

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	10
6.1 Beschrijving segment	10
6.2 Prestatiebeschrijvingen.....	11
6.3 Tariefsoort	12
7. Segment 3	13
7.1 Beschrijving segment	13
7.2 Prestatiebeschrijvingen.....	13
7.3 Tariefsoort	15
8. Prestaties buiten segmenten	15
8.1 Beschrijving	15
8.2 Prestatiebeschrijvingen.....	16
8.3 Tariefsoort	20
9. Vervallen oude beleidsregel	20
10. Bekendmaking en inwerkingtreding	20
11. Overgangsregeling	20
12. Citeertitel	20
Toelichting	21
Algemeen	21
Artikelsgewijs	23
Bijlage 1 Begripsbepalingen	30
Bijlage 2a Prestatielijst M&I-verrichtingen	31
Bijlage 2b Tarieven ongecontracteerde M&I-verrichtingen	36
Bijlage 3 Verantwoordingsdocument	37

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 bestond naar het driesegmentenmodel zoals beschreven in het "Advies Bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg" van de NZa, is groot. De overgang tussen beide systematieken wordt daarom gefaseerd ingevoerd. De bekostiging in 2015 en ook nog in 2016 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 (artikel 8 "prestaties buiten segmenten") beschreven.

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.
4. Het inschrijftarief kan enkel in rekening worden gebracht indien de huisarts de continuïteit van de huisartsenzorg, 24 uur per dag en 7 dagen per week heeft gewaarborgd voor de bij hem ingeschreven patiënten.

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. Indien het patiëntcontact *niet* in rekening wordt gebracht in het kader van een andere prestatie kan deze op basis van één van de hierboven beschreven prestaties gedeclareerd worden, met inachtneming van de overige hier vermelde voorwaarden, voorschriften en beperkingen.
3. 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.

4. Kleine chirurgische ingrepen die niet vallen onder de prestatie "Chirurgie" (zie artikel 5.2.5 van deze beleidsregel) zijn in het consulttarief begrepen.
5. 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.
6. Telefonische consulten mogen niet in rekening worden gebracht, tenzij deze duidelijk dienen ter vervanging van een spreekuurconsult.
7. Een vaccinatie tijdens een consult of een visite mag niet extra in rekening worden gebracht.
8. 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.
9. 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.
10. Een consult kan 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.
11. De prestatie "Consult regulier 20 minuten en langer" mag (in afwijking van de voorwaarde zoals genoemd onder 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. Aanmeten en plaatsen pessarium (vh. 13025)
12. De prestatie "Visite regulier 20 minuten en langer" mag (in afwijking van de voorwaarde genoemd onder 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 8 van de reguliere consulten (zie artikel 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 mogen door de zorgaanbieder alleen in rekening worden gebracht voor incidentele en acute zorg.
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 artikel 5.2.2) in rekening worden gebracht.
6. De prestatie "Visite passant 20 minuten en langer" mag (in afwijking van voorwaarde genoemd onder 3, paragraaf 5.2.2) 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 (zie artikel 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:

Prestatie

Onderlinge dienstverlening t.b.v. POH-GGZ
Onderlinge dienstverlening t.b.v. consultatieve raadpleging bij POH-GGZ

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Voorwaarden, voorschriften en beperkingen 1,2,3,6,8 en 9 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 (en daarbij niet zelf contracteert), onder voorwaarde dat er een overeenkomst is voor POH-GGZ met minimaal 1 andere zorgverzekeraar. Indien deze overeenkomst niet tot stand komt, mag het patiëntcontact in rekening worden gebracht op basis van de reguliere consulten, zoals beschreven in artikel 5.2.2.
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 zeven specifieke (groepen van) verrichtingen bestaan separate prestaties. Het betreft verrichtingen die tot en met 2014 als M&I-verrichting gedeclareerd konden worden. De prestaties "therapeutische injectie" (Cyriax) en "IUD aanbrengen" worden in 2016 toegevoegd aan de lijst van vijf prestaties die in 2015 reeds op deze wijze in rekening gebracht konden worden. De prestaties kennen een maximumtarief per verrichting. Onderstaande tabel specificeert de zeven prestaties en ter informatie de oude M&I-prestatielabels 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
Therapeutische injectie (Cyriax)	13023
IUD aanbrengen / Implanteren of verwijderen etonogestrel implantatiestaafje	13042

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Het totaal aan medisch noodzakelijke handelingen zoals beschreven in de per prestatie relevante NHG-richtlijn (dan wel overige voor het uitvoeren van de specifieke prestatie relevante richtlijnen) is onderdeel van de beschreven prestatie.
2. "Chirurgie" betreft chirurgische ingrepen ter vervanging van behandeling in de 2e lijn, zoals:
 - a. excisie van een atheroom, lipoom, fibroom, chalazion, nevus/multiple naevi;
 - b. huidbiopt (stans), electrochirurgie;
 - c. complexe (uitgebreide) wondbehandeling met hechten;
 - d. Barron-ligatie;
 - e. chirurgische decubitusbehandeling;
 - f. nagelchirurgie bijvoorbeeld nageextractie 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-apparaat.

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. Voor Chirurgie gelden de volgende aanvullende voorwaarden:
 - de prestatie is inclusief (hecht)materiaal, verwijderen hechtingen en nabehandeling (verwijderen van hechtingen na specialistische behandeling valt hier niet onder);
5. "Intensieve zorg" betreft het verlenen van intensieve zorg aan
 - terminale patiënten of
 - patiënten waarvoor het CIZ een zorgprofiel heeft toegewezen uit onderstaande reeks verpleging en verzorging. Deze patiënten ontvangen geen verblijf én behandeling van een instelling ingevolge artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a en artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c van de Wet langdurige zorg.
 - VV Beschermd wonen met intensieve dementiezorg;
 - VV Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging;
 - VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding;
 - VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging;
 - VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging;
 - VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg.

