



Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2022, Nederlandse Zorgautoriteit

BELEIDSREGEL BR/REG-22147c
Vastgesteld op 21 december 2021

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	2
2.	Doel van de beleidsregel	2
3.	Reikwijdte	2
4.	Globale beschrijving bekostigingsmodel	2
5.	Segment 1	3
5.1	Beschrijving segment	3
5.2	Prestatiebeschrijvingen	3
5.2.1	Inschrijving	3
5.2.2	Regulier consult	4
5.2.3	Consult passanten, militairen, gemoedsbezwaarden	5
5.2.4	Poh-ggz	5
5.2.5	Overige S1-verrichtingen	7
5.2.6	Prestaties huisartsenzorg eerstelijnsverblijf en intensieve zorg	7
5.2.7	Deelname programma OPEN	8
5.3	Tariefsoort	10
6.	Segment 2	10
6.1	Beschrijving segment	10
6.2	Prestatiebeschrijvingen	10
6.2.1	Organisatie en infrastructuur	10
6.2.2	Multidisciplinaire zorg – gecontracteerd	13
6.2.3	Multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd	14
6.3	Tariefsoort	18
6.3.1	Organisatie en infrastructuur	18
6.3.2	Multidisciplinaire zorg – gecontracteerd	19
6.3.3	Multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd	19
7.	Segment 3	19
7.1	Beschrijving segment	19
7.2	Prestatiebeschrijvingen	20
7.2.1	Resultaatbeloning	20
7.2.2	Zorgvernieuwing	20
7.3	Tariefsoort	21
8.	Prestaties buiten segmenten	21
8.1	Beschrijving	21
8.2	Prestatiebeschrijvingen	21
8.2.1	Anw-verrichtingen in hds	21
8.2.2	Anw-verrichtingen buiten hds	22
8.2.3	Informatieverzoek	23
8.2.4	Uitstrijkjes	23
8.2.5	Keuringen en onderzoek	23
8.2.6	Verbruiksmaterialen	23
8.2.7	Kostenvergoedingen	23
8.2.8	SCEN	24
8.2.9	Huisartsenzorg voor asielzoekers in de centrale opvang	24
8.2.10	Module achterstandsfonds	24
8.2.11	Vaccinatie oip eigen verzoek (niet medische indicatie)	24
8.2.12	M&I-verrichtingen	25
8.3	Tariefsoort	25
9.	Aanvullende regelgeving als gevolg van het SARS-CoV-2 virus	25
9.1	Prestaties huisartsenzorg intensieve zorg	26
9.2	Moduletarief "Incidentele compensatie meerkosten en omzetzerving als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus	26
9.3	Anw-verrichtingen in hds	27
9.4	Kosten extra daglocaties huisartsenzorg als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus	27
10.	Intrekking oude beleidsregel	29
11.	Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel	29
12.	Inwerkingtreding en bekendmaking	29
13.	Citeertitel	29
	TOELICHTING	30
	Artikelsgewijs	38
	Bijlage 1: Begripsbepalingen	42
	Bijlage 2a: Prestatielijst M&I-verrichtingen	43
	Bijlage 2b: Prestatielijst niet-gecontracteerde M&I-verrichtingen	45
	Bijlage 3: Verantwoordingsdocument	46
	Bijlage 4: In- en exclusiecriteria multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd	71



Artikel 1 Inleiding

Gelet op 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.

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

Gelet op artikel 59, onderdeel b, van de Wmg heeft de Minister van VWS met brief van 14 juli 2014, kenmerk 642423-123512-MC, en van 11 juli 2017, met kenmerk 1153348-165402, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 van de Wmg aan de NZa gegeven.

Artikel 2 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.

Artikel 3 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 handelingen¹ of werkzaamheden² op het terrein van geneeskundige zorg uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van personen, ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) of door personen als bedoeld in artikel 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.

Artikel 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

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

² Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, eerste lid, aanhef en onderdeel c, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg.



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 is groot. De overgang tussen beide systematieken wordt daarom gefaseerd ingevoerd. De bekostiging draagt ook met de introductie van de drie segmenten, nog veel kenmerken in zich van de oude systematiek. Prestaties die 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 vier bijlagen. Bijlage 1 bevat de begripsbepalingen. Bijlage 2 omvat de prestatie lijst van de Modernisatie & Innovatie (M&I)-verrichtingen. Bijlage 3 is het verantwoordingsdocument over de berekening van de maximumtarieven en de tot standkoming van de postcodelijst voor opslagwijken. Bijlage 4 betreft de in- en exclusiecriteria multidisciplinaire zorg (niet gecontracteerd).

Artikel 5 Segment 1

Artikel 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 praktijkondersteuner ggz, en een aantal specifieke verrichtingen. Het kent een hybride karakter van vergoeding op basis van abonnement en op basis van verrichtingen.

Artikel 5.2 Prestatiebeschrijvingen

Binnen segment 1 worden de volgende prestaties onderscheiden.

Artikel 5.2.1 Inschrijving

De prestatie inschrijving beschrijft beschikbaarheid van het integrale pakket aan huisartsgeneeskundige zorg, 24 uur per dag en 7 dagen per week, voor de bij de zorgaanbieder op naam ingeschreven verzekerden.

Het tarief bij de prestatie inschrijving is een vergoeding voor de kosten van beschikbaarheid, waaronder die van de avond, nacht en weekend (anw)-diensten, en een deel van de kosten van zorglevering.

Het tarief van de inschrijving is een bedrag per kwartaal per op naam van de huisarts ingeschreven verzekerde.

Het tarief van de inschrijving wordt gedifferentieerd naar leeftijd, waarbij vier leeftijdscategorieën worden onderscheiden:

- Ingeschreven verzekerden tot 65 jaar;
- Ingeschreven verzekerden vanaf 65 tot 75 jaar;
- Ingeschreven verzekerden vanaf 75 jaar tot 85 jaar;
- Ingeschreven verzekerden vanaf 85 jaar.

Het tarief wordt nader gedifferentieerd voor ingeschreven verzekerden woonachtig in een opslaggebied.

De vaststelling van de opslaggebieden vindt plaats op grond van een door de NZa uitgevoerd onderzoek. De NZa hanteert voor de berekening van de achterstandsindex CBS-gegevens op postcode 6- en postcode 5-niveau. Per postcode-6-gebied wordt bepaald welke postcodes in de achterstandsgebieden voorkomen. De achterstandsindex worden gebaseerd op de volgende criteria:

- percentage inwoners met laag inkomen;
 - percentage niet-actieven;
 - percentage inwoners met niet-westerse of Midden- en Oost-Europese migratieachtergrond.
- Verzekerden woonachtig in de betreffende postcodes worden aangemerkt als woonachtig in een opslagwijk.



In het verantwoordingsdocument dat als bijlage is toegevoegd bij deze beleidsregel is de systemetiek om te komen tot de postcodelijst nader toegelicht. De resulterende postcodelijst wordt gepubliceerd als bijlage bij de Tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

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.

Artikel 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 6 separate prestaties, die in onderstaande tabel worden weergegeven.

