VRM
- c. Multidisciplinaire zorg COPD/Astma.

- *Resultaatbeloning adequaat verwijzen en diagnostiek*
Deze deelprestatie biedt ruimte om afspraken te maken over beloning op uitkomsten van zorgkwaliteit en/of kosten als gevolg van het adequaat doorverwijzen naar andere zorgaanbieders, het aanvragen van diagnostiek, of een combinatie van beide.
- *Resultaatbeloning doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen*
Deze deelprestatie biedt ruimte om afspraken te maken over beloning op uitkomsten van zorgkwaliteit en/of kosten als gevolg

van het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen. Hierbij kunnen partijen aansluiten bij uniforme indicatoren zoals die van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM)¹ en algemene indicatoren over het voorschrijven van multisource geneesmiddelen.

- *Resultaatbeloning service en bereikbaarheid*
Deze deelprestatie biedt ruimte om afspraken te maken over beloning op uitkomsten van zorgkwaliteit en/of kosten als gevolg van een verbetering in service en bereikbaarheid. Hieronder vallen afspraken rondom zaken als:
 - Het hebben en gebruiken van mogelijkheden voor patiënten om digitaal afspraken te maken met de huisartspraktijk.
 - Het hebben en gebruiken van mogelijkheden voor patiënten tot het aanvragen van herhaalrecepten via mail of website.
 - Het ingericht hebben van een ochtend en/of avondspreekuur en/of weekendspreekuur.
 - Deelname aan een klanttevredenheidsonderzoek.
 - Volledige telefonische bereikbaarheid.
- *Resultaatbeloning multidisciplinaire zorg*
Deze deelprestatie biedt ruimte om afspraken te maken over beloning op uitkomsten van zorgkwaliteit en/of kosten rondom multidisciplinaire zorg(programma's). Hierbij kunnen partijen aansluiten bij de uniforme indicatoren en normen overeengekomen door branchepartijen InEen en Zorgverzekeraars Nederland².
- *Resultaatbeloning overig*
Deze deelprestatie biedt ruimte om afspraken te maken over beloning op uitkomsten van zorgkwaliteit en/of kosten bij domeinen andere dan de vier hierboven genoemde.

7.2.2 Zorgvernieuwing

Binnen het domein Zorgvernieuwing worden de volgende prestaties onderscheiden.

- *Zorgvernieuwing E-health*
Deze prestatie biedt ruimte om afspraken te maken over de vergoeding van of beloning voor inzet van e-health binnen de geboden zorgverlening, voor zover de e-health een van de twee volgende vormen betreft:
 - Digitale instrumenten voor zelfmanagement door de patiënt
 - Digitale behandelvormen.
 Beperking: E-health die samenhangt met enkel de functie POH-GGZ moet in eerste instantie onder die prestatie in rekening worden gebracht (zie 4.2.4); alleen als partijen afspraken maken die de ruimte van die prestatie te boven gaat, kan de S3-prestatie "Zorgvernieuwing E-health" voor dat deel worden gebruikt..
- *Zorgvernieuwing Meekijkconsult*
De prestatie 'Meekijkconsult' biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over de inzet van aanvullende middelen, van waaruit de zorgaanbieder de expertise in kan roepen van gespecialiseerde zorgaanbieders zonder hierbij tot verwijzing te hoeven overgaan. Dit kan de inzet zijn van medisch

¹ De IVM-indicatoren worden door Vektis beheerd onder de naam Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen.

² Te raadplegen via www.ineen.nl en www.zn.nl.

specialistische consultatie of de inzet van andere expertises in het zorgveld. Doel van de inzet moet zijn om verwijzing te voorkomen of, indien verwijzing toch nodig is, om doelgericht te kunnen verwijzen. De huisarts blijft tijdens het meekijkconsult de hoofdbehandelaar.

Indien de zorgaanbieder een afspraak maakt over aanvullende financiering door middel van deze module, kan de inzet van de ingeroepen expertise via onderlinge dienstverlening tegen vrij tarief worden bekostigd.

Bepanking: Een meekijkconsult dat samenhangt met enkel de functie POH-GGZ moet in eerste instantie onder die prestatie in rekening worden gebracht (consultatieve raadpleging POH-GGZ, zie 4.2.4); alleen als partijen afspraken maken die de ruimte van die prestatie te boven gaat, kan de S3-prestatie "Zorgvernieuwing Meekijkconsult" voor dat deel worden gebruikt.

- *Overige zorgvernieuwing*

Deze prestatie biedt ruimte om lokale afspraken te maken over de vergoeding van overige vormen van zorgvernieuwing, die niet in één van de prestaties f of g zijn onder te brengen.

7.3 Tariefsoort

Alle prestaties binnen segment 3 kennen een vrij tarief en kunnen enkel in rekening worden gebracht indien hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt.

Voor deelprestaties a tot en met d binnen het domein Resultaatbeloning geldt dat de afgesproken tarieven betrekking hebben op een bedrag per verzekerde, dan wel een bedrag per geïnccludeerde patiënt. Voor de deelprestatie e "Resultaatbeloning overig" en de prestaties f tot en met h binnen het domein Zorgvernieuwing geldt de voorgaande beperking niet.

8. Prestaties buiten segmenten

8.1 Beschrijving

Niet alle prestaties zoals deze in de bekostigingssystematiek tot en met 2014 golden, kunnen in 2015 in het drie-segmentenmodel worden ingepast. Het bekostigingsmodel zoals dit voor 2015 geldt kent daarom een restcategorie "prestaties buiten segmenten".

Op termijn zullen deze prestaties waar mogelijk worden ingevoegd in één of meer van de geïntroduceerde segmenten. In de toelichting bij deze beleidsregel wordt nader ingegaan op de doorontwikkeling van het bekostigingsmodel.³

8.2 Prestatiebeschrijvingen

De volgende prestaties buiten de segmenten worden onderscheiden.

8.2.1 ANW-verrichtingen in HDS

³ Op basis van het eerstelijnsakkoord dat ten grondslag ligt aan de vormgeving van deze beleidsregel, kunnen de prestaties zoals beschreven in artikel 5.2.3 voor passanten, gemoedsbezwaarden en militairen ook geïnterpreteerd worden als "prestatie buiten segment". Omdat de prestaties zowel inhoudelijk als in tariefonderbouwing een direct verband hebben met de "reguliere" consult en inschrijftarieven zoals beschreven in segment 1, zijn deze specifieke prestaties in deze beleidsregel opgenomen onder S1.

Voor incidentele en acute huisartsenhulp in ANW-uren (avond-, nacht- en weekenduren, zie bijlage 1) is een maximum uurtarief van kracht voor huisartsen die participeren in een huisartsendienstenstructuur (HDS). Het uurtarief brengen huisartsen in rekening bij de HDS waarin zij participeren.

Ten behoeve van de overheveling van de patiëntenstroom van de 2^e naar de 1^e lijn kan door de huisarts een toeslag in rekening worden gebracht. De huisarts kan deze opslag enkel in rekening brengen indien:

1. De huisarts hiertoe een overeenkomst heeft met de betreffende HDS;
2. 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.

8.2.2 ANW-verrichtingen buiten HDS

Voor huisartsen die niet participeren in een huisartsendienstenstructuur is een separaat consulttarief van kracht voor incidentele en acute huisartsenhulp gedurende de ANW-uren.

Het ANW-consult wordt gedifferentieerd in 6 separate prestaties, die in onderstaande tabel worden weergegeven.