Het betreft een prestatie per visite. Indien de visite aanvangt tijdens ANW-uren, dan mag de prestatie "Intensieve zorg, ANW" in rekening worden gebracht.
6. "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;
 - het maken van afspraken met de gespecialiseerde zorgaanbieder/verlener (bijvoorbeeld de wondverpleegkundige) over consulteren en door- en terugverwijzen valt onder de prestatiebeschrijving
7. "Oogboring" betreft het verwijderen van een corpus alienum uit het oog. Handelingen beschreven in NHG-standaard M57.
8. "Therapeutische injectie (Cyriax) betreft een injectie met corticosteroïden of lokaal anestheticum in gewrichten, op peesaanhechtingen of bursa volgens principe van Cyriax.
9. "IUD aanbrengen" betreft het inbrengen van een spiraaltje of etonogestrel implantatiestaafje vanwege anticonceptie.

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.

Prestatie

Multidisciplinaire zorg DM2/VRM

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.

Prestatie

Multidisciplinaire zorg COPD/Astma

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 restitutiepolicen aanbiedt (en daarbij niet zelf contracteert) 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 uitkomstbesteding worden separate deelprestaties ingevoerd voor een aantal specifieke domeinen (adequaat verwijzen & diagnostiek, doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen, service & bereikbaarheid, multidisciplinaire zorg en stimulering huisartsenzorg in krimpregio's).

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.

a) *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.

b) *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.

c) *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.

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

- 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.

d) *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.

e) *Resultaatbeloning stimulering huisartsenzorg in krimpregio's*

Deze deelprestatie biedt ruimte om afspraken te maken over aanvullende vergoeding van activiteiten die de toegankelijkheid en kwaliteit van huisartsenzorg in krimpregio's borgen en verbeteren.

f) *Resultaatbeloning overig*

Deze deelprestatie biedt ruimte om afspraken te maken over beloning op uitkomsten van zorgkwaliteit en/of kosten bij domeinen anders dan de vijf hierboven genoemde.

7.2.2 *Zorgvernieuwing*

Binnen het domein Zorgvernieuwing worden de volgende prestaties onderscheiden.

g) *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 artikel 5.2.4); 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.

h) *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 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

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

ingeroepen expertise via onderlinge dienstverlening tegen vrij tarief worden bekostigd.

Beperking: 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 artikel 5.2.4); 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.

i) 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 g of h 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 deelprestaties e tot en met i 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, konden in 2015 in het drie-segmentenmodel worden ingepast. Het bekostigingsmodel zoals dit voor 2015 en voor 2016 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

Voor incidentele en acute huisartsenhulp in ANW-uren (avond-, nacht- en weekenduren, zie de begripsbepaling in 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.

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.

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 toeslag 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. Consulten/visites voor ANW-zorg mogen alleen in rekening worden gebracht indien de zorgaanbieder niet participeert in een huisartsendienstenstructuur.
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

Voor informatieverstrekking 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 (urine­weginfecties)
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 2a en 2b.

De verrichtingen M&I geleverd aan verzekerden zoals vermeld in bijlage 2a mogen in rekening worden gebracht tegen een tarief dat per overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde overeen wordt gekomen en kunnen ook in rekening worden gebracht indien de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde uitsluitend restitutiepolissen aanbiedt (en daarbij niet zelf contracteert) onder de voorwaarde dat er een overeenkomst is met minimaal 1 andere zorgverzekeraar.

De verrichtingen M&I in bijlage 2a 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.

Indien deze overeenkomst met zorgverzekeraar dan wel gemoedsbezwaarde niet tot stand komt, kan de limitatieve lijst van verrichtingen zoals vermeld in bijlage 2b in rekening worden gebracht tegen een door de NZa vastgesteld maximumtarief.

Uitzondering op bovenstaande voorwaarden 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 tegen vrij tarief in rekening mogen worden gebracht zonder contract met de zorgverzekeraar.

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.

Het totaal aan medisch noodzakelijke handelingen zoals beschreven in de per prestatie relevante NHG-richtlijnen (dan wel overige voor het uitvoeren van de specifieke prestatie relevante richtlijnen) is onderdeel van de beschreven prestatie. Bij meerdere prestaties zijn verwijzingen opgenomen naar specifieke NHG-richtlijnen die de handelingen beschrijven.

8.3 Tariefsoort

Alle prestatiesbeschreven in artikel 8.2 van deze beleidsregel kennen een maximumtarief, behoudens de M&I-verrichtingen zoals beschreven in artikel 8.2.11 en bijlage 2a. Voor de M&I-verrichtingen geldt een vrij tarief, onder voorwaarde dat hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde, dan wel gemoedsbezwaarde, aan ten grondslag ligt. Indien deze overeenkomst ontbreekt, gelden maximumtarieven voor de prestaties zoals vermeld in bijlage 2b.

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. Vervallen oude beleidsregel

Deze beleidsregel vervangt de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg met kenmerk BR/CU-7157.

10. Bekendmaking en inwerkingtreding

1. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wet marktordening gezondheidszorg zal van de vaststelling van deze beleidsregel mededeling worden gedaan in de Staatscourant.
2. Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 april 2016 en werkt terug tot en met 1 januari 2016.

11. Overgangsregeling

De beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2015, met kenmerk BR/CU-7165, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold.

12. Citeertitel

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2016.