Prestaties
Consult regulier korter dan 5 minuten
Consult regulier vanaf 5 minuten tot 20 minuten
Consult regulier 20 minuten en langer
Visite regulier korter dan 20 minuten
Visite regulier 20 minuten en langer
Vaccinatie regulier

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Indien het specifieke patiëntcontact al in rekening wordt gebracht en daarmee wordt vergoed in het kader van een andere prestatie (bijvoorbeeld de ketenzorgprestaties in Segment 2 of het uitvoeren van een M&I-verrichting), mag de zorgaanbieder voor dezelfde handelingen 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. Contact met andere zorgaanbieders, intercollegiaal/multidisciplinair overleg etc. kan niet als directe patiëntentijd in de vorm van een consult in rekening worden gebracht.
3. De tijdsduur van het zorginhoudelijke patiëntcontact is leidend voor de declaratie. Zo mogen de prestaties consult regulier vanaf 20 minuten en visite regulier vanaf 20 minuten alleen in rekening worden gebracht indien het zorginhoudelijke patiëntcontact daadwerkelijk 20 minuten of langer in beslag heeft genomen. Dit zorginhoudelijk contact kan in de vorm van een fysiek spreekuurconsult zijn, maar ook zonder direct fysiek face-to-face-contact, bijvoorbeeld telefonisch, per e-mail of via een internet beeldverbinding. Deze laatste vormen van contact mogen alleen als consult in rekening worden gebracht indien deze duidelijk dienen ter vervanging van een spreekuurconsult, waarbij de zorgverlening zowel zorginhoudelijk als qua tijdsbesteding vergelijkbaar is met de zorgverlening die in een regulier face-to-face consult wordt geboden.
4. Aanvullende voorwaarde bij de declaratie van een regulier consult zonder direct fysiek face-to-face-contact is dat voldaan wordt aan de voorwaarden die de beroepsgroep zelf heeft opgesteld in paragraaf 3.3.1 van de KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens.
5. Kleine chirurgische ingrepen, die gedurende de tijd van een regulier consult uitgevoerd worden, kunnen via de prestatie consult regulier in rekening worden gebracht.
6. Het maken van een ECG is in het consulttarief begrepen. Voor de kosten van een ECG wordt uitgegaan van een normbedrag, zie artikel 8.2.7 van de beleidsregel.
7. De declaraties (honorarium en kosten) voor de door de dienstenstructuren geleverde anw-diensten lopen via de dienstenstructuur waaraan de zorgaanbieder is verbonden. De aan een dienstenstructuur verbonden zorgaanbieders mogen voor de verrichte consulten niet zelf declareren.
8. De prestatie consult regulier vanaf 20 minuten mag (in afwijking van de voorwaarde zoals genoemd onder 2) ook in rekening worden gebracht indien het gaat om één 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)



9. De prestatie visite regulier vanaf 20 minuten 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).
10. Een vaccinatie tijdens een consult of een visite mag niet extra in rekening worden gebracht.

Artikel 5.2.3 Consult passanten, militairen, gemoedsbezwaarden, tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht zijn verzekerd

Directe patiëntcontacten van niet-ingeschreven verzekerden met de zorgaanbieder kunnen in rekening worden gebracht voor de volgende vier 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) Tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht zijn verzekerd. Het betreft een vergoeding voor incidentele en acute huisartsenzorg;
 - 4) Passanten, zijnde overige niet bij de betreffende huisartsenpraktijk ingeschreven patiënten die bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht zijn verzekerd. 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 tarief van het consult gemoedsbezwaarden en tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht zijn verzekerd wordt opgehoogd met een opslag van € 2,63 (prijspeil definitief niveau 2021) in verband met de extra te verrichten administratieve handelingen.
 - Het consult wordt gedifferentieerd in 3x6 separate prestaties, die in onderstaande tabel worden weergegeven.

Prestaties

Consult passant/militair/gemoedsbezwaarde/buitenlandse patiënt korter dan 5 minuten

Consult passant/militair/gemoedsbezwaarde/buitenlandse patiënt vanaf 5 minuten tot 20 minuten

Consult passant/militair/gemoedsbezwaarde/buitenlandse patiënt 20 minuten en langer

Visite passant/militair/gemoedsbezwaarde/buitenlandse patiënt korter dan 20 minuten

Visite passant/militair/gemoedsbezwaarde/buitenlandse patiënt 20 minuten en langer

Vaccinatie passant/militair/gemoedsbezwaarde/buitenlandse patiënt

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Voorwaarden, voorschriften en beperkingen 1 tot en met 10 van de reguliere consulten (zie artikel 5.2.2) zijn mutatis mutandis van toepassing.
2. Consulten voor passanten, militairen, gemoedsbezwaarden of tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht zijn verzekerd mogen door de zorgaanbieder alleen in rekening worden gebracht voor zorg buiten anw-uren.
3. Het is niet toegestaan het consult voor tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht zijn verzekerd in rekening te brengen indien voor de ingeschreven patiënt het inschrijftarief in rekening wordt gebracht.
4. Consulten voor passanten mogen door de zorgaanbieder alleen in rekening worden gebracht voor incidentele en acute zorg aan niet bij de zorgaanbieder ingeschreven patiënten die bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht zijn verzekerd.
5. Het is niet toegestaan het passantentarief in rekening te brengen indien de patiënt, gelet op de aard van de klachten, redelijkerwijs kan worden verwezen naar de huisarts(praktijk) waar de patiënt staat ingeschreven.
6. Het is niet toegestaan het consult voor passanten in rekening te brengen:
 - indien de patiënt is ingeschreven bij een huisarts die werkzaam is i) binnen dezelfde praktijk en/of ii) op dezelfde locatie als de behandelend huisarts;
 - of indien er sprake is van onderlinge waarneming (zoals bij vakantie, ziekte of nascholing).
7. Indien niet aan de voorwaarden 2 t/m 6 wordt voldaan, mogen alleen de reguliere consulten (zie artikel 5.2.2) in rekening worden gebracht.

Artikel 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.

- *Opslag praktijkondersteunerggz per kwartaal, per ingeschreven verzekerde*
De opslag biedt beschikbaarheid van de functie poh-ggz voor de bij de zorgaanbieder op naam ingeschreven verzekerden. Het tarief van de opslag 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 praktijkondersteuner ggz*
Het consult praktijkondersteuner 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 6 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).

Prestaties
Consult praktijkondersteuner ggz korter dan 5 minuten
Consult praktijkondersteuner ggz vanaf 5 minuten tot 20 minuten
Consult praktijkondersteuner ggz 20 minuten en langer
Visite praktijkondersteuner ggz korter dan 20 minuten
Visite praktijkondersteuner ggz 20 minuten en langer
Groepsconsult praktijkondersteuner ggz

- *Onderlinge dienstverlening ten behoeve van praktijkondersteuner ggz*
Prestaties in rekening te brengen door een zorgaanbieder bij een zorgaanbieder. We onderscheiden hier:

Prestaties
Onderlinge dienstverlening ten behoeve van praktijkondersteuner ggz
Onderlinge dienstverlening ten behoeve van consultatie bij praktijkondersteuner ggz