Prestatie

Consult ANW korter dan 20 minuten
Consult ANW 20 minuten en langer
Visite ANW korter dan 20 minuten
Visite ANW 20 minuten en langer
Telefonisch consult ANW
Vaccinatie ANW

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Voorwaarden, voorschriften en beperkingen 1 t/m 7 van de reguliere consulten (zie 5.2.2) zijn mutatis mutandis van toepassing.
2. Deze consulten/visites voor ANW-zorg kunnen alleen in rekening worden gebracht indien de zorgaanbieder die niet participeert in een huisartsendienstenstructuur voor de desbetreffende verzekerden en/of (principeel) niet-verzekerden, zijnde gemoedsbezwaarden als omschreven in artikel 2.2b van de Zorgverzekeringswet, in zijn/haar praktijk een overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar resp. de gemoedsbezwaarde op basis waarvan de tarieven voor ANW-zorg in rekening kunnen worden gebracht.
3. Het declareren van het tarief is alleen toegestaan indien de zorg is verleend tijdens ANW-uren en indien vaststaat dat het tijdstip waarop de hulp is verleend, de patiënt is aan te rekenen.

8.2.3 Informatieverzoek bedrijfsarts of verzekeringsarts

Voor informatieverstrekking aan een bedrijfsarts of verzekeringsarts binnen het kader van sociaalrechtelijke wetgeving worden twee prestaties onderscheiden, met een tarief per verrichting:

Prestatie

Telefonische informatieverstrekking
Schriftelijke informatieverstrekking

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Het tarief voor informatieverstrekking mag alleen in rekening worden gebracht indien de vragen schriftelijk zijn gesteld door een bedrijfsarts of verzekeringsarts.
2. Voor een gevraagde toelichting/verduidelijking op de verstrekte informatie kan niets aanvullends in rekening worden gebracht.
3. Het tarief mag alleen in rekening worden gebracht indien de vragen gesteld zijn in het kader van de volgende wetgeving:
 - a. door of namens arbodiensten in het kader van de Arbeidsomstandighedenwet 1998, het Burgerlijk Wetboek (BW), de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA), de Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten (Wet REA) en de op deze wetten gebaseerde lagere regelgeving;
 - b. door of namens de Sociale Verzekeringsbank ter uitvoering van de Algemene nabestaandenwet (ANW), Algemene Kinderbijslagwet (AKW) en de op die wetten gebaseerde lagere regelgeving, alsmede van de Regeling tegemoetkoming onderhoudskosten thuiswonende gehandicapte kinderen 2000 (TOG 2000);
 - c. door of namens de Uitvoering Werknemersverzekeringen (UWV), voorheen het landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv) of de uitvoeringsinstellingen bedoeld in art. 41 OSV 1997 ter uitvoering van:
 - i. artikel 7: 685 van Burgerlijk Wetboek,
 - ii. artikel 6 Buitengewoon Besluit Arbeidsverhoudingen,
 - iii. de Ziektewet (ZW),
 - iv. de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA),
 - v. de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (WAZ),
 - vi. de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (WAJONG),
 - vii. de Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten (Wet REA),
 - viii. de Tijdelijke wet beperking inkomensgevolgen arbeidsongeschiktheidscriteria (TWBIA),
 - ix. de Toeslagenwet (TW),
 - x. de Werkloosheidswet (WW)
 - xi. en de Organisatiewet sociale verzekeringen (OSV 1997), alsmede van de op al deze wetten gebaseerde lagere regelgeving.

8.2.4 *Uitstrijkjes*

Voor een zogenaamd uitstrijkje in het kader van het preventieve bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker bestaat de volgende prestatie, met een tarief per verrichting:

Prestatie

Uitstrijkje

8.2.5 *Keuringen en onderzoek*

Voor keuringen en onderzoek worden veertien prestaties onderscheiden, met een tarief per verrichting:

Prestatie

Spreekuurcontrole (voor o.a. bedrijfsgeneeskundig onderzoek)
--

Gericht klein onderzoek

Visitecontrole (voor o.a. bedrijfsgeneeskundig onderzoek)

Keuring voor invalidenparkeerkaart (kort)
Keuring voor invalidenparkeerkaart (lang)
Kleine keuring (oriënterend algemeen lichamelijk onderzoek)
Periodiek (beperkt) geneeskundig onderzoek
Scheepvaartkeuring
Grote keuring
Invaliditeitskeuring met rapport
Rijbewijskeuring tot 15 minuten
Rijbewijskeuring 15 minuten en meer
Bedrijfs- en sollicitatiekeuring
Periodiek geneeskundig onderzoek(conform LHV keuring)

Voor de reiskosten die de zorgaanbieder eventueel maakt in het kader van keuringen en onderzoek geldt een kilometervergoeding per retourkilometer (is 2 gewone kilometers) vanaf 5 retourkilometers:

Prestatie

Kilometervergoeding (vanaf 5 retourkilometers) per retourkilometer
--

8.2.6 Verbruiksmaterialen

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

Prestatie

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)

8.2.7 Kostenvergoedingen

De navolgende kostenvergoedingen mogen additioneel op basis van de werkelijk gemaakte kosten (dus na aftrek van eventuele bonussen of kortingen) in rekening worden gebracht. Uitzondering hierop vormen de kosten van ECG maken; hiervoor geldt een normbedrag.

Prestatie

Kosten ECG maken
Kosten entstoffen
Laboratoriumkosten

8.2.8 SCEN

De prestatie steun en consultatie bij euthanasie in Nederland (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.

8.2.9 Huisartsenzorg voor asielzoekers in de centrale opvang

Voor huisartsenzorg aan 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 abonnementstarief per plaats.

8.2.10 Module achterstandsfonds

Via het achterstandsfonds kunnen op een indirecte wijze specifieke zorgactiviteiten in het kader van de achterstandswijkproblematiek worden gefinancierd. Hierbij wordt de mogelijkheid geboden om een bedrag voor de betreffende prestatie in rekening te brengen per kwartaal en per bij de huisarts ingeschreven verzekerde in een opslagwijk (vh. "achterstandswijk").

De vergoeding voor het fonds inzake achterstandswijkproblematiek mag in rekening worden gebracht voor verzekerden in opslagwijken indien hier een overeenkomst met de desbetreffende zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt.

8.2.11 M&I-verrichtingen

Voor 26 M&I-verrichtingen bestaan nog separate prestaties. Voor een overzicht van de M&I-verrichtingen en bijbehorende voorwaarden, voorschriften en beperkingen wordt verwezen naar bijlage 2.

De verrichtingen M&I geleverd aan verzekerden mogen enkel in rekening worden gebracht indien hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt en kunnen ook in rekening worden gebracht indien de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde uitsluitend restitutiepolissen aanbiedt onder de voorwaarde dat er een overeenkomst is met minimaal 1 andere zorgverzekeraar

Uitzondering op bovenstaande voorwaarde vormen de vijf M&I-verrichtingen die niet gedekt worden door de basisverzekering. Het betreft de prestaties:

- Chirurgie in verband met cosmetiek
- Varices sclerosering in geval van cosmetiek,
- Reizigersadvisering
- Sterilisatie van de man
- Besnijdenis

Voor deze M&I-verrichtingen geldt dat deze ook in rekening mogen worden gebracht zonder contract met de zorgverzekeraar.