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, waarop vaststelling van de NZa-beleidsregels volgde.

Ontwikkeling:

Deze beleidsregel beschrijft het NZa-beleid rondom de bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg zoals die in 2016 zal luiden. In de tweede helft van 2015 en de eerste helft van 2016 heeft de NZa in samenwerking met de koepelorganisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars gewerkt aan de doorontwikkeling van het 3-segmentenmodel. Op uitdrukkelijk verzoek van deze koepelorganisaties is ervoor gekozen om in de regelgeving 2016 geen grote wijzigingen door te voeren ten opzichte van 2015. Het komende jaar wordt gebruikt om nader onderzoek te doen naar verdere aanpassingen en verbeteringen van het 3-segmentenmodel.

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) wijzigingen in de bekostiging zullen optreden:

- Differentiatie inschrijftarieven: De NZa onderzoekt in hoeverre de huidige differentiatie van de inschrijftarieven (op leeftijd en naar wel/niet achterstandswijk) nog voldoet. Het streven is om eventuele verbeteringen per 2017 door te voeren.
- Overheveling resterende M&I-verrichtingen: Per 2015 zijn van achttien M&I-verrichtingen de separate betaaltitel in het vrije segment afgeschaft (en overgeheveld naar Segment 1, zie artikelsgewijze toelichting bij 5.2.2-5.2.3 en 5.2.5). Mogelijk volgen in komende jaren ook andere M&I-titels.
- 'Buiten scope'-prestaties: Bij de introductie van het 3-segmentenmodel is een aantal prestaties 'buiten scope' geplaatst, d.w.z. niet meegenomen bij de toedeling naar de drie

segmenten. In overleg met de koepelorganisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars blijft deze situatie in 2016 gehandhaafd en wordt in de komende periode nader bezien hoe overheveling naar het 3-segmentenmodel per 2017 vorm kan krijgen.

- Doorontwikkeling van segment 2, waarbij meer vormen van multidisciplinaire/programmatische/chronische zorg een plek krijgen in dit segment van de bekostigingssystematiek.

In segment 1 blijft de bekostiging op basis van inschrijvingen en consulten vooralsnog 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.

Nieuwe systematiek tariefonderbouwing

In het verantwoordingsdocument (bijlage bij deze beleidsregel) is beschreven 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 tariefgereguleerde 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 deze beleidsregel en de beleidsregel die voor 2015 geldt (BR/CU 7165) is ruimer dan de optelsom van de reikwijdtes van de beleidsregels die tot en met 2014 de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg beschreven. 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 – 5.2.5

Met ingang van 2015 zijn achttien verrichtingen niet meer te declareren als M&I-verrichting.

Voor zeven oud M&I-prestaties geldt in 2016 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 2016 (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
	- Aanmeten en plaatsen pessarium	13025
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 als regulier consult 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 zijn hiervoor met 0,47% verhoogd. Voor een exacte berekening van dit percentage verwijzen wij u naar artikel 6 van het verantwoordingsdocument.

Voor de prestaties "therapeutische injectie (Cyriax)" en "IUD aanbrengen/implanteren of verwijderen etonogestrel implantatiestaafje" gold in 2015 ook dat de M&I-verrichting verdween en vervangen werden door declaratie van een regulier consult. Op verzoek van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars wordt deze situatie in 2016 aangepast. In de contractronde 2015 is gebleken dat de overheveling van deze twee prestaties veel onrust met zich meebracht die de totstandkoming van afspraken tussen beide partijen bemoeilijkte. Partijen bleken niet in staat om vervangende afspraken over substitutie in S3 te maken die het schrappen van de specifieke prestaties zou compenseren. De inschatting van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars is dat zij ook in de contractronde 2016 hier nog niet toe in staat zullen zijn. Zowel het plaatsen van een therapeutische injectie als het aanbrengen van een IUD worden daarom in 2016 weer separaat declarabele prestaties. De in 2015 gepaarde ophoging van inschrijftarief als gevolg van de overheveling (0,53%) wordt voor deze prestaties ongedaan gemaakt.

De prestaties "therapeutische injectie" en "IUD aanbrengen" worden toegevoegd aan de vijf in 2015 gecreëerde verrichtingen in S1 die ter vervanging dienen van negen oud-M&I-verrichtingen. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de S1-prestaties die de oud-M&I-verrichtingen vervangen.

NZa-prestatie vanaf 2015 (segment 1)	NZa-prestatie voor 2015 (M&I-verrichting)	Vektis-code 2014
Chirurgie	- Chirurgie - Chirurgie, categorie A - Chirurgie, categorie B	13012 13047 13048
Intensieve zorg, dag	- Intensieve zorg, visite, dag - Intensieve zorg, visite 20 minuten of langer, dag	13034 13035
Intensieve zorg, ANW	- Intensieve zorg, visite, ANW - Intensieve zorg, visite 20 minuten of langer, ANW	13036 13037
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	- Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	13015
Oogboring	- Oogboring	13024
Therapeutische injectie (Cyriax)	- Therapeutische injectie (Cyriax)	13023
IUD aanbrengen / Implanteren of verwijderen etonogestrel implantatiestaafje	- IUD aanbrengen / Implanteren of verwijderen etonogestrel implantatiestaafje	13042

Bij de introductie in S1 van deze prestaties is in 2015 in de tariefopbouw verondersteld dat een deel van de vergoeding die tot en met 2014 in het vrije segment tot stand is gekomen vanaf 2015 vervangen zou worden door vervangende afspraken over substitutie in S3. De maximumtarieven die in 2015 zijn vastgelegd lagen daarom 6,9% lager dan het gemiddeld overeengekomen tarief in het vrije segment. In de contracteerronde 2015 is ook hier gebleken dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars nog niet in staat zijn om brede substitutieafspraken te maken in S3, die de vergoeding per specifieke verrichting vervangen. In de praktijk werden daarom aanvullende afspraken gemaakt in S3 die de zorgaanbieder per verrichting compenseerden voor de gemiste 6,9% inkomsten. De in 2015 gerealiseerde uitsplitsing van een tarief per verrichting en een separate uitkomstbekostiging in S3 heeft door deze praktische uitwerking een complexere bekostiging als gevolg, in plaats van de versimpeling die in het eerstelijns convenant beoogd is.