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Voorwaarden, voorschriften en beperkingen 1, 2, 3, 4 en 7 van de reguliere consulten zijn mutatis mutandis van toepassing op de consulten praktijkondersteuner ggz.
2. Het maximale opslagtariaf praktijkondersteuner ggz is gebaseerd op een inzet van 1/3 fte poh-ggz (12 uur per week) per 2.350 patiënten. Het in rekening te brengen tarief mag echter niet hoger zijn dan verklaard kan worden op basis van de aantoonbare en voor de ingeschreven patiënt beschikbare inzet van poh-ggz personeel (waarbij het functie- en competentieprofiel voor de praktijkondersteuner ggz ontwikkeld door LHV, NHG, PsyHAG en InEen leidend is), eventueel aangevuld met de direct aan de functie poh-ggz gekoppelde en aantoonbaar gemaakte kosten voor de ingeschreven patiënt beschikbare e-healthtoepassingen (niet zijnde reguliere infrastructurele kosten) en externe consultatie. Hierbij wordt de toerekenmethodiek gehanteerd zoals in de rekenvoorbeelden in het hoofdstuk "toelichting" verderop in de beleidsregel is uitgewerkt. De onderbouwing van het werkelijk in rekening gebrachte opslagtariaf moet op verzoek van de patiënt, diens zorgverzekeraar of de NZa ter beschikking worden gesteld.
3. Aanvullende vergoedingen voor inzet van poh-ggz boven het niveau van 1/3 fte per 2.350 patiënten, of hieraan gekoppelde e-health en externe consultatie, kunnen overeengekomen worden binnen segment 3, onder de noemer zorgvernieuwing.
4. 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 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 patiënt, de zorgverzekeraar of de NZa.
5. Het groepsconsult praktijkondersteuner ggz mag ongeacht de duur van het groepsconsult per consult één keer in rekening worden gebracht bij alle deelnemers aan het groepsconsult.

Artikel 5.2.5 Overige S1-verrichtingen

Deze paragraaf beschrijft vijf specifieke (groepen van) verrichtingen. Het betreft prestaties die tot en met 2014 als M&I-verrichting gedeclareerd konden worden. De prestaties kennen een maximumtarief per verrichting. Onderstaande tabel specificeert de vijf prestaties en ter informatie de oude M&I-prestatielcodes waarvoor de prestaties in de plaats komen.

Prestaties	Oude M&I-code
Chirurgie	13012, 13047, 13048
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	13015
Oogboring	13024



Prestaties	Oude M&I-code
Therapeutische injectie (Cyriax)	13023
IUD (spiraal) 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, neavus/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. Compressietherapie bij ulcus cruris betreft het behandelen van een patiënt met ulcus cruris met behulp van compressietherapie, met de volgende voorwaarden:
 - de indicatie en uitvoering conform NHG-standaard M16;
 - de patiënt is voor deze aandoening 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;
 - de prestatie is exclusief de benodigde verbandmiddelen.
6. Oogboring betreft het verwijderen van een corpus alienum uit het oog. Handelingen beschreven in NHG-standaard M57.
7. Therapeutische injectie (Cyriax) betreft een injectie met corticosteroïden of lokaal anestheticum in gewrichten, op peesaanhechtingen of bursa volgens principe van Cyriax.
8. IUD aanbrengen betreft het inbrengen van een spiraaltje of Etonogestrel implantatiestaafje vanwege anticonceptie.
9. Het tarief voor bovengenoemde verrichtingen is een vergoeding voor onder meer de tijd, die wordt besteedt aan het uitvoeren van de verrichting. De handelingen, die vooraf gaan aan het uitvoeren van deze verrichting, zoals uitgebreide uitvraag van klachten en hulpvraag, vraagverheldering, lichamelijk onderzoek, diagnostiek en het advies, zijn geen onderdeel van het tarief van de verrichting en kunnen separaat in rekening gebracht worden op basis van de bestede tijd als regulier consult of een van de varianten hiervan. Uiteraard alleen indien deze werkzaamheden ook daadwerkelijk zijn uitgevoerd. Indien voorafgaand aan de verrichting hulpvragen los van de verrichting worden beantwoord, kunnen deze als consult naast de verrichting in rekening worden gebracht.

Artikel 5.2.6 Prestaties huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf en intensieve zorg

De prestaties huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf (elv) en intensieve zorg zijn bedoeld voor huisartsenzorg geleverd aan patiënten die een hogere zorgwaarde met zich meebrengen. De patiëntgroepen die hieronder vallen zijn palliatief terminale patiënten, patiënten waarvan het CIZ een zorgprofiel heeft geïndiceerd in de reeks VV Beschermd wonen met intensieve dementiezorg t/m VV beschermd verblijf intensieve palliatief-terminale zorg, en patiënten opgenomen in een setting voor eerstelijnsverblijf.

Prestatiebeschrijving huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf (elv)

Huisartsenzorg elv betreft het verlenen van huisartsgeneeskundige zorg aan patiënten die verblijven in een setting voor eerstelijnsverblijf. Het betreft een prestatie per visite. De prestatie wordt uitgesplitst in tijdsduur en tijdstip.



Prestaties

Huisartsenzorg overdag bij eerstelijnsverblijf, korter dan 20 minuten
Huisartsenzorg overdag bij eerstelijnsverblijf, 20 minuten en langer
Huisartsenzorg in de avond, nacht of het weekend bij eerstelijnsverblijf, korter dan 20 minuten
Huisartsenzorg in de avond, nacht of het weekend bij eerstelijnsverblijf, 20 minuten en langer

Prestatiebeschrijving intensieve zorg

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.

Prestaties	Oude M&I-code
Intensieve zorg overdag	13034, 13035
Intensieve zorg in de avond, nacht of het weekend	13036, 13037

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Het totaal aan medisch noodzakelijke handelingen zoals beschreven in de voor het uitvoeren van de specifieke prestaties relevante richtlijnen is onderdeel van de beschreven prestatie.
2. De prestaties huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf en intensieve zorg betreffen prestaties per visite.
3. Voor de prestaties huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf en intensieve zorg geldt dat indien de visite aanvangt tijdens anw-uren, dan het anw-tarief in rekening mag worden gebracht.
4. Het anw-tarief kan niet worden gedeclareerd indien de visite is geleverd tijdens een dienstuur hds.
5. Indien intensieve zorg conform de prestatiebeschrijving wordt geleverd aan een patiënt die opgenomen is in een setting voor elv, kunnen de prestaties intensieve zorg in rekening worden gebracht.
6. De prestaties huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf 20 minuten en langer mogen alleen in rekening worden gebracht indien de patiëntgebonden tijd daadwerkelijk 20 minuten of langer in beslag heeft genomen.
7. Declaratie van een prestatie huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf of intensieve zorg kan niet gelijktijdig met declaratie van een regulier consult of visites zoals beschreven in paragraaf 5.2.2 van deze beleidsregel. Een huisarts kan naast de prestaties huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf wel overige prestaties in rekening brengen indien deze zorg geleverd is.
8. De prestaties huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf en intensieve zorg kunnen niet in rekening worden gebracht indien de patiënt verblijf én behandeling geniet 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.

Artikel 5.2.7 Deelname programma OPEN (vergoeding kosten mogelijkheid tot online patiëntinzage), per ingeschreven verzekerde

OPEN is een meerjarig programma voor het ontsluiten van patiëntgegevens. Inzicht in de eigen medische gegevens kan patiënten helpen in hun omgang met de eigen gezondheid.

Het doel van OPEN is het mogelijk maken dat huisartsen en andere zorgverleners uit de gecontracteerde programmatische ketenzorg, vertegenwoordigd in een regionale coalitie onder regie van een huisartsenorganisatie, iedere inwoner die dat wil veilig, betrouwbaar en zonder kosten, digitaal en gestandaardiseerd kunnen laten beschikken over de eigen gezondheidsgegevens. Deze gegevens kunnen zodra mogelijk door patiënten worden toegevoegd aan hun persoonlijke gegevensomgeving (PGO), conform het afsprakenstelsel en de informatiestandaarden van MedMij.