De verrichtingen M&I geleverd aan gemoedsbezwaarden als omschreven in artikel 2.2b van de Zorgverzekeringswet mogen enkel in rekening worden gebracht indien hierover een overeenkomst met de desbetreffende gemoedsbezwaarde is gesloten.

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.

8.3 Tariefsoort

Alle prestaties zoals beschreven in artikel 8.2 van deze beleidsregel kennen een maximumtarief, behoudens de M&I-verrichtingen zoals beschreven in artikel 8.2.11 en bijlage 2. Voor de M&I-verrichtingen geldt een vrij tarief.

De onderbouwing van de rekenmethode die gehanteerd wordt door de NZa om tot de maximumtarieven te komen, wordt uiteengezet in het verantwoordingsdocument, dat is opgenomen als bijlage 3 bij deze beleidsregel.

9. Intrekking oude beleidsregels

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

- Huisartsenzorg, met kenmerk BR/CU – 7095
- Huisartsenzorg - Verrichtingenlijst M&I, met kenmerk BR/CU – 7091
- Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten, met kenmerk BR/CU 7092
- Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen, met kenmerk BR/CU – 7074

De bovengenoemde beleidsregels blijven van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregels en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregels golden.

10. Inwerkingtreding en citeertitel

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2015. Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2014, 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 2015.

Deze beleidsregel vervangt de reeds eerder door de NZa vastgestelde maar nog niet in werking getreden beleidsregel 'Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg' met nummer BR/CU-7105.

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: 'Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg'.

TOELICHTING

Algemeen

Segmentenmodel:

In juni 2012 heeft de NZa een advies uitgebracht aan de minister van VWS over de bekostiging van huisartsenzorg en geïntegreerde zorg. In dat advies verkende de NZa vier mogelijke bekostigingsmodellen. In het Regeerakkoord VVD-PvdA van november 2012 werd vervolgens de politieke keuze gemaakt voor een nieuw systeem van bekostiging voor huisartsenzorg. "Dit systeem gaat uit van populatiegebonden bekostiging en biedt ruimte voor aanvullende beloningsafspraken met verzekeraars", aldus het regeerakkoord. Deze hoofdlijn is door de minister en veldpartijen in de zomer van 2013 verder uitgewerkt in het eerstelijnszorgakkoord. Hierin beschrijven partijen de uitgangspunten en doelen van het nieuwe model, alsmede de hoofdstructuur met drie segmenten:

- Segment 1: Basisvoorziening huisartsenzorg.
- Segment 2: Multidisciplinaire/programmatische/chronische zorg.
- Segment 3: Belonen op (gezondheids)uitkomsten en stimuleren van zorgvernieuwing.

In februari 2014 heeft de NZa vervolgens opnieuw advies uitgebracht, over (de invulling van) dit 3-segmentenmodel in de bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, met daarin aandacht voor de eerste stappen in 2015 en de vervolgstappen in latere jaren. Op 19 mei heeft de minister van VWS de Eerste en Tweede Kamer geïnformeerd over de nieuwe bekostiging en de aanwijzing die zij voornemens was te geven hierover aan de NZa. Die aanwijzing heeft de minister op 14 juli 2014 aan de NZa gestuurd. In de maanden maart-juni 2014 hebben de partijen van het Eerstelijnszorgakkoord daarnaast ook stappen gezet voor de concrete invulling van het 3-segmentenmodel, met name betreffende de invulling van segment 3 en de overheveling van M&I-verrichtingen naar segment 1. Die stappen zijn ook al zoveel mogelijk en voor zover nodig opgenomen in de regelgeving voor 2015.

Ontwikkeling:

Deze beleidsregel beschrijft het NZa-beleid rondom de bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg zoals die in 2015 zal luiden. Naar verwachting zal de bekostiging in de komende jaren een verdere ontwikkeling doormaken. Op een aantal punten is daarbij het veld aan zet. De NZa voorziet dat op de volgende onderdelen de komende jaren (mogelijk) nog wijzigingen in de bekostiging zullen optreden:

- Differentiatie inschrijftarieven: De NZa is voornemens te onderzoeken in hoeverre de huidige differentiatie van de inschrijftarieven (op leeftijd en naar wel/niet achterstandswijk) nog voldoet. Streven is om eventuele verbeteringen al per 2016 door te voeren.
- Overheveling resterende M&I-verrichtingen: Per 2015 wordt van achttien M&I-verrichtingen de separate betaaltitel afgeschaft (en overgeheveld naar Segment 1, zie artikelsgewijze toelichting bij 5.2.2-5.2.3 en 5.2.5). Mogelijk volgen in latere jaren ook andere M&I-titels.
- 'Buiten scope'-prestaties: Bij het NZa-advies van februari 2014 is een aantal prestaties 'buiten scope' geplaatst, d.w.z. niet meegenomen bij de toedeling naar de drie segmenten. In de tweede helft van 2014 zal de NZa over deze prestaties adviseren. Plaatsing in het segmentenmodel kan dan per 2016 plaatsvinden.

In segment 1 is de bekostiging op basis van inschrijvingen en consulten gehandhaafd. Partijen kunnen experimenteren met een bekostiging zonder consulten als betaaltitel door gebruik te maken van de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten', of door gebruik te maken van de tarief- en prestatiestructuur binnen de reguliere bekostigingssystematiek zoals beschreven in deze beleidsregel.

Redactioneel

Het segmentenmodel heeft ook redactioneel gevolgen voor de NZa-beleidsregels. In voorliggende beleidsregel komen vijf oude beleidsregels samen:

- Huisartsenzorg
- Huisartsenzorg - Verrichtingenlijst M&I
- Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten
- Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen

De korte beschrijvingen van de wijze waarop de NZa de maximumtarieven van de prestaties in segment 1 onderbouwt, hebben we verplaatst en van meer toelichting voorzien. Zie bijlage 3, het zogenaamde verantwoordingsdocument.

Nieuwe systematiek tariefonderbouwing

Uit het verantwoordingsdocument blijkt ook dat de NZa met ingang van 2014 een nieuwe systematiek van tariefonderbouwing hanteert voor de huisartsenzorg, gebaseerd op het kostenonderzoek van Significant uit 2012 over het jaar 2010. Daarnaast is in die tarieven een nieuw bedrag toegepast voor de arbeidskosten (voorheen 'norminkomen'), gebaseerd op onderzoek van KPMG uit 2013.

De tariefonderbouwing stelt de 'gemiddelde' huisarts centraal. Het Significant-onderzoek wees uit dat de relevante inkomsten van de gemiddelde praktijk per fte huisarts-eigenaar in 2010 ca. €304.000 bedroegen. Daartegenover stond een bedrag aan relevante praktijkkosten van ca. €167.000. Om tot een totaal kostenbedrag te komen moet daar een normatief arbeidskostenbedrag voor de huisarts-eigenaar (voorheen 'norminkomen') bij opgeteld worden. In 2013 is het arbeidskostenbedrag opnieuw vastgesteld op ca. €125.000. Teruggerekend naar 2010 komen deze arbeidskosten neer op ca. €118.000. Samen met de gemeten praktijkkosten levert dit een totaal kostenbedrag op in 2010 van ca. €285.000 (€167.000 + €118.000).

Uit het Significant-onderzoek bleek verder dat een substantieel deel van de relevante inkomsten 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 23% van de inkomsten. Het is naar mening van de NZa dan onredelijk om het gehele 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 aan te sluiten bij de gemeten inkomstenverhouding: 77-23. Kern van de nieuwe systematiek is dat de NZa van de relevante kosten (arbeidskosten en praktijkkosten) met ingang van 2014 77% toerekent aan de activiteiten waarvan de NZa de tarieven moet vaststellen.