Op verzoek van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars wordt daarom ook deze situatie vooralsnog teruggedraaid. Het maximumtarief voor de overige S1-prestaties is met ingang van 2016 gebaseerd op het gemiddelde tarief dat in het vrije segment overeengekomen werd. De korting van 6,9% die ten goede kwam aan de beschikbare ruimte in S3 wordt daarmee ongedaan gemaakt.

Toelichting bij de prestatie Intensieve zorg

De intensieve zorg kan geleverd worden aan terminale patiënten en aan patiënten die Wlz zorg ontvangen.

Bedoeld wordt met 'die geen verblijf én behandeling ontvangen van een instelling ingevolge artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a en artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c van de Wet langdurige zorg', dat deze patiënten niet verblijven in een instelling en geen specifieke Wlz behandeling ontvangen door of namens die instelling.

In artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c van de Wlz staat, dat die specifieke behandeling omvat: "behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of

specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde."

Er zijn twee situaties mogelijk voor patiënten die intensieve huisartsenzorg vanuit de Zvw behoeven, en die daarnaast ook Wlz zorg krijgen op grond van het genoemde zorgprofiel in artikel 3.1.1 van het Besluit langdurige zorg juncto artikel 2.1 Regeling langdurige zorg juncto bijlage A bij deze regeling:

1. Patiënten die in een Wlz instelling verblijven maar geen Wlz behandeling ontvangen door of namens de Wlz instelling, krijgen de geneeskundige zorg van algemeen medische aard vanuit de Zvw, dus ook de huisartsgeneeskundige zorg;
2. Patiënten die thuis verblijven en ook geïndiceerd zijn voor de specifieke Wlz zorg, krijgen de geneeskundige zorg van algemeen medische aard via de Zvw, dus ook de huisartsgeneeskundige zorg.

Maar als patiënten in een Wlz instelling verblijven en door of namens de instelling Wlz behandeling ontvangen, dan krijgen zij de geneeskundige zorg van algemeen medische aard namens die Wlz instelling vanuit de Wlz, dus ook de "huisartsgeneeskundige" zorg.

Artikel 5.2.4

De afgelopen periode heeft de NZa door onderzoeksbureau Significant onderzoek laten uitvoeren naar de tariefonderbouwing van de functie POH-GGZ. De resultaten van dit onderzoek gaven geen directe indicatie dat de huidige tariefonderbouwing herzien moet worden. Wel bleek uit dit onderzoek dat een aanpassing gewenst is in de regelgeving op het gebied van de maximale inzet van POH-GGZ.

De inzet van POH-GGZ wordt vergoed door middel van declaratie van specifieke consulten en door een aanvullende opslagmodule op het inschrijftarief. Het maximumtarief voor de opslagmodule bood tot en met 2015 ruimte om bij benadering 12 uur per week per praktijk een GGZ-praktijkondersteuner in te zetten (1 fte POH-GGZ per 3 normpraktijken).

Uit het onderzoek en de reacties op dit onderzoek vanuit veldpartijen blijkt dat de huidige inzet van gespecialiseerd POH-GGZ personeel varieert van 0,13 tot 0,3 fte per normpraktijk. Uit het onderzoek blijkt dat de huidige financiering bepalend is voor de inzet van POH-GGZ. Regionaal ontstaan inmiddels praktijken die een hogere inzet van een POH-GGZ zouden willen dan de huidige financiering toelaat.

Aangezien de inzet van gespecialiseerd POH-GGZ-personeel een gevolg is van specifieke afspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, is het naar inzien van de NZa niet wenselijk dat landelijke bekostigingsregels remmend zijn in een regionaal mogelijk wenselijke verdere uitbreiding van deze functie. De NZa verruimt deze regels daarom. Met ingang van 2016 kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken maken tot aan een maximale inzet van bij benadering 1 fte POH-GGZ per normpraktijk. Het maximaal af te spreken modulebedrag per ingeschreven patiënt wordt met een factor 3 opgehoogd. Voor al het overige blijft de onderbouwing van het tarief gelijk.

Een aanpassing in de regelgeving heeft mogelijk macro-meerkosten tot gevolg, afhankelijk van het contracteerbeleid van de zorgverzekeraars en de ontwikkeling van het aanbod. De verdere flexibilisering vraagt van de zorgverzekeraars en aanbieders dat op praktijkniveau afspraken kunnen

worden gemaakt over specifieke inzet van POH-GGZ. Dat laatste is overigens ook in 2015 al het geval.

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 7.2.2

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.

Aanpassingen beleidsregel 2016 naar aanleiding van uitspraak CBb

Het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBb) heeft 1 december 2015 geoordeeld dat de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH) gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld in de juridische procedure tegen de tariefbeschikking "huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg" 2015.

De NZa heeft in de beleidsregels voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2015, en de daaruit volgende tariefbeschikkingen, voor een aantal prestaties bepaald dat deze alleen in rekening mogen worden gebracht als de huisarts en zorgverzekeraar dit per contract overeenkomen.