OPEN is gericht op aanpassingen van ICT, het bieden van praktische ondersteuning en deskundig-



heidsbevordering aan zorgverleners in de eerstelijnszorg over digitale informatie-uitwisseling, maar vooral op het ondersteunen van het gesprek daarover tussen huisarts en patiënt.

Regionale coalities ondersteunen huisartsen bij het implementeren van het OPEN-programma, onder andere door:

- het ondersteunen van huisartsen voor het op landelijke uniforme wijze bereiken van gegevensdeling tussen huisarts en patiënten in de huisartsenzorg;
- het organiseren van deskundigheidsbevordering;
- het verzorgen van voorlichting en scholing aan huisartsen;
- het ondersteunen van huisartsen bij het verzorgen van voorlichting aan en stimuleren van gebruik door patiënten.
- het verzorgen van de regionale communicatie.

De prestatie geeft huisartsen een eenmalige vergoeding voor de extra tijd en inspanning om zorg te dragen voor een online patiëntinzage in de medische gegevens die de huisarts voor hem/haar bijhoudt. De prestatie kan, afhankelijk van het soort patiënt, als volgt in rekening worden gebracht:

1. Per ingeschreven verzekerde patiënt kan eenmalig een bedrag van € 2,92 (definitief niveau 2021) als opslag op het inschrijftarief per op naam van de huisarts ingeschreven verzekerde in rekening worden gebracht.

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

- Het tarief mag in de periode 2020–2022 voor alle op het moment van declareren ingeschreven verzekerde patiënten eenmalig in rekening worden gebracht indien is voldaan aan de voorwaarden:
 - a. deelname aan een regionale coalitie;
 - b. deelname aan de door de regionale coalitie in het kader van OPEN georganiseerde scholing voor de basismodule 'Implementeren online inzage conform de 'Richtlijn Online inzage in het H-EPD door patiënt';
 - c. patiënten zijn geïnformeerd op welke wijze de eigen gezondheidsgegevens elektronisch kunnen worden ingezien;
 - d. het huisartsinformatiesysteem functioneert conform de richtlijn 'Richtlijn Online inzage in het H-EPD door patiënt'.

Aangezien hier een landelijk vastgesteld bedrag verdeeld wordt over een periode van drie jaar, moeten een aantal aanvullende voorwaarden worden gesteld aan de wijze van declareren. De zorgverlener kiest na het voldoen aan bovenstaande voorwaarden in de periode 2020–2022 één moment van declareren, gelijktijdig met de declaratie van de kwartaalbedragen voor inschrijving op naam. Hierbij wordt eenmalig voor alle op dat moment ingeschreven verzekerden de prestatie "deelname programma OPEN" voor de ingeschreven verzekerden in rekening gebracht. Nadat de huisartsenpraktijk het opslagtariaf in rekening heeft gebracht voor de op dat moment ingeschreven verzekerde patiënten kan voor nieuw instromende/ overstappende patiënten het tarief niet meer in rekening worden gebracht.

- Het tarief mag in rekening worden gebracht voor die verzekerden die op genoemde declaratiedatum uit eigen beweging bij de zorgaanbieder ingeschreven staan.
 - Het tarief kan in rekening worden gebracht in aanvulling op de overige prestaties zoals in deze beleidsregel beschreven, tenzij expliciet anders wordt vermeld.
2. Per ingeschreven gemoedsbezwaarde kan eenmalig een bedrag van € 2,92 (definitief niveau 2021) als opslag op het consulttarief gemoedsbezwaarden in rekening worden gebracht. De opslag wordt verdisconteerd in het consulttarief per patiëntcontact.

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

- Voorwaarden, voorschriften en beperkingen van de reguliere consulten gemoedsbezwaarden (zie artikel 5.2.3) zijn mutatis mutandis van toepassing;
- Het tarief mag in de periode 2020–2022 voor alle ingeschreven gemoedsbezwaarden eenmalig in rekening worden gebracht als is voldaan aan de voorwaarden van:
 - a. deelname aan een regionale coalitie;
 - b. deelname aan de door de regionale coalitie in het kader van OPEN georganiseerde scholing voor de basismodule 'Implementeren online inzage conform de 'Richtlijn Online inzage in het H-EPD door patiënt';
 - c. patiënten zijn geïnformeerd op welke wijze de eigen gezondheidsgegevens elektronisch kunnen worden ingezien;
 - d. het huisartsinformatiesysteem functioneert conform de richtlijn 'Richtlijn Online inzage in het H-EPD door patiënt'.

De prestatie kent een maximumtarief per ingeschreven patiënt. Het tarief wordt in beginsel jaarlijks ambtshalve geïndexeerd. De op het tarief toe te passen loonkostenindex wordt vastgesteld door het Ministerie van VWS. Deze index houdt verband met de cao-afspraken. Het tarief wordt vastgesteld op basis van een voorcalculatie voor het jaar t en de definitieve index van jaar t-1.



Artikel 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 ten behoeve van praktijkondersteuner ggz (zie artikel 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.

Artikel 6 Segment 2

Artikel 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 uit drie categorieën van prestaties: Organisatie en infrastructuur (O&I), segment 2A (S2A) en segment 2B (S2B).

- *Organisatie en infrastructuur:*
Op verzoek van de Landelijke Huisartsenvereniging, InEen en Zorgverzekeraars Nederland introduceert de NZa met ingang van 1 januari 2018 binnen het tweede segment een aantal prestaties onder de noemer organisatie en infrastructuur. Deze prestaties bieden de mogelijkheid om aanvullende vergoedingen per ingeschreven verzekerde overeen te komen op basis van afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze aanvullende vergoedingen hebben als doel om (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners te stimuleren, waarbij de patiënt de voordelen ervaart van het continue verbeteren van de kwaliteit en/of kosten van zorg.³ Zie verder artikelen 6.2.1 en 6.3.1.
- *Segment 2A:*
Segment 2A 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.
 - Met ingang van 2015 zijn er twee prestaties vastgesteld binnen S2A voor gecontracteerde zorg; één prestatie voor de ketenzorg DM2 en VRM en één prestatie voor ketenzorg COPD en Astma. Als gevolg van de introductie van de prestaties voor organisatie en infrastructuur is het uitgangspunt dat de O&I-componenten geen onderdeel meer zijn van de tarieven die binnen de ketenprestaties worden afgesproken. Zie verder artikelen 6.2.2 en 6.3.2.
 - Met ingang van 2018 kent S2A naast de prestaties met contractvereiste ook drie prestaties die het voor niet gecontracteerde zorgaanbieders mogelijk maken ketenzorg voor DM2, COPD en CVRM-HVZ in rekening te brengen. De O&I-componenten zijn hier wel onderdeel van de prestatie. Zie verder artikelen 6.2.3 en 6.3.3.
- *Segment 2B:*
Segment 2B 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.