Met andere woorden, de door de NZa gereguleerde tarieven zijn vanaf 2014 zo berekend dat zij 77% van de kosten van een gemiddelde praktijk dekken, bij een gemiddelde productie in het tariefgereguleerde segment. Impliciet geeft de NZa hiermee ook aan dat de gemiddelde

praktijk de overige 23% zal dekken met inkomsten uit activiteiten met vrije tarieven, zoals dit in 2010 ook het geval was.

Met het toerekenen vanaf 2014 van 77% van de gemeten totale kosten aan tariefgeruleerde activiteiten, rekent de NZa impliciet ook 23% van de kosten toe aan de activiteiten met vrije tarieven. Dit is voor het eerst. In de oude systematiek hoefde de NZa niet toe te rekenen. De kostenbedragen uit de oude systematiek waren doorgeïndexeerde bedragen die stamden uit de tijd dat praktijken zich (vrijwel) alleen bezig hielden met tariefgeruleerde activiteiten. Uit de oude systematiek zijn dan ook geen impliciete uitspraken van de NZa af te leiden over kosten toegerekend aan activiteiten in het vrije deel. Dat de NZa dit vanaf 2014 wel doet, wil *niet* zeggen dat de NZa meer of minder kosten (impliciet) is gaan toerekenen aan het vrije deel.

Artikelsgewijs

Artikel 2: Reikwijdte

De reikwijdte van de nieuwe beleidsregel is ruimer dan de optelsom van de reikwijdtes van de voorgaande beleidsregels. Met name het begrip 'multidisciplinaire zorg' is ruimer dan de reikwijdte van de 'oude' ketenzorg (diabetes type 2, COPD en VRM) en GEZ-module bij elkaar. Dit betekent dat Segment 2 en Segment 3 ruimte bieden aan het veld om nieuwe zorgvormen binnen dit kader te ontwikkelen. Voor nieuwe landelijke multidisciplinaire zorg verloopt de procedure via de NZa (zie bij artikel 6.1), voor nieuwe lokale huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg onder de S3-prestatie 'Zorgvernieuwing' kunnen zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraar(s) dit doen zonder tussenkomst van de NZa. Innovatie-experimenten die binnen deze nieuwe reikwijdte vallen, hoeven dus niet meer gebruik te maken van de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten'.

Artikel 5.2.1 – 5.2.2

De prestaties 'Inschrijving' en 'Consult regulier' hebben een uitgebreidere prestatiebeschrijving, waaruit duidelijk wordt wat de prestatie biedt aan de ingeschreven verzekerde resp. de patiënt. De oorspronkelijke teksten over de grondslag voor de vergoeding zijn gehandhaafd. Ook staan enkele beperkingen en voorwaarden die voorheen alleen in de tariefbeschikking waren opgenomen, nu ook in de beleidsregel. Tevens is bij 'Inschrijving' voor de duidelijkheid de voorwaarde toegevoegd dat het tarief alleen in rekening mag worden gebracht als de verzekerde zich uit eigen beweging heeft ingeschreven bij de zorgaanbieder.

Artikel 5.2.2

Het blijft mogelijk om specifieke afspraken te maken over de vergoeding van de inzet van somatische praktijkondersteuning (POH-S). Hierbij kan overeen worden gekomen dat de volledige kosten van de POH-S vanuit de ketenzorgprestaties en/of opslagen op het inschrijftarief wordt vergoed. In die gevallen geldt dat de declaratie van reguliere (S1) consulten door de POH-S niet mogen plaatsvinden, aangezien dan sprake zou zijn van dubbele bekostiging. Er kan ook overeen worden gekomen dat de kosten van de POH-S wel gedeeltelijk worden gedekt door declaratie van consulten in segment 1. Hierbij zou dan rekening gehouden moeten worden in de overeen te komen tarieven voor de prestaties binnen segment 2 en/of de opslagen op het inschrijftarief. Voor een eventuele overige component (bijvoorbeeld programmatische POH-S-zorg bij koptarief) kunnen partijen afspraken maken binnen 'Overige zorgvernieuwing' in Segment 3. In alle gevallen is het

noodzakelijk dat contractueel duidelijke afspraken worden gemaakt over de wijze van declaratie en vergoeding.

Artikel 5.2.2 – 5.2.3

Met ingang van 2015 zijn achttien verrichtingen niet meer te declareren als M&I-verrichting. Voor negen van die verrichtingen zijn vijf nieuwe verrichtingen gecreëerd in segment 1 (zie 5.2.5). Voor de overige negen geldt dat zij met een bestaande consultprestatie in rekening kunnen worden gebracht, conform onderstaande tabel (in de tabel zijn ter informatie ook de Vektiscodes opgenomen):

NZa-prestatie vanaf 2015	NZa-prestatie voor 2015 (M&I-verrichting)	Vektis-code 2014
Consult 20 minuten of langer	- Postoperatief consult in de praktijk	13016
	- Verrichting ter vervanging van specialistenbezoek	13018
	- Trombosebeen	13019
	- Varices sclerosering	13020
	- Therapeutische injectie (Cyriax)	13023
	- Aanmeten en plaatsen pessarium	13025
	- IUD aanbrengen / Implanteren of verwijderen implanonstaafje	13042
Visite 20 minuten of langer	- Postoperatief consult thuis	13017
Visite passant 20 minuten of langer	- Kortdurende opname	13046

De maximumtarieven van de prestaties die vanaf 2015 in rekening kunnen worden gebracht zijn veelal lager dan de vrije tarieven die voor 2015 werden afgesproken voor deze verrichtingen. Het verschil wordt gecompenseerd via de maximumtarieven voor de 'Inschrijving'. De inschrijftarieven worden hiervoor met 1,00% verhoogd. Dit betekent dat een (norm)praktijk met 2.168 ingeschreven verzekerden in 2015 extra inkomsten ontvangt uit het inschrijftarief van ca. €1.500 (= 1,00% x 2.168 x €70) ter compensatie voor de lagere tarieven. Zie ook bijlage 3 (verantwoordingsdocument), paragraaf 6.

Artikel 5.2.4

Afgezien van de jaarlijks terugkerende indexering en nacalculatie⁴ heeft de NZa in het maximumtarief van de module POH-GGZ slecht één wijziging doorgevoerd: een verhoging van het moduletarief met 1%. Dit heeft te maken met het gelijktrekken van het consulttarief van de POH-GGZ met de reguliere consulttarieven. Dit gelijktrekken zorgt voor een daling van het consulttarief POH-GGZ met 3%. De verhoging van het moduletarief met 1% compenseert voor de daling van het consulttarief, zodat het effect per saldo neutraal uitpakt.

Verder is er in feite niets veranderd, ook niet in de tariefonderbouwing. Dit betekent concreet dat de NZa-onderbouwing van het tarief van de module ook in 2015 neerkomt op 1 fte POH-GGZ op 7.050 ingeschreven verzekerden.

Zie ook bijlage 3 (verantwoordingsdocument), paragraaf 7.

Artikel 5.2.5

Met ingang van 2015 zijn achttien verrichtingen niet meer te declareren als M&I-verrichting. Voor negen van die verrichtingen geldt dat zij met een bestaande consultprestatie in rekening kunnen worden gebracht (zie

⁴ Dit zijn correcties voor algemene loon- en prijsontwikkelingen die jaarlijks in vrijwel alle NZa-tarieven worden doorgevoerd.