Het CBb heeft geoordeeld dat in de huisarts ook zonder contract in staat moet zijn om zorgprestaties te leveren en daar een redelijke vergoeding voor in rekening kunnen brengen. Het CBb heeft geoordeeld dat de vergoeding voor deze prestaties op basis van de NZa-beleidsregels feitelijk nihil is, en daarmee geen redelijke vergoeding.

Gelet op de inhoud van de rechterlijke uitspraak heeft dit geleid tot een nieuwe beleidsregel en tariefbeschikking voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2015. Deze beleidswijziging werkt ook door in de beleidsregel 2016.

De volgende beleidswijzigingen worden met terugwerkende kracht doorgevoerd:

- Bij de prestaties in de categorie "passanten", vervalt het contractvereiste in zijn geheel.
- Bij de prestaties in de categorie "ANW-buiten HDS" vervalt het contractvereiste in zijn geheel.
- Bij de prestaties in de categorie "oud M&I-verrichtingen binnen segment 1" vervalt het contractvereiste in zijn geheel.
- Voor 16 M&I-verrichtingen waarvoor een vrij tarief geldt (inclusief het contractvereiste) wordt een aanvullende declaratietitel tegen maximumtarief geïntroduceerd welke zonder contract in rekening kan worden gebracht.

Met het verdwijnen van het contractvereiste acht de NZa het noodzakelijk dat de prestatieomschrijvingen worden aangescherpt. Deze aanscherping vond tot nu toe plaats via het contract tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Het contractvereiste maakte het voor de NZa mogelijk om relatief "open" prestatiebeschrijvingen te hanteren, aangezien zorgverzekeraars en aanbieders de prestaties contractueel verder invulling konden geven. Daar waar mogelijk en nodig neemt de

NZa aanvullende bepalingen over die zorgverzekeraars via het contract stellen aan declaratie van de specifieke verrichtingen.

De NZa neemt daarbij een aanvullende bepaling op binnen de beleidsregel, waarin expliciet wordt benadrukt dat de huisarts verantwoordelijk is voor de continuïteit van de zorg voor de bij hem ingeschreven patiënten, 24 uur per dag en 7 dagen per week. Deze bepaling wordt gekoppeld aan de declaratie van het inschrijftarief en sluit aan bij hetgeen nu per contract overeengekomen wordt. Het sluit tevens aan bij de normen die de zorgaanbieders zelf hebben opgesteld.

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

- *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.
Handelingen beschreven in NHG-standaard M61.
- *Diagnostiek met behulp van Doppler*
Opsporen van vaatvernauwingen met behulp van Doppler apparatuur in eigen beheer.
Het betreft een prestatie per verrichting.
Handelingen beschreven in NHG-standaard M13.
- *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.
Handelingen beschreven in NHG-standaard M18.
- *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.
Handelingen beschreven in NHG-standaard M26.
- *ECG-diagnostiek (ECG maken, interpreteren en bespreken met patiënt)*
Het betreft een prestatie per diagnose. Prestatie is inclusief verbruiksmateriaal.
Handelingen beschreven in Elektrocardiografie in de huisartsenpraktijk (NHG-Bouwsteen voor de praktijkvoering, volume 1
- *Spleetlamponderzoek*
Diagnostiek en controle van een aantal oogheelkundige aandoeningen, met behulp van spleetlamp in eigen beheer.
Het betreft een prestatie per onderzoek.
- *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.
Handelingen beschreven in NHG-Bouwsteen Elektrocardiografie in de huisartsenpraktijk.
- *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.

Handelingen beschreven in NHG-richtlijn M84 en zorgstandaard CVR.

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.

Deze prestatie includeert:

- gebruikmaking van adequate apparatuur, beveiligde verbinding en digitale opslag van informatie;
- geprotocolleerde rapportage door dermatoloog.

Cognitieve functietest (MMSE)

Onderzoek naar dementie door afname van MMSE-test.

Het betreft een prestatie per verrichting.

handelingen beschreven in NHG-standaard M21.

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.

MRSA-screening

Afname kweekmateriaal ten behoeve van diagnostiek MRSA.

Het betreft een prestatie per verrichting.

Diabetes – begeleiding per jaar

Het betreft een prestatie per controle.

Diabetes – instellen op insuline

Het betreft een prestatie per verrichting.

COPD – gestructureerde zorg per jaar

Het betreft een prestatie per controle.

Palliatieve consultatie, visite

Consultatievisite door een opgeleide palliatieve huisartsconsulent op verzoek van huisarts.

Het betreft een prestatie per visite, inclusief bestudering casus.

Palliatieve consultatie, telefonisch

Telefonische consultatie door een opgeleide palliatieve huisartsconsulent op verzoek van huisarts.

Het betreft een prestatie per telefonisch consult.

Euthanasie

Verlenen van euthanasie.

Het betreft een prestatie per euthanasieverlening.

Handelingen beschreven in SCEN regels.

Gestructureerde huisartsenzorg in verzorgingshuis

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

Gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang

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

Abdominale echografie

Het uitvoeren en interpreteren van abdominale echografie in eigen beheer ter voorkoming van onnodige verwijzing naar de tweede lijn.

Bij verwijzing naar de specialist na het onderzoek is het beschikbaar stellen van diagnostische materiaal ten behoeve van de vervolgbehandeling onderdeel van de prestatie.

Het betreft de volgende indicaties:

- aorta: herkennen aneurysmata;
- lever: tumoren, metastasen;
- galblaas: stenen, stuwning;
- nieren: stuwning, 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.

Chirurgie in geval van cosmetiek

Het betreft een prestatie per verrichting, inclusief materiaal en verwijderen hechtingen.