Artikel 6.2 Prestatiebeschrijvingen

Artikel 6.2.1 Organisatie en infrastructuur

De prestaties binnen organisatie en infrastructuur bieden de mogelijkheid om aanvullende vergoedingen per ingeschreven verzekerde overeen te komen op basis van afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze vergoedingen hebben als doel om (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners te stimuleren en te organiseren, waarbij de patiënt de voordelen ervaart van het

³ Voor een verdere toelichting op de achtergronden van de introductie van deze prestaties verwijzen wij naar de rapporten "Een sterke eerste lijn voor betere zorg en beheersbare kosten" en "Impactanalyse O&I". Beide documenten: <https://ineen.nl/programmas/bekostiging-en-bedrijfsvoering/organisatie-en-infrastructuur/>



continue verbeteren van de kwaliteit en/of kosten van zorg. Hiervoor is op verschillende populatieniveaus een ondersteuningsstructuur nodig waarbij partijen zich gezamenlijk organiseren en gemandateerd zijn om namens de aangesloten zorgverleners afspraken te maken met stakeholders (zoals bijvoorbeeld gemeenten, ziekenhuizen, VVT-instellingen, GGZ-instellingen, overige eerstelijns zorgaanbieders etc.)

Onder organisatie en infrastructuur onderscheiden we vier prestaties:

- a. *Organisatie en infrastructuur wijkmanagement (samenwerking tussen verschillende zorg- en hulpverleners in de wijk), per ingeschreven verzekerde*
- b. *Organisatie en infrastructuur ketenzorg, per ingeschreven verzekerde*
- c. *Organisatie en infrastructuur regiomanagement (samenwerking tussen verschillende zorg- en hulpverleners in de regio), per ingeschreven verzekerde*
- d. *Organisatie en infrastructuur geïntegreerde eerstelijnszorg overig, per ingeschreven verzekerde*

In alle gevallen betreft het een vergoeding per ingeschreven verzekerde van de bij het multidisciplinair samenwerkingsverband aangesloten huisartsen. De vergoeding wordt vervolgens overeengekomen met het relevante samenwerkingsverband.

Alle prestaties 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 zorgverzekeraar heeft hierbij zorg te dragen dat de afspraken over vergoedingen via deze prestatietitels geen overlappende kostencomponenten bevatten die tot dubbele bekostiging leiden. De afspraken binnen deze prestaties organisatie en infrastructuur zijn altijd gekoppeld aan afspraken over de vergoeding, inhoud en resultaat

Het is partijen voor al deze prestaties 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.

a. Organisatie en infrastructuur wijkmanagement (samenwerking tussen verschillende zorg- en hulpverleners in de wijk), per ingeschreven verzekerde

Deze prestatie biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over de investeringen in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden met bijbehorende ondersteuningsstructuur met als doel optimalisatie van samenwerking tussen eerstelijns zorgaanbieders op wijkniveau (een populatie van 10.000/20.000 ingeschreven verzekerden is hierbij een uitgangspunt, maar de specifieke invulling van dit wijkniveau is aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars). De verwachting hierbij is dat deze verbeterde samenwerking bijdraagt aan behoud of verbetering van kwaliteit van zorg en/of beheersing van zorgkosten.

Prestatie

Organisatie en infrastructuur wijkmanagement (samenwerking tussen verschillende zorg- en hulpverleners in de wijk), per ingeschreven verzekerde

Het samenwerkingsverband ontwikkelt en onderhoudt een actieve plan-do-check-act-cyclus gericht op de kwaliteit en kosten van zorg, gebaseerd op de zorgbehoefte van de populatie op wijkniveau. Naast het opzetten van de gewenste structuur en overlegvormen, betekent dit ook het periodiek analyseren van de ontwikkelingen in de zorgvraag, het zorgaanbod en de zorgkosten, het definiëren van speerpunten, het maken en uitvoeren van plannen op deze speerpunten en het inzichtelijk maken van de resultaten van deze plannen.

Het multidisciplinair samenwerkingsverband maakt hierbij adequate samenwerkingsafspraken tussen de deelnemende zorgprofessionals en het sociale domein. Het samenwerkingsverband is hierbij een gemandateerd aanspreekpunt voor en namens de aangesloten zorgaanbieders met andere stakeholders, zoals bijvoorbeeld gemeenten, ziekenhuizen, VVT-instellingen, GGZ-instellingen etc.

Bij het tot stand komen van tariefafspraken voor deze prestatie maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders specifieke afspraken over de vergoedingen voor bijvoorbeeld personele inzet, management, werkgeverschap, ICT, huisvesting en innovatie op wijkniveau.

b. Organisatie en infrastructuur ketenzorg, per ingeschreven verzekerde

Deze prestatie biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over de financiering van de organisatie en infrastructuur behorende bij de opzet en uitvoering van de landelijke ketenzorgprogramma's zoals beschreven in artikel 6.2.2. Het betreft een vergoeding voor het organiseren en onderhouden van de kwaliteitscyclus (plan-do-check-act) rondom de kosten en kwaliteit van ketenzorg. Hierbij wordt



voldaan aan de criteria zoals gesteld in het huidige zorgstandaardmodel van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden.

Prestatie

Organisatie en infrastructuur ketenzorg, per ingeschreven verzekerde

Naast het opzetten van de gewenste structuur en overlegvormen, betekent dit ook het periodiek analyseren van de ontwikkelingen in de zorgvraag, het zorgaanbod en de zorgkosten, het definiëren van speerpunten, het maken en uitvoeren van plannen op deze speerpunten en het inzichtelijk maken van de resultaten van deze plannen voor deze specifieke ketens.

Het multidisciplinair samenwerkingsverband is hierbij voor deze ketenzorgafspraken een gemandateerd aanspreekpunt voor en namens de aangesloten zorgaanbieders met andere stakeholders, zoals bijvoorbeeld gemeenten, ziekenhuizen, VVT-instellingen, GGZ-instellingen etc.

De afspraken binnen deze prestatie over organisatie en infrastructuur zijn altijd gekoppeld aan afspraken over de vergoeding, inhoud en resultaat van de zorglevering binnen de bijbehorende ketenzorg, en aan afspraken over de samenstelling en inclusiecriteria van de populatie die de daadwerkelijke zorg gaat ontvangen.

Bij het tot stand komen van tariefafspraken voor deze prestatie maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders specifieke afspraken over de vergoedingen voor bijvoorbeeld personele inzet, management, ICT, huisvesting en overige kosten behorende bij het organiseren en onderhouden van de kwaliteitscyclus.

Indien de financiering van de organisatie en infrastructuur van ketenzorg via deze prestatie wordt overeengekomen, kan het tarief dat daarnaast in rekening wordt gebracht voor de betaaltitel ketenzorg per geïncludeerde patiënt vervolgens niet dezelfde O&I-componenten bevatten.

Afspraken over de organisatie en infrastructuur behorende bij de opzet en uitvoering van meer innovatieve ketenzorgprogramma's zoals deze binnen Segment 3 zorgvernieuwing worden overeengekomen, vallen in de basis onder de prestatietitels wijkmanagement of regiomanagement, afhankelijk van de grootte van de populatie.

c. Organisatie en infrastructuur regiomanagement (samenwerking tussen verschillende zorg- en hulpverleners in de regio), per ingeschreven verzekerde

Deze prestatie biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over aanvullende investeringen in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden met bijbehorende ondersteuningsstructuur met als doel de optimalisatie van samenwerking van tussen eerstelijns zorgaanbieders op regioniveau (een populatie van 100.000 ingeschreven verzekerden of meer is hierbij een uitgangspunt, maar de specifieke invulling van dit regioniveau is aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars.) De verwachting hierbij is dat deze verbeterde samenwerking bijdraagt aan behoud of verbetering van kwaliteit van zorg en/of beheersing van zorgkosten.