5.2.2-5.2.3). Voor de overige negen zijn vijf nieuwe verrichtingen gecreëerd in segment 1, conform onderstaande tabel (in de tabel zijn ter informatie ook de Vektiscodes opgenomen). Voor deze vijf nieuwe verrichtingen geldt een contracteervereiste.

NZa-prestatie vanaf 2015 (segment 1)	NZa-prestatie voor 2015 (M&I-verrichting)	Vektis-code 2014
Chirurgie	- Chirurgie	13012
	- Chirurgie, categorie A	13047
	- Chirurgie, categorie B	13048
Intensieve zorg, dag	- Intensieve zorg, visite, dag	13034
	- Intensieve zorg, visite 20 minuten of langer, dag	13035
Intensieve zorg, ANW	- Intensieve zorg, visite, ANW	13036
	- Intensieve zorg, visite 20 minuten of langer, ANW	13037
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	- Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	13015
Oogboring	- Oogboring	13024

Voor de vijf nieuwe verrichtingen gelden maximumtarieven. Deze zijn onderbouwd conform de methode waarmee de bestaande maximumtarieven zijn herijkt per 2014; zie bijlage 3 (verantwoordingsdocument), paragraaf 6.

Artikel 6.1

De reikwijdte van de nieuwe beleidsregel is ruimer dan de optelsom van de reikwijdtes van de voorgaande beleidsregels. Met name het begrip 'multidisciplinaire zorg' is ruimer dan de reikwijdte van de 'oude' ketenzorg (diabetes type 2, COPD en VRM) en GEZ-module bij elkaar. Dit betekent dat Segment 2 ruimte biedt aan het veld om nieuwe zorgvormen binnen dit kader te ontwikkelen. Deel S2A van Segment 2 gaat in 2015 van start met twee prestaties: 'Multidisciplinaire zorg DM2/VRM' en 'Multidisciplinaire zorg COPD/Astma'. Deel S2B bevat nog geen prestaties. Voor nieuwe landelijke multidisciplinaire zorg in S2A of S2B verloopt de procedure via de NZa: zorgaanbieders en zorgverzekeraars (of bijvoorbeeld InEen en ZN namens hen) kunnen bij de NZa een onderbouwd verzoek indienen voor een nieuwe prestatie binnen S2A of S2B. De NZa zal, indien het verzoek past binnen de kaders van de beleidsregel en aan de overige eisen gesteld in de Wmg, de nieuwe prestatie toevoegen aan de bestaande in Segment 2.

Artikel 6.2.1 t/m 6.2.3

Elke prestatie in S2A beschrijft een zorgtraject voor twee ziektebeelden die gezamenlijk bij één patiënt kunnen voorkomen, bijvoorbeeld Diabetes en VRM. Het is niet toegestaan om de zelfde prestatie twee keer bij de zelfde patiënt in rekening te brengen. Het is zorgverzekeraars en zorgaanbieders wel toegestaan om een gedifferentieerd tarief af te spreken, bijvoorbeeld drie tarieven: voor patiënten met de ene, de andere of beide aandoeningen. Indien patiënten twee aandoeningen hebben uit verschillende prestaties, bijvoorbeeld Diabetes en Astma, dan kunnen beide S2A-prestaties in rekening worden gebracht.

Hoewel de nieuwe bekostiging uitgaat van integrale tarieven voor programmatische multidisciplinaire zorg, blijft vooralsnog de mogelijkheid bestaan om aanvullende kosten van ketenzorg te vergoeden via een opslag op het inschrijftarief. Deze opslag wordt dan vormgegeven als een tarief per ingeschreven verzekerde en wordt in

rekening gebracht als (onderdeel van de) GEZ-module. Als zorgaanbieders en zorgverzekeraars de behoefte hebben om enkel de aanvullende kosten van ketenzorg te vergoeden via een separate prestatie per geïncludeerde patiënt, dan kan hiervoor de reguliere ketenzorgprestatie voor gehanteerd worden, maar dan tegen een overeengekomen tarief dat enkel de aanvullende kosten van ketenzorg weergeeft.

Artikel 7.1

Alle prestaties in segment 3 kunnen betrekking hebben op huisartsenzorg of op multidisciplinaire zorg.

Met de komst van de prestaties in Segment 3 verdwijnen de M&I-modules (Vektiscodes 14.xxx) als betaaltitel. Voor zover partijen de afspraken willen continueren, zullen zij deze moeten omzetten naar de nieuwe bekostiging: een van de resultaatbeloningsdomeinen, e-health of overige zorgvernieuwing. Vanuit de NZa-regelgeving is er geen bezwaar om de 'oude' Vektiscodes te blijven gebruiken. (Vektiscodes maken geen deel uit van de NZa-regelgeving.) Het voorgaande is ook van toepassing op de zogenaamde 'variabiliseringsregeling', die tot en met 2014 als M&I-module werd gedeclareerd.

Artikel 7.2.1

De voorschrijfmonitor ontwikkeld door het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik en beheerd door Vektis bevat in 2014 29 specifieke indicatoren. Partijen zijn in gesprek om deze monitor uit te breiden met een aantal meer algemene indicatoren over het voorschrijven van multisource geneesmiddelen.

Artikel 7.2.2

De prestatie Zorgvernieuwing Meekijkconsult is een aanvulling op bestaande mogelijkheden om de expertise van specialisten in te roepen. Bestaande mogelijkheden blijven bestaan

Met het introduceren van prestaties in het domein Zorgvernieuwing ontstaat er een reguliere bekostiging voor een aantal innovatie-experimenten die nu lopen onder de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten' (BR Innovatie). Het staat partijen vrij om hun innovatie-experiment te blijven declareren onder de BR Innovatie of om dit om te zetten naar een declaratie onder deze beleidsregel. Experimenten met consultloze bekostiging kunnen ook zowel onder de BR Innovatie als onder deze beleidsregel ingericht worden.

Artikel 8.2.11

De volgende M&I-verrichtingen verdwijnen per 1 januari 2015 als separate betaaltitel:

<i>Verrichting</i>	<i>Vektis-code</i>
Chirurgie	13012
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	13015
Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmateriaal, in de praktijk	13016
Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmateriaal, thuis	13017
Verrichting ter vervanging van specialistenbezoek	13018
Trombosebeen	13019
Varices sclerosering	13020
Therapeutische injectie (Cyriax)	13023
Oogboring	13024

Kenmerk

BR/CU-7119

Pagina

26 van 49

Aanmeten en plaatsen pessarium	13025
Intensieve zorg, visite, dag	13034
Intensieve zorg, visite langer dan 20 minuten, dag	13035
Intensieve zorg, ANW visite	13036
Intensieve zorg, ANW visite langer dan 20 minuten	13037
IUD inbrengen/ Implanteren c.q. verwijderen implanonstaafje	13042
Kortdurende opname	13046
Chirurgie, categorie A	13047
Chirurgie, categorie B	13048

Bijlage 1

Begripsbepalingen

1. Zorgaanbieder

De natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder c van de Wmg.

2. Multidisciplinaire (eerstelijns)zorg

Zorgverlening waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines in samenwerking met de patiënt in onderlinge samenhang zorg verlenen, waarvan huisartsenzorg een onderdeel is.