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

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.

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.

Besnijdenis

Gestandaardiseerde ingreep.

Het betreft een prestatie per ingreep, inclusief nacontrole.

Bijlage 2b**Prestatielijst niet-gecontracteerde M&I-verrichtingen**

De M&I-verrichtingen zoals beschreven in bijlage 2a kennen een vrij tarief, en mogen in rekening worden gebracht onder voorwaarde dat hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt. Als deze overeenkomst niet tot stand komt, mag de zorgaanbieder de prestaties zoals vermeld in onderstaande limitatieve lijst in rekening brengen tegen een door de NZa vastgesteld maximumtarief.

Prestatie
Audiometrie
Diagnostiek met behulp van Doppler
Tympanometrie
Longfunctiemeting (= spirometrie)
ECG-diagnostiek (ECG maken, interpreteren en bespreken met patiënt)
Spleetlamponderzoek
Tele-echo, -röntgen, -hartmonitoring op de waddeneilanden
Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting
Teledermatologie
Cognitieve functietest (MMSE)
Hartritmestoornissen
MRSA-screening
Palliatieve consultatie, visite
Palliatieve consultatie, telefonisch
Euthanasie
Module Abdominale echografie

De prestatiebeschrijvingen en aanvullende voorwaarden (met uitzondering van het contractvereiste) zoals per prestatie vermeld in bijlage 2a, zijn ook van toepassing op de prestaties zoals in bijlage 2b vermeld.

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.

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

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

1. Inleiding

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

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

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

2. Prestaties

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

Het basistarief van de **inschrijving** ligt ten grondslag aan het maximumtarief van:

- o de zes gedifferentieerde inschrijftarieven, door middel van vermenigvuldiging met de factoren in onderstaande tabel.

Leeftijd	Niet-opslagwijk	Opslagwijk
verzekerden tot 65 jaar	1,173	1,303

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

- o 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:

- o 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

- o 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

- o veertien nevenprestaties⁴, telefonische en schriftelijke informatieverstrekking, en het uitstrijkje, conform de factoren in onderstaande tabel

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

Het basistarief van het **passantenconsult** ligt ten grondslag aan het maximumtarief van:

⁴ De kilometervergoeding die eventueel in rekening gebracht kan worden in verband met deze nevenverrichtingen heeft een andere onderbouwing; zie par. 7.5.

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

<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 passantentarief te vermeerderen met €2,38 (prijspeil definitief 2015) en het resultaat te vermenigvuldigen met de factor in onderstaande tabel

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

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

<i>Prestatie</i>	<i>Factor</i>
Chirurgie	3,02
Intensieve zorg, dag	
Intensieve zorg, ANW	4,45
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	2,03
Oogboring	1,93
IUD	2,13
Cyriax	1,02
SCEN	13,5

- o de 16 M&I-verrichtingen welke ook zonder contract met de zorgverzekeraar tegen een maximumtarief in rekening kunnen worden gebracht.

<i>Prestatie</i>	<i>Factor</i>
Audiometrie	0,87
Dopplerdiagnostiek	1,00
Tympanometrie	1,02
Longfunctie-spirometrie	1,59
ECG-diagnostiek	1,52
Spleetlamponderzoek	0,43
Tele-echo, -röntgen, -hartmonitoring op de waddeneilanden	4,08
Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting	1,01
Teledermatologie	0,65
Cognitieve functietest, MMSE	1,09
Hartritmestoornissen	0,87
MRSA-screening	0,65
Palliatieve consultatie, visite	3,90
Palliatieve consultatie, telefonisch	0,98
Euthanasie	7,84
Module Abdominale echografie	1,47

3. Basistarieven

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

$$\text{Basistarief Inschrijving} = 0,346 \times (\text{arbeidskostenbestanddeel} + \text{Praktijkkostenbestanddeel}) / \text{rekennorm inschrijvingen}$$
$$\text{Basistarief Consult} = 0,256 \times (\text{arbeidskostenbestanddeel} + \text{praktijkkostenbestanddeel}) / \text{rekennorm consulten}$$
$$\text{Basistarief Passantenconsult} = 0,766 * (\text{Arbeidskostenbestanddeel} + \text{Praktijkkostenbestanddeel}) / \text{rekennorm consulten}$$

Hierbij geldt:

- Het Arbeidskostenbestanddeel bedraagt € 128.311,42 (prijspeil definitief 2015). De onderbouwing van dit bedrag wordt toegelicht in paragraaf 4.
- Het Praktijkkostenbestanddeel bedraagt € 184,336,63 (prijspeil definitief 2015). De onderbouwing van dit bedrag wordt toegelicht in paragraaf 5.
- De rekennorm inschrijvingen bedraagt 2.168 en de Rekennorm consulten 8.882. Beide aantallen zijn terug te vinden in paragraaf 5.
- Jaarlijks vindt een aanpassing (indexering) van zowel het arbeidskosten- als het praktijkkostenbestanddeel plaats. De wijze van indexeren is geregeld in de beleidsregel 'Indexering'.

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

Het tarief voor de passantenconsulten wordt berekend vanuit de hypothetische situatie dat de gemiddelde huisartsenpraktijk geen ingeschreven verzekerden heeft, en dus ook die opbrengsten uit consulten zou moeten halen. Het feit dat de factor 0,766 bedraagt (en dus niet overeenkomt met 25,6% + 44%) heeft te maken met tariefmaatregelen uit het verleden.