Prestatie

Organisatie en infrastructuur regiomanagement (samenwerking tussen verschillende zorg- en hulpverleners in de regio), per ingeschreven verzekerde

Het samenwerkingsverband ontwikkelt en onderhoudt een actieve plan-do-check-act-cyclus gericht op de kwaliteit en kosten van zorg, gebaseerd op de zorgbehoefte van de populatie op regioniveau. Naast het opzetten van de gewenste structuur en overlegvormen, betekent dit ook het periodiek analyseren van de ontwikkelingen in de zorgvraag van de specifieke populatie, het zorgaanbod en de zorgkosten, het definiëren van speerpunten, het maken en uitvoeren van plannen op deze speerpunten en het inzichtelijk maken van de resultaten van deze plannen.

Het samenwerkingsverband maakt hierbij adequate samenwerkingsafspraken tussen de deelnemende zorgprofessionals en het sociale domein. Het samenwerkingsverband is hierbij een gemandateerd aanspreekpunt voor en namens de aangesloten zorgaanbieders met andere stakeholders, zoals bijvoorbeeld gemeenten, ziekenhuizen, VVT-instellingen, GGZ-instellingen etc.

Bij het tot stand komen van een tariefafspraken voor deze prestatie maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders specifieke afspraken over de vergoedingen voor bijvoorbeeld personele inzet, management, ICT, huisvesting, en innovatie op regioniveau.



d. Organisatie en infrastructuur geïntegreerde eerstelijnszorg overig, per ingeschreven verzekerde

Indien zorgverzekeraars en zorgaanbieders continuering van bestaande afspraken wensen rondom de vergoedingen voor/investeringen in multidisciplinaire samenwerking tussen zorgverleners, en daarbij nog geen gebruik kunnen of willen maken van de O&I-prestaties zoals beschreven onder a, b of c, kunnen deze vooralsnog binnen deze prestatie worden overeengekomen. Het overeengekomen tarief is dan een vergoeding voor de kosten van personele inzet, organisatie en infrastructuur die nodig is voor deze vormen van samenwerking tussen zorgverleners voor wat betreft het leveren van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten.

Prestatie

Organisatie en infrastructuur geïntegreerde eerstelijnszorg overig, per ingeschreven verzekerde

Tot en met 2017 konden multidisciplinaire samenwerkingsverbanden afspraken maken binnen de GEZ-module. De verwachting is dat de afspraken die binnen deze GEZ-module vielen, nu binnen de drie nieuwe O&I-prestaties a, b of c kunnen vallen. De GEZ-module zou daarmee kunnen vervallen. De traditionele ruimte die de GEZ-module bood blijft echter vooralsnog behouden totdat duidelijk is dat alle bestaande en gewenste afspraken ook daadwerkelijk te vatten zijn in de drie nieuwe O&I-prestaties. Deze prestatie biedt ook de ruimte om bestaande meerjarencontracten binnen de voormalige GEZ-module in 2019 door te laten lopen.

Artikel 6.2.2 Multidisciplinaire zorg – gecontracteerd

Binnen segment 2A Multidisciplinaire zorg – gecontracteerd worden twee prestaties onderscheiden: Multidisciplinaire zorg Diabetes Mellitus type 2 en/of Vasculair Risicomanagement en Multidisciplinaire zorg COPD en/of Astma. Deze prestaties zijn te declareren indien zorgverzekeraar en zorgaanbieder dit contractueel overeenkomen en kennen een vrij tarief, zie ook artikel 6.3.2.

e. Multidisciplinaire zorg Diabetes Mellitus type 2 en/of Vasculair Risicomanagement

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 Diabetes Mellitus type 2 en/of Vasculair Risicomanagement

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 huidige zorgstandaardmodel van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden.

Het overeengekomen tarief is een tarief per geïncludeerde patiënt en kan vergoeding bieden voor de kosten van organisatie en infrastructuur (overhead) van de ketenzorg en alle zorgverlening waarop de patiënt aanspraak heeft op grond van de Zorgverzekeringswet. Uitgezonderd van het voorgaande zijn de anw-zorg, eerstelijnsdiagnostiek, geneesmiddelenzorg en hulpmiddelenzorg. Geneesmiddelen verstrekt binnen een programmatische aanpak van zorg bij het Stoppen met Roken mogen weer wel binnen het tarief vergoed worden.

Met de introductie van de opslag *Organisatie en infrastructuur ketenzorg, per ingeschreven verzekerde* (zie artikel 6.2.1 b) wordt expliciet de mogelijkheid benadrukt om de kosten van de organisatie en infrastructuur separaat te vergoeden via een vergoeding per ingeschreven verzekerde. Als deze vorm van vergoeding overeen wordt gekomen voor organisatie van ketenzorg, kan het tarief dat voor de prestaties binnen S2A overeen wordt gekomen per geïncludeerde patiënt enkel nog gebaseerd zijn op de resterende component van de ketenzorg, te weten de concrete zorglevering. Het blijft ook mogelijk om een tarief overeen te komen voor de ketenzorgprestaties binnen S2A inclusief de kosten voor



organisatie en infrastructuur (dus per geïncludeerde patiënt), zolang hier geen vergoeding via de O&I-module tegenover staat.

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.

f. Multidisciplinaire zorg COPD en/of 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 en/of 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.

Het overeengekomen tarief is een tarief per geïncludeerde patiënt en kan vergoeding bieden voor de kosten van organisatie/overhead van de ketenzorg en alle zorgverlening waarop de patiënt aanspraak heeft op grond van de Zorgverzekeringswet. Uitgezonderd van het voorgaande zijn de anw-zorg, eerstelijnsdiagnostiek, geneesmiddelenzorg en hulpmiddelenzorg. Geneesmiddelen verstrekt binnen een programmatische aanpak van zorg bij het Stoppen met Roken mogen weer wel binnen het tarief vergoed worden.

Met de introductie van de opslag *Organisatie en infrastructuur ketenzorg, per ingeschreven verzekerde* (zie artikel 6.2.1 b) wordt expliciet de mogelijkheid benadrukt om de kosten van de organisatie en infrastructuur separaat te vergoeden via een vergoeding per ingeschreven verzekerde. Als deze vorm van vergoeding overeen wordt gekomen voor organisatie van ketenzorg, kan het tarief dat voor de prestaties binnen S2A overeen wordt gekomen per geïncludeerde patiënt enkel nog gebaseerd zijn op de resterende component van de ketenzorg, te weten de concrete zorglevering. Het blijft ook mogelijk om een tarief overeen te komen voor de ketenzorgprestaties binnen S2A inclusief de kosten voor organisatie en infrastructuur (dus per geïncludeerde patiënt), zolang hier geen vergoeding via de O&I-module tegenover staat.

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.

Artikel 6.2.3 Multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd

Met ingang van 1 januari 2018 worden binnen segment S2A drie prestaties geïntroduceerd die te declareren zijn door aanbieders van multidisciplinaire zorg zonder contract met een zorgverzekeraar. Deze prestaties zijn voorzien van een maximumtarief (zie ook artikel 6.3.3) en kennen aanvullende voorwaarden, voorschriften en beperkingen die afgeleid zijn van hetgeen aanbieders van multidisciplinaire zorg en zorgverzekeraars gebruikelijk contractueel overeenkomen bij de prestaties binnen segment S2A.