3. ANW-uren

De avond-, nacht- en weekenduren. Deze uren betreffen de tijdsperiode:

- tussen 18.00 uur en 08.00 uur;
- tussen 08.00 uur en 18.00 uur op zaterdag of zondag;
- tussen 08.00 uur en 18.00 uur op algemeen erkende feestdagen of gelijkgestelde dagen in de zin van de Algemene Termijnenwet.

4. Ingeschreven verzekerde

Verzekerde die zich op naam ingeschreven heeft bij een aanbieder van huisartsenzorg.

5. Geïnccludeerde patiënt

Patiënt die voldoet aan de inclusiecriteria van een bepaald zorgprogramma en die zorg ontvangt binnen dat programma.

6. Opslagwijk (vh. "achterstandswijk")

Voor opslagwijken 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 opslagwijk.

7. Eerstelijnszorg

Kenmerkt zich in het bijzonder door een generalistische zorgverlening, laagdrempelige toegang, zorg in de buurt, gericht op de mens in zijn omgeving, het ambulante karakter en gericht op coördinatie en continuïteit. Eerstelijnszorg wordt in de directe omgeving van de consument gegeven.

8. Geïntegreerde eerstelijnszorg

Betreft multidisciplinaire eerstelijnszorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende discipline achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de consument te leveren.

Bijlage 2**Prestatielijst M&I-verrichtingen**

- 13000 Audiometrie
Objectiveren van subjectief verminderd gehoor en bepaling van de mate van slechthorendheid met behulp van audiometer in eigen beheer.
Het betreft een prestatie per verrichting.
- 13001 Diagnostiek met behulp van Doppler
Opsporen van vaatvernauwingen met behulp van Doppler apparatuur in eigen beheer.
Het betreft een prestatie per verrichting.
- 13003 Tympanometrie
Het meten van de beweeglijkheid van het trommelvlies met behulp van microtympanometer in eigen beheer ter diagnostiek en vervolgen van gehoorproblemen bij:
– Otitis media met effusie langer dan 3 maanden;
– Tympanosclerose;
– Otosclerose.
Het betreft een prestatie per meting.
- 13004 Longfunctiemeting (= spirometrie)
Longfunctiemeting met reversibiliteitstest in eigen beheer voor analyse benauwdheidsklachten of bepaling effectiviteit therapeutische interventie bij patiënt met inhalatiemedicatie.
Het betreft een prestatie per meting, die in rekening kan worden gebracht.
- 13005 ECG-diagnostiek (ECG maken, interpreteren en bespreken met patiënt)
Zie NHG Bouwsteen Elektrocardiografie in de huisartsenpraktijk
Het betreft een prestatie per diagnose, die in rekening kan worden gebracht. Prestatie is inclusief verbruiksmateriaal.
- 13006 Spleetlamponderzoek
Diagnostiek en controle van een aantal oogheekundige aandoeningen, met behulp van spleetlamp in eigen beheer.
Het betreft een prestatie per onderzoek.
- 13007 Tele-echo, -röntgen, -hartmonitoring op de waddeneilanden
In eigen beheer met eigen apparatuur uitvoeren van beeldvormende diagnostiek (die normaal in het ziekenhuis zou plaatsvinden) en middels teletechniek overbrengen naar ziekenhuis op de vaste wal, voor beoordeling en behandeladvies. Ter voorkoming van onnodig patiëntenvervoer over zee naar de wal. In samenwerking met betreffend specialisme naar het ziekenhuis.
Het betreft een prestatie per verzekerde per ziektegeval. Voor de tele-ECG, zie verrichting 13005.
- 13008 Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting
In eigen beheer instrueren patiënt en organiseren van de follow-up, plus interpretatie om niet vaststaande hypertensie te evalueren.
Het betreft een prestatie per meting.

- 13009 Teledermatologie
Vervaardigen, beveiligd verzenden en opslaan alsmede het laten beoordelen door dermatoloog op afstand van door de huisarts gemaakte digitale beelden van huidafwijkingen ter mogelijke vervanging van verwijzing naar de 2e lijn van een dermatologisch probleem waarbij specialistische beoordeling en/of advies noodzakelijk is. Eventuele consulten in verband met de (na)behandeling op basis van advies dermatoloog kunnen separaat gedeclareerd worden.
Het betreft een tarief per verrichting. Kan niet in rekening worden gebracht indien inspanning huisarts als onderdeel van een andere prestatie reeds wordt vergoed.
- 13010 Cognitieve functietest (MMSE)
Onderzoek naar dementie door afname van MMSE-test.
Het betreft een prestatie per verrichting.
- 13011 Hartritmestoornissen
Diagnostiek met behulp van holterfoon via de huisartsenpraktijk van ritmestoornissen, ter vervanging van verwijzing naar de 2e lijn waarbij specialistische beoordeling en/of advies noodzakelijk is.
Het betreft een prestatie per verrichting.
- 13027 MRSA-screening
Afname kweekmateriaal ten behoeve van diagnostiek MRSA.
Het betreft een prestatie per verrichting.
- 13029 Diabetes – begeleiding per jaar
Realiseren van optimale zorg voor DM-patiënten door de huisarts, waarbij de patiënt in de 1e lijn blijft en niet (meer) onder controle is van de 2e lijn
Het betreft een prestatie per controle.
- 13030 Diabetes – instellen op insuline
Instellen van DM-patiënt op insuline door de huisarts, waarbij de patiënt in de 1e lijn blijft en dus niet wordt verwezen naar de 2e lijn, bij:
– nieuwe insulineafhankelijke patiënten;
– DM type II patiënten, die van orale medicatie overgaan op insuline.
Het betreft een prestatie per verrichting.
- 13031 COPD – gestructureerde zorg per jaar
Realiseren van optimale zorg voor COPD-patiënten door de huisarts, waarbij de patiënt niet (meer) onder controle is van de 2e lijn.
Het betreft een prestatie per controle.
- 13032 Palliatieve consultatie, visite
Consultatievisite door een opgeleide palliatieve huisartsconsulent op verzoek van huisarts.
Het betreft een prestatie per visite, inclusief bestudering casus.
- 13033 Palliatieve consultatie, telefonisch
Telefonische consultatie door een opgeleide palliatieve huisartsconsulent op verzoek van huisarts.
Het betreft een prestatie per telefonisch consult.

13038 Euthanasie

Verlenen van euthanasie.

Het betreft een prestatie per euthanasieverlening.

13043 Gestructureerde huisartsenzorg in verzorgingshuis

Niet bestemd voor de huisartsenzorg zelf, maar voor het stimuleren van huisartsen die medische zorg in verzorgingshuizen leveren, om dit gestructureerd aan te bieden door middel van onder meer het organiseren van de medische zorg door een beperkt aantal huisartsen, structureel periodiek overleg te organiseren, protocollen met betrekking tot zorg te ontwikkelen en actualiseren, afspraken te maken over dossiervorming, overdracht, visite en registratie (ICT), afstemming te organiseren met andere disciplines die betrokken zijn bij de zorg aan en ontwikkelen praktijkfolders voor verzorgingshuisbewoners.

Het betreft een prestatie per kwartaal per betreffende bewoner in het verzorgingshuis.