4. Arbeidskosten

De component arbeidskosten 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 praktijkgeenaar. 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

Criterion	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 praktijkeigenaar genereert is mede afhankelijk van de kostenstructuur van de betreffende huisartsenpraktijk, de geleverde productie en de opbrengsten uit niet-gereguleerde activiteiten. De arbeidskostencomponent is slechts een normering van de arbeidskosten van praktijkeigenaren. Dit vanwege het feit dat de werkelijke kosten niet zijn te meten in een kostenonderzoek (zoals wel het geval is bij de kosten van het personeel in loondienst).
- De arbeidskostencomponent heeft geen betrekking op de zorg in de ANW-uren. Deze zorg wordt separaat bekostigd via het bekostigingssysteem voor HDS'en en tarieven die huisartsen voor zorg in ANW-uren in rekening kunnen brengen.
- In de arbeidskostencomponent speelt ondernemersrisico geen rol. Dit aspect is in de tariefbepaling meegenomen binnen de component praktijkkosten, middels een vergoeding voor gedeerd rendement op eigen vermogen (GREV).
- De arbeidskostencomponent heeft betrekking op de jaarkosten van een praktijkeigenaar. Hierbij wordt geabstraheerd van het aantal uren dat een volledige werkweek bevat volgens de geldende CAO en/of het werkelijk gemaakte aantal uren.
- Vergelijkingen met BBRA en binnen de zorg vinden steeds plaats op basis van functie-eindsalarissen. Idealiter zou een lager salarisniveau als ijkpunt gekozen moeten worden, dat spoort met het gemiddelde niveau van senioriteit en ervaring van de praktijkeigenaars. Hiervoor zijn echter geen gegevens beschikbaar.

4.3 Arbeidskostencomponent voor praktijkeigenaren huisartsenzorg

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

Stap A – Actualiseren oorspronkelijke BBRA-inschaling

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

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

Stap B – Uitvoeren horizontale vergelijking binnen de zorg

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

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

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

Bij de vergelijking is gekozen voor de CAO Hidha (Huisartsen in dienst van andere huisartsen) en de CAO Gezondheidscentra. De andere CAO's zijn niet of minder goed bruikbaar als vergelijkingsmateriaal.

Argumentatie keuze voor CAO Hidha en CAO Gezondheidscentra:

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

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

CAO Hidha

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

CAO Gezondheidscentra

De bedragen uit de oude CAO zijn geïndexeerd met de overeengekomen percentages in de CAO 2011-2013 (twee maal 1,5%) om te komen tot een bedrag met een actueel prijspeil. Zoals hiervoor gesteld, hebben de

resulterende bedragen geen formele status; er is geen overeenstemming over de arbeidsvoorwaarden voor huisartsen en de gehanteerde indexatie-percentages zijn hierop ook niet van toepassing.

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

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

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

Stap C – Afwegen of BBRA-inschaling moet worden bijgesteld

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

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

Stap D - Doorvoeren van een correctie voor ondernemerschap

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

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

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

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

Stap E – Berekenen omvang aankledingsposten

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

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

De onderstaande onderdelen worden tot de aankledingsposten gerekend:

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

Voor het berekenen van de bedragen zijn onderstaande premiepercentages aangehouden:

**Tabel 4.3: Premiepercentages voor berekening
aankledingsposten**

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

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

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

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

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

Stap F – Herijkte arbeidskostencomponent

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

Het effect van de herijking van de arbeidskostencomponent op de 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 en door middel van indexering tot aan een prijsniveau definitief 2015 van € 128.311,42.

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-tariefgeruleerde 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 tariefgeruleerde activiteiten	€ 22.114
- uit niet-tariefgeruleerde 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 tariefgeruleerde prestaties sprake van een substantieel deel niet-tariefgeruleerde prestaties. Dit betekent dat binnen de huisartsenzorg een gedeelte van de kosten gedekt worden uit niet-tariefgeruleerde activiteiten. Tabel 2 laat zien dat in 2010 het niet-tariefgeruleerde deel van de relevante opbrengsten 23% bedroeg. Tariefgeruleerde activiteiten beslaan 77% van de relevante opbrengsten. De tariefherijking die wij voorstellen, houdt rekening met dit feit dat huisartspraktijken hun omzet deels uit tariefgeruleerde en deels uit niet-tariefgeruleerde 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 tariefgeruleerde activiteiten. Om de praktijkkosten toe te rekenen aan tariefgeruleerde en aan niet-tariefgeruleerde activiteiten zal de omzetverhouding tussen beide groepen (77% vs. 23%) worden gehanteerd⁵. 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-geruleerde 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.

⁵ Hierbij is verondersteld dat de verdien capaciteit van tariefgeruleerde zorg gelijk is aan die van niet-tariefgeruleerde zorg. Vrij vertaald: elke euro inkomsten vanuit tariefgeruleerde zorg levert evenveel winst op als een euro omzet uit niet-tariefgeruleerde zorg. Op dit punt geven de onderzoekers aan dat de winstgevendheid van praktijken die relatief veel niet-tariefgeruleerde opbrengsten hebben niet significant lager is dan de winstgevendheid van praktijken die relatief weinig niet-tariefgeruleerde 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 2015 levert een totaal praktijkkostenniveau van € 184.336,63, waarvan € 142.391,43, wordt toegerekend aan tariefgereguleerde activiteiten.