Binnen segment S2A Multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd worden de volgende prestaties onderscheiden:

g. Multidisciplinaire zorg Diabetes Mellitus type 2 – niet gecontracteerd

Deze prestatie betreft zorg aan een patiënt van 18 jaar of ouder met Diabetes Mellitus type 2 (DM2), 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 die geldt op 1 januari van het jaar waarin de zorg wordt geleverd en is aangepast aan de lokale situatie.

Prestatie

Multidisciplinaire zorg Diabetes mellitus type 2 bij een zorgverlener zonder contract

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. De zorg bestaat ten minste 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.

Het tarief is een maximumtarief per geïncludeerde patiënt per kwartaal en biedt vergoeding voor de kosten van het geheel aan noodzakelijke organisatie en infrastructuur van de ketenzorg conform zorgstandaard. Het tarief dekt daarmee alle kosten voor voor personele inzet, management, ICT, huisvesting en overige kosten behorende bij de noodzakelijke organisatiestructuur en het onderhouden van de kwaliteitscyclus die samenhangen met het leveren van multidisciplinaire ketenzorg voor patiënten met DM2. Het tarief dekt verder de kosten van huisartsenzorg, diëtetiek en de eventuele inzet van een diabetesverpleegkundige. Zie verder artikel 6.3.3 en bijlage 3.

h. Multidisciplinaire zorg COPD – niet gecontracteerd

Deze prestatie betreft zorg aan een patiënt met Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), 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 die geldt op 1 januari van het jaar waarin de zorg wordt geleverd en is aangepast op de lokale situatie.

Prestatie

Multidisciplinaire zorg COPD bij een zorgverlener zonder contract

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, ten minste dienen te voldoen aan de criteria zoals gesteld in het vigerende zorgstandaard model van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden.

Het tarief is een maximumtarief per geïncludeerde patiënt per kwartaal en biedt vergoeding voor de kosten van het geheel aan noodzakelijke organisatie en infrastructuur van de ketenzorg conform zorgstandaard. Het tarief dekt daarmee alle kosten voor personele inzet, management, ICT, huisvesting en overige kosten behorende bij de noodzakelijke organisatiestructuur en het onderhouden van de kwaliteitscyclus die samenhangen met het leveren van multidisciplinaire ketenzorg voor patiënten met COPD. Het tarief dekt verder de kosten van huisartsenzorg, diëtetiek en de eventuele inzet van een COPD-verpleegkundige. Zie verder artikel 6.3.3 en bijlage 3.

i. Multidisciplinaire zorg hart- of vaatziekten – niet gecontracteerd

Deze prestatie betreft secundair preventieve zorg aan een patiënt met hart- of vaatziekten (HVZ), 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 Vasculair Risicomanagement die geldt op 1 januari van het jaar waarin de zorg wordt geleverd en is aangepast aan de lokale situatie.

Prestatie

Multidisciplinaire zorg hart- of vaatziekten bij een zorgverlener zonder contract

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 en een risico van minimaal 5% om binnen 10 jaar te overlijden aan hart- of vaatziekte. De zorg bestaat ten



minste 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.

Het tarief is een maximumtarief per geïncludeerde patiënt per kwartaal en biedt vergoeding voor de kosten van het geheel aan noodzakelijke organisatie en infrastructuur van de ketenzorg conform zorgstandaard. Het tarief dekt daarmee alle kosten voor personele inzet, management, ICT, huisvesting en overige kosten behorende bij de noodzakelijke organisatiestructuur en het onderhouden van de kwaliteitscyclus die samenhangen met het leveren van multidisciplinaire ketenzorg voor patiënten met hart- of vaatziekten. Het tarief dekt verder de kosten van huisartsenzorg en diëtetiek. Zie verder artikel 6.3.3 en bijlage 3.

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

Voor de drie prestaties beschreven in artikel 6.2.3 gelden onderstaande voorwaarden, voorschriften en beperkingen. Deze voorwaarden, voorschriften en beperkingen zijn afgeleid van hetgeen aanbieders van multidisciplinaire zorg en zorgverzekeraars gebruikelijk contractueel overeenkomen bij de afspraken over de prestaties binnen segment S2A. Binnen deze contracten worden specifieke afspraken gemaakt over

- de inrichting van de organisatie en infrastructuur van het multidisciplinair samenwerkingsverband,
- in- en exclusiecriteria,
- de wijze waarop omgegaan wordt met de samenloop van declaratietitels.

Deze afspraken geven nadere invulling aan de wijze waarop multidisciplinaire ketenzorg in de praktijk wordt vormgegeven, in aanvulling of in het verlengde van hetgeen in zorgstandaarden/richtlijnen en daaruit volgende NZa-regelgeving is vastgelegd.

De prestaties en bijbehorende tarieven voor multidisciplinaire ketenzorg die per 2018 worden geïntroduceerd zijn gebaseerd op de invulling van deze zorg zoals deze nu gangbaar is. Dat is daarmee conform de afspraken die zorgaanbieders en zorgverzekeraars overeenkomen. Nu een contractuele relatie tussen zorgverlener en zorgverzekeraar ontbreekt bij declaratie van deze prestaties neemt de NZa specifiek voor deze prestaties een deel van deze afspraken als nadere voorwaarde, voorschrift of beperking op, om te borgen dat ook zonder contract de zorg geleverd wordt conform hetgeen landelijk gangbaar is. De voorwaarden, voorschriften en beperkingen zal de NZa deels opnemen in de tariefbeschikking, deels in de nadere regels van de Regeling Multidisciplinaire zorg.

Algemeen

Ten algemene geldt dat de aanbieder van multidisciplinaire zorg bij declaratie van de betreffende prestaties op verzoek van de patiënt of diens zorgverzekeraar dan wel de NZa moet aantonen dat aan alle voorwaarden, voorschriften en beperkingen is voldaan.

Organisatie en infrastructuur

Een aanbieder van multidisciplinaire zorg mag de prestaties alleen in rekening brengen als zij in staat is om het geheel aan multidisciplinaire ketenzorg conform zorgstandaarden en overige vigerende richtlijnen te leveren en de kwaliteit hiervan te borgen. Hiervoor dient de aanbieder van multidisciplinaire ketenzorg:

1. een zorgprogramma te ontwikkelen aangepast op de lokale situatie gebaseerd op de vigerende zorgstandaard en de onderliggende standaarden en richtlijnen en dit schriftelijk vast te leggen;
2. voldoende onderaannemers te contracteren dan wel schriftelijke samenwerkingsafspraken te maken om alle zorgonderdelen binnen de zorgstandaarden tijdig te leveren aan zijn patiënten en in hun nabijheid. Onderdeel van al deze samenwerkingsafspraken zijn schriftelijk vastgelegde verwijs- en terugverwijsafspraken en kwaliteitsafspraken. Deze afspraken voldoen aan de voorwaarden zoals beschreven in de zorgstandaarden. Deze afspraken worden periodiek geëvalueerd en ook dit wordt schriftelijk vastgelegd;
3. alle noodzakelijke organisatie en infrastructuur in te richten om de zorgverlening door de onderaannemers dan wel samenwerkingspartners te organiseren en coördineren. Onderdeel hiervan is een ICT-systeem dat multidisciplinaire gegevensuitwisseling ondersteunt. Het systeem geeft, met inachtneming van de privacyregels, alle betrokken zorgaanbieders binnen de keten inzage in de voor hen relevante parameters van de patiënten die zij in zorg hebben en stelt zorgaanbieders in staat zelf relevante gegevens in het systeem te registreren voor alle zorgketens;
4. een kwaliteitsbeleid inclusief kwaliteitscyclus (PDCA-cyclus) op te zetten en te onderhouden voor de aanbieders binnen het multidisciplinaire samenwerkingsverband. Het kwaliteitsbeleid wordt jaarlijks onderhouden en is schriftelijk vastgelegd;



5. alle gecontracteerde zorg en de organisatie ervan te voorzien van een klachtenregeling die voldoet aan de vigerende eisen en voorwaarden.