13044 Gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang

Niet bestemd voor de huisartsenzorg zelf, maar voor het stimuleren van huisartsen die medische zorg in de voorzieningen voor de maatschappelijke opvang (MO) leveren, om dit gestructureerd aan te bieden volgens de veldnorm die is beschreven in het project 'recept voor goed handelen'. Het betreft hier activiteiten zoals het organiseren van de medische zorg door een beperkt aantal huisartsen, structureel periodiek overleg te organiseren, protocollen met betrekking tot zorg te ontwikkelen en actualiseren, afspraken te maken over dossiervorming, overdracht, visite en registratie (ICT), afstemming te organiseren met andere disciplines die betrokken zijn bij de zorg aan maatschappelijke opvangbewoners en ontwikkelen praktijkfolders voor maatschappelijke opvangbewoners.

Het betreft een prestatie per kwartaal per betreffende bewoner in de maatschappelijke opvang.

13045 Module Abdominale echografie

De module abdominale echografie is bestemd voor het uitvoeren en interpreteren van abdominale echografie in eigen beheer ter voorkoming van onnodige verwijzing naar de tweede lijn.

De echografie en interpretatie wordt uitgevoerd door een huisarts, die bij de VEGE en/of CHBB geregistreerd staat als huisarts-echografist. De kwaliteit van het onderzoek en de behandeling op basis van dit echografisch onderzoek dient te voldoen aan hetgeen gebruikelijk is onder de beroepsgenoten. Bij verwijzing naar de specialist na het onderzoek zal het diagnostische materiaal beschikbaar worden gesteld ten behoeve van de vervolgbehandeling.

Het betreft de volgende indicaties:

- aorta: herkennen aneurysmata;
- lever: tumoren, metastasen;
- galblaas: stenen, stuwing;
- nieren: stuwing, concrementen, cysten, tumoren;
- uterus: myomen, positie IUD, endometriumdikte;
- ovaria: cysten;
- blaas: urineretentie, concrementen.

Het betreft uitdrukkelijk niet de echo bij zwangerschap.

De onderstaande prestaties komen, op basis van informatie van Zorginstituut Nederland (vroeger College voor Zorgverzekeringen), niet ten laste van de basisverzekering Zvw.

- 13013 Chirurgie in geval van cosmetiek
Het betreft een prestatie per verrichting, inclusief materiaal en verwijderen hechtingen.
- 13021 Varices sclerosering in geval van cosmetiek
Behandeling van spataderen in geval van cosmetiek door middel van sclerosering na diagnostiek met behulp van Doppler.
Het betreft een prestatie per verrichting.
- 13039 Reizigersadvisering
Gestandaardiseerd consult aan de hand van vragenlijst en advies ten aanzien van preventieve vaccinaties en geven vaccinaties.
De prestaties betreft het advies plus injecties, exclusief vaccin.
- 13040 Sterilisatie man
Gestandaardiseerde ingreep inclusief preoperatief onderzoek en postoperatief spermaonderzoek.
Het betreft een prestatie voor de volledige behandeling, inclusief nacontroles, en minimaal 3 keer sperma onderzoek.
- 13041 Besnijdenis
Gestandaardiseerde ingreep.
Het betreft een prestatie per ingreep, inclusief nacontrole.

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

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

1. Inleiding

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

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

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

2. Prestaties

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

- Het basistarief van de inschrijving ligt ten grondslag aan het maximumtarief van:
 - de zes gedifferentieerde inschrijftarieven, door middel van vermenigvuldiging met de factoren in onderstaande tabel.

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

- het abonnementstarief per plaats voor huisartsenzorg aan asielzoekers in de centrale opvang, door middel van vermenigvuldiging van het basistarief met de factor 4,43.
- Het basistarief van het consult ligt ten grondslag aan het maximumtarief van:
 - zeven reguliere consultprestaties, conform de factoren in onderstaande tabel

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

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

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

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

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

- Het basistarief van het passantenconsult ligt ten grondslag aan het maximumtarief van:
 - zes passantenprestaties en zes prestaties voor militairen, conform onderstaande tabel

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

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

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

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

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

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

3. Basistarieven

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

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

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

$$\text{Basistarief Passantenconsult} = 0,770 * (\text{Arbeidskostenbestanddeel} + \text{Praktijkkostenbestanddeel}) / \text{rekennorm consulten}$$

Hierbij geldt:

- Het Arbeidskostenbestanddeel bedraagt € 126.739,84 (prijspeil definitief 2014). De onderbouwing van dit bedrag wordt toegelicht in paragraaf 4.
- Het Praktijkkostenbestanddeel bedraagt € 184.013,46 (prijspeil definitief 2014). De onderbouwing van dit bedrag wordt toegelicht in paragraaf 5.

- De rekennorm inschrijvingen bedraagt 2.168 en de Rekennorm consulten 8.882. Beide aantallen zijn terug te vinden in paragraaf 5.
- Jaarlijks vindt een aanpassing (indexering) van zowel het arbeidskosten- als het praktijkkostenbestanddeel plaats. De wijze van indexeren is geregeld in de beleidsregel 'Indexering'.

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

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

4. Arbeidskosten

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

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

4.1 Methodieken voor normering van de arbeidskostencomponent

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

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

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

Tabel 4.1: Toetsingskader methodieken herijking arbeidskostencomponent

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

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

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

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

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

4.2 Uitgangspunten bepaling arbeidskostencomponent

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

- De arbeidskostencomponent heeft enkel betrekking op de arbeidskosten van praktijkeigenaren. De kosten voor huisartsen in loondienst en ander personeel is in het kostenonderzoek meegenomen binnen de praktijkkostencomponent.

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

4.3 Arbeidskostencomponent voor praktijk eigenaren huisartsenzorg

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

Stap A – Actualiseren oorspronkelijke BBRA-inschaling

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

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

Stap B – Uitvoeren horizontale vergelijking binnen de zorg

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

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

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

Bij de vergelijking is gekozen voor de CAO Hidha (Huisartsen in dienst

van andere huisartsen) en de CAO Gezondheidscentra. De andere CAO's zijn niet of minder goed bruikbaar als vergelijkingsmateriaal.

Argumentatie keuze voor CAO Hidha en CAO Gezondheidscentra:

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

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

CAO Hidha

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

CAO Gezondheidscentra

De bedragen uit de oude CAO zijn geïndexeerd met de overeengekomen percentages in de CAO 2011-2013 (twee maal 1,5%) om te komen tot een bedrag met een actueel prijspeil. Zoals hiervoor gesteld, hebben de resulterende bedragen geen formele status; er is geen overeenstemming over de arbeidsvoorwaarden voor huisartsen en de gehanteerde indexatie-percentages zijn hierop ook niet van toepassing.

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

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

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

Stap C – Afwegen of BBRA-inschaling moet worden bijgesteld

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

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

Stap D - Doorvoeren van een correctie voor ondernemerschap

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

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

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

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

Stap E - Berekenen omvang aankledingsposten

De lasten die door een werkgever in aanvulling op het basissalaris worden betaald (premies en voorzieningen) worden voor vrije beroepsbeoefenaren meegenomen in de vorm van een aankleding boven op het basis jaarbedrag in de arbeidskostencomponent.