6. Overheveling M&I-verrichtingen 2015

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

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

6.1 Groep met vervangende S1-prestatie

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

GROEP MET VERVANGENDE S1-PRESTATIE	
<i>Verrichting</i>	<i>Vektis-code</i>
Chirurgie	13012
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	13015
Oogboring	13024
Intensieve zorg, visite, dag	13034
Intensieve zorg, visite langer dan 20 minuten, dag	13035
Intensieve zorg, ANW visite	13036
Intensieve zorg, ANW visite langer dan 20 minuten	13037
Chirurgie, categorie A	13047
Chirurgie, categorie B	13048

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

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

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

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

In het verantwoordingsdocument behorende bij de beleidsregel "huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg" zoals deze in 2015 vigeert, zijn de stappen beschreven die leiden tot de maximumtarieven voor deze prestaties. Een van deze stappen is de berekening van een afslag van 6,9% op de tarieven voor de specifieke prestaties. Deze afslag gaf ruimte in segment 3 om specifieke resultaatafspraken te maken rondom met name substitutie. In 2016 wordt deze afslag ongedaan gemaakt. De berekening van de maximumtarieven in 2016 zijn daarmee gebaseerd op het gemiddelde tarief dat in het vrije segment in 2013 tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders overeen werd gekomen. Hierbij wordt van dezelfde basisgegevens uitgegaan die ten grondslag ligt aan de tariefberekening in 2015, om de berekening inzichtelijk te blijven houden. Het resultaat wordt conform 2015 afgezet tegen de hoogte van het basispassantentariaf (€ 26,29 definitief niveau 2013). Dit leidt tot een factor per prestatie ten opzichte van het basispassantentariaf in 2013, zoals weergegeven in onderstaande tabel. Deze factor wordt gehanteerd bij de tariefberekening (zie paragraaf 2).

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

6.2 Groep zonder vervangende S1-prestatie

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

GROEP ZONDER VERVANGENDE S1-PRESTATIE	
Code	Verrichting
13016	Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmateriaal, in de praktijk
13017	Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmateriaal, thuis
13018	Verrichting ter vervanging van specialistenbezoek
13019	Trombosebeen
13020	Varices sclerosering
13025	Aanmeten en plaatsen pessarium
13046	Kortdurende opname

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

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

Twee uitzonderingen:

- Bij "Postoperatief consult thuis" (13017) wordt geen lang consult maar een lange visite gedeclareerd.
- Bij "Kortdurende opname" (13046) wordt geen lang consult maar een lange visite of lange passantenvisite gedeclareerd; aanname: beide 50%.

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

Ook in deze berekening zijn dezelfde basisgegevens gehanteerd die

BEREKENING AANPASSING INSCHRIJFTARIEF							
Code	A. Kosten	B. Aantal	C. Kosten consulten	D. Kosten visites	E. Kosten pass.visites	F. S3	G. Kosten inschrijvingen
	Vektis 2012		$B \times \text{€}17,56$	$B \times \text{€}21,95$	$B \times \text{€}64,70$	$A \times 6,9\%$	$A-C-D-E-F$
13016	€ 2.460.010	89.415	€ 1.570.127				€ 889.883
13017	€ 834.510	18.182		€ 399.095			€ 435.415
13018	€ 8.374.361	301.272	€ 5.290.336				€ 3.084.024
13019	€ 56.001	1.042	€ 18.298				€ 37.704
13020	€ 31.272	411	€ 7.217				€ 24.055
13025	€ 660.638	23.009	€ 404.038				€ 256.600
13046	€ 113.103	2.059		€ 22.598	€ 66.763		€ 23.897
Totaal	€ 25.554.709		€ 7.290.016	€ 421.692	€ 66.609		€ 4.751.423
Als percentage van totaal inschrijvingen en consulten passanten, militairen en gemoedsbezwaarden (€ 1.004 miljoen)							0,47%

dienden ter onderbouwing van de tarieven in 2015.

7. Modelmatige tarieven

Van 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:

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

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

Tabel 7.1: Formulecomponenten POH-GGZ

Variabele	Toelichting	Bedrag / aantal
Arbeidskosten POH-GGZ	Managementtijd huisarts	€ 19.403,93
Praktijkkosten POH-GGZ	Personeelskosten: Praktijkondersteuner*	€ 70.731,54
	Overige kosten: Infrastructurele voorzieningen	€ 11.818,14
Rekenorm POH-GGZ	3 x 2.168**	6.504

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

** Deze rekenorm is gelijkgetrokken met de rekenorm voor het basis inschrijftarief. 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 2016 neerkomt op 1 fte POH-GGZ op 7.050 ingeschreven verzekerden.

Met ingang van 2016 wordt zorgverzekeraars en zorgaanbieders aanvullende tariefruimte gegeven om afspraken te maken over de inzet van POH-GGZ. De hoogte van het maximumtarief voor de module POH-GGZ wordt met ingang van 2016 de uitkomst van voorgaande formule, vermenigvuldigd met een factor 3. Het resultaat is dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders aanvullende afspraken kunnen maken over de inzet van POH-GGZ tot aan een inzet van bij benadering 1 fte per normpraktijk.

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.

7.7 M&I-verrichtingen

In bijlage 2b is een limitatieve lijst opgenomen van M&I-verrichtingen welke in rekening mogen worden gebracht indien hier geen contract met een zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt. De verrichtingen in deze lijst worden voorzien van een maximumtarief. Dit maximumtarief is gebaseerd op het tarief per verrichting dat zorgverzekeraars in hun standaardcontracten over 2015 voorlegden. Het laagste tarief per verrichting dat in deze standaardcontracten wordt aangetroffen geldt als maximumtarief dat zonder contract in rekening mag worden gebracht. Dit tarief per verrichting wordt afgezet tegen de hoogte van het basispassantentariaf (€ 27,19 voorcalculatorisch niveau 2015). Dit leidt tot een factor per prestatie ten opzichte van het basispassantentariaf van in 2015. Deze factor wordt gehanteerd bij de tariefberekening (zie paragraaf 2).