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

De onderstaande onderdelen worden tot de aankledingsposten gerekend:

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

Voor het berekenen van de bedragen zijn onderstaande premiepercentages aangehouden:

Tabel 4.3: Premiepercentages voor berekening aankledingsposten

	Franchise	Premie- percentage werkgever	Maximum premielichtig bedrag
<i>Pensioen / VUT:</i>			

Kenmerk

Ouderdoms- en nabestaandenpensioen (OP/NP)	€ 10.950	17,78%	BR/CAV-7.119 n.v.t.
Algemene nabestaandenwet (ANW)	€ 10.950	0,075%	Pagina 49 n.v.t.
Overgangspremie VPL	n.v.t.	1,60%	n.v.t.
Arbeidsongeschiktheidspensioen (AOP)	€ 19.000	0,225%	n.v.t.
<i>Werknemersverzekeringen:</i>			
Arbeidsongeschiktheid (WAO/WIA)	n.v.t.	4,65%	€ 50.853
Werkloosheid (WW)	n.v.t.	1,70%	n.v.t.
Uitvoeringsfonds voor de overheid (UFO)	n.v.t.	0,78%	€ 50.853
Zorgverzekeringswet (Zvw)	n.v.t.	7,75%	€ 50.853
Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten (WGA)	n.v.t.	0,52%	€ 50.853

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

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

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

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

Stap F – Herijkte arbeidskostencomponent

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

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

4.4 Samenvatting

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

Tabel 4.4: Samenvatting herijking

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

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

5. Praktijkkosten en rekennormen

5.1 Resultaten onderzoek

De NZa heeft in 2012 onder 396 huisartsenpraktijken een onderzoek laten uitvoeren. Het onderzoek is uitgevoerd door Significant BV, in samenwerking met ConQuaestor BV. In Tabel 5.1 zijn de belangrijkste

resultaten samengevat per fte huisarts-eigenaar uit het Praktijkkosten- en inkomensonderzoek huisartsenzorg voor het jaar 2010.

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

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

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

5.2 Van onderzoeksresultaten naar tariefgrondslagen

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

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

Opbrengsten uit huisartsendienstenstructuren

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

Opbrengsten uit declaraties avond/nacht/weekend

Een klein aantal praktijken organiseert de huisartsenzorg in avond, nacht en weekend voor de bij hen ingeschreven verzekerden niet via een HDS, maar levert deze zorg, in een samenwerking met andere praktijken,

vanuit de eigen praktijk. De ANW-tarieven die de NZa hiervoor vaststelt, dekken wel een deel van de praktijkkosten, maar niet de arbeidskosten. Het is daarom zuiver ook deze opbrengsten uit de praktijkopbrengsten te schonen, in dit geval met een evenredige korting op de gemeten praktijkkosten.

Vergoeding voor gedeerd rendement op eigen vermogen

Ondernemersrisico kan een element zijn in de opbouw van tarieven. Dit element beoogt te compenseren voor de kosten van een financiële reserve nodig om risico's op te vangen die een zorgaanbieder niet zelf kan mitigeren en waarvoor geen verzekering mogelijk is. Ter onderbouwing van een eventuele opslag voor ondernemersrisico geldt een normatief bepaalde forfaitaire kostenpost 'vergoeding voor gedeerd rendement op eigen vermogen' (VGREV). Bij de berekening van de hoogte van de VGREV volgt de NZa de inmiddels gangbare praktijk in de eerste lijn: 7% van het gerapporteerde normatief eigen vermogen (€ 37.500) wordt als praktijkkosten meegenomen, ofwel € 2.625 per huisartseigenaar.

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

Tabel 5.2: Relevante opbrengsten en kosten

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

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

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

5.3 Toerekenmethodiek

Bij de berekening van de tarieven gaat de NZa uit van het principe dat een gemiddelde zorgaanbieder zijn totale kosten (praktijkkosten en arbeidskosten) moet kunnen dekken uit zijn opbrengsten. Binnen de huisartsenzorg is echter naast tariefgereguleerde prestaties sprake van een substantieel deel niet-tariefgereguleerde prestaties. Dit betekent dat binnen de huisartsenzorg een gedeelte van de kosten gedekt worden uit niet-tariefgereguleerde activiteiten. Tabel 2 laat zien dat in 2010 het niet-tariefgereguleerde deel van de relevante opbrengsten 23% bedroeg. Tariefgereguleerde activiteiten beslaan 77% van de relevante opbrengsten. De tariefherijking die wij voorstellen, houdt rekening met dit feit dat huisartspraktijken hun omzet deels uit tariefgereguleerde en deels uit niet-tariefgereguleerde activiteiten halen.

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

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

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

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

Tabel 5.3: Toerekenen van kosten aan tariefgereguleerde activiteiten

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

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

5.4 Ophogen naar prijspeil 2013 en 2014

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

Tabel 5.4: Indexering 2010-2013

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

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

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

6. Overheveling M&I-verrichtingen 2015

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

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

6.1 Groep met vervangende S1-prestatie

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

GROEP MET VERVANGENDE S1-PRESTATIE	
<i>Verrichting</i>	<i>Vektis-code</i>
Chirurgie	13012
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	13015

Oogboring	13024
Intensieve zorg, visite, dag	13034
Intensieve zorg, visite langer dan 20 minuten, dag	13035
Intensieve zorg, ANW visite	13036
Intensieve zorg, ANW visite langer dan 20 minuten	13037
Chirurgie, categorie A	13047
Chirurgie, categorie B	13048

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

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

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

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

Deze stappen worden hieronder kort toegelicht.

a. Brondata

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

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

b. Kosten toerekenen aan M&I-verrichtingen

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

c. Kosten toerekenen aan de clusters

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

d. Tariefmutatie berekenen

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

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

e. Tarieven berekenen

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

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

6.2 Groep zonder vervangende S1-prestatie

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

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

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

Twee uitzonderingen:

- Bij "Postoperatief consult thuis" (13017) wordt geen lang consult maar een lange visite gedeclareerd.

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

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

BEREKENING AANPASSING INSCHRIJFTARIEF							
Code	A. Kosten	B. Aantal	C. Kosten consulten	D. Kosten visites	E. Kosten pass.visites	F. S3	G. Kosten inschrijvingen
	<i>Vektis 2012</i>		<i>B x €17,56</i>	<i>B x €21,95</i>	<i>B x €64,70</i>	<i>A x 6,9%</i>	<i>A-C-D-E-F</i>
13016	€ 2.460.010	89.415	€ 1.570.127				€ 889.883
13017	€ 834.510	18.182		€ 399.095			€ 435.415
13018	€ 8.374.361	301.272	€ 5.290.336				€ 3.084.024
13019	€ 56.001	1.042	€ 18.298				€ 37.704
13020	€ 31.272	411	€ 7.217				€ 24.055
13023	€ 8.776.492	315.854	€ 5.546.396			€ 607.101	€ 2.622.995
13025	€ 660.638	23.009	€ 404.038				€ 256.600
13042	€ 4.361.425	78.203	€ 1.373.245			€ 301.695	€ 2.686.485
13046	€ 113.103	2.059		€ 22.598	€ 66.609		€ 23.897
Totaal	€25.554.709		€ 14.209.657	€ 421.692	€ 66.609	€ 908.796	€ 10.061.0573
Als percentage van totaal inschrijvingen en consulten passanten, militairen en gemoedsbezwaarden (€ 1.004 miljoen)							1,00%

7. Modelmatige tarieven

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

7.1 POH-GGZ

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

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

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

Tabel 7.1: Formulecomponenten POH-GGZ

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

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

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

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

7.2 ANW-uurtarief HDS

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

7.3 ANW-tarieven niet HDS

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

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

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

Tabel 7.2: Formulecomponenten ANW

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

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

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

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

7.4 ECG

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

7.5 Kilometervergoeding bij keuringen en onderzoeken

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

7.6 Achterstandsfonds

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