Inclusie- en exclusiecriteria

Voor het in rekening brengen van deze prestaties gelden harde inclusie- en exclusiecriteria. Hiervoor sluit de NZa onverkort aan bij de 'Handleiding voor inclusie en exclusie van patiënten in ketenzorgprogramma's' van InEen en ZN. Deze is opgenomen als bijlage 4 van deze beleidsregel. De prestaties mogen alleen in rekening worden gebracht voor patiënten die op de eerste dag van het te declareren kwartaal (1 januari, 1 april, 1 juli, 1 oktober) voldoen aan alle inclusiecriteria en aan geen van de exclusiecriteria voor de specifieke ketenzorgprogramma's. Hieruit volgt onder andere:

1. dat voor patiënten die worden geïncludeerd in de keten Diabetes Mellitus type 2 niet aanvullend de keten hart- of vaatziekten in rekening mag worden gebracht;
2. dat de prestaties enkel in rekening mogen worden gebracht als de patiënt ook daadwerkelijk wordt behandeld door (de onderaannemers van) de aanbieder van multidisciplinaire zorg;
3. dat de aanbieder van multidisciplinaire zorg de prestaties alleen in rekening mag brengen aan patiënten (c.q. hun zorgverzekeraars) die staan ingeschreven op naam bij een huisarts die onderaannemer is van de zorgaanbieder of bij de zorgaanbieder zelf.

Samenloop declaratietitels

De aanbieder van multidisciplinaire zorg borgt via het contract met zijn onderaannemers dat zij de huisartsenzorg en diëtetiek die zij als onderdeel van deze prestaties verlenen niet buiten de zorgaanbieder om bij de patiënt of diens zorgverzekeraar in rekening brengen. Dit geldt voor alle elementen die onderdeel zijn van de tariefonderbouwing van deze prestaties. Deze worden hieronder per keten toegelicht.

ad g) Diabetes Mellitus type 2

Als de prestatie multidisciplinaire ketenzorg Diabetes Mellitus type 2 bij een zorgverlener zonder contract in rekening wordt gebracht, mogen de volgende prestaties voor dezelfde patiënt in het betreffende kwartaal niet in rekening worden gebracht.

1. Prestaties beschreven binnen de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg:
 - *Materiaalkosten teststrips bloedsuikerbepaling diabetespatiënten (waaronder eyetone-teststrips)*, in het geheel uitgesloten;
 - *Diabetes Mellitus – begeleiding per jaar bij suikerziekte*, in het geheel uitgesloten;
 - *Diabetes Mellitus – instellen van medicijn (insuline) voor suikerziekte*, in het geheel uitgesloten;
 - *Spleetlamponderzoek*, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening Diabetes Mellitus type 2 plaatsvindt;
 - *Consulten/visites* en daarvan afgeleide prestaties binnen Segment 1 voor huisartsenzorg, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening Diabetes Mellitus type 2 plaatsvindt.
2. Prestaties beschreven binnen de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor extramurale diëtetiek:
 - Alle prestaties zoals beschreven binnen deze beleidsregel, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening Diabetes Mellitus type 2 of hart- of vaatziekten plaatsvindt.
3. Prestaties beschreven binnen de Beleidsregel stoppen-met-rokenprogramma:
 - Alle prestaties zoals beschreven binnen deze beleidsregel, in het geheel uitgesloten.

Een patiënt kan binnen de prestatie multidisciplinaire ketenzorg Diabetes Mellitus type 2 bij een zorgverlener zonder contract ook programmatische zorg in het kader van hart- of vaatziekten ontvangen. Op basis van de in- en exclusiecriteria kan een zorgaanbieder in dat geval alleen de prestatie multidisciplinaire ketenzorg Diabetes Mellitus type 2 bij een zorgverlener zonder contract in rekening brengen. Prestaties die onderdeel zijn van de programmatische zorg in het kader van hart- of vaatziekten mogen daarmee ook niet separaat in rekening worden gebracht naast de prestatie multidisciplinaire ketenzorg Diabetes Mellitus type 2 bij een zorgverlener zonder contract. Het betreft dan de prestaties:

- *Diagnostiek met behulp van Doppler*, in het geheel uitgesloten;
- *Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting*, in het geheel uitgesloten;
- *Kosten voor het maken van een ECG (hartfilmpje)*, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening hart- of vaatziekten plaatsvindt;
- *ECG-diagnostiek: maken, interpreteren en bespreken van hartfilmpje met de patiënt*, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening hart- of vaatziekten plaatsvindt;
- *Consulten/visites en daarvan afgeleide prestaties binnen segment 1 voor huisartsenzorg*, uitgeslo-



ten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening hart- of vaatziekten plaatsvindt.

ad h) COPD

Als de prestatie Multidisciplinaire zorg COPD bij een zorgverlener zonder contract in rekening wordt gebracht, mogen de volgende prestaties voor dezelfde patiënt in het betreffende kwartaal niet in rekening worden gebracht.

1. Prestaties beschreven binnen de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg:
 - *Longfunctiemeting (= spirometrie)*, in het geheel uitgesloten;
 - *COPD – gestructureerde zorg per jaar bij ademhalings- en longproblemen*, in het geheel uitgesloten;
 - *Kosten voor het maken van een ECG (hartfilmpje)*, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening COPD plaatsvindt;
 - *ECG-diagnostiek: maken, interpreteren en bespreken van hartfilmpje met de patiënt*, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening COPD plaatsvindt;
 - *Consulten/visites* en daarvan afgeleide prestaties binnen segment 1 voor huisartsenzorg, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening COPD plaatsvindt.
2. Prestaties beschreven binnen de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor extramurale diëtetiek:
 - Alle prestaties zoals beschreven binnen deze beleidsregel, voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening COPD plaatsvindt.
3. Prestaties beschreven binnen de Beleidsregel stoppen-met-rokenprogramma:
 - Alle prestaties zoals beschreven binnen deze beleidsregel, in het geheel uitgesloten.

ad i). Hart- of vaatziekten

Als de prestatie multidisciplinaire zorg hart- of vaatziekten bij een zorgverlener zonder contract in rekening wordt gebracht, mogen de volgende prestaties voor dezelfde patiënt in het betreffende kwartaal niet in rekening worden gebracht.

1. Prestaties beschreven binnen de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg:
 - *Diagnostiek met behulp van Doppler*, in het geheel uitgesloten;
 - *Bloeddrukmeting gedurende 24-uur*, hypertensiemeting, in het geheel uitgesloten;
 - *Kosten voor het maken van een ECG (hartfilmpje)*, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening hart- of vaatziekten plaatsvindt;
 - *ECG-diagnostiek: maken, interpreteren en bespreken van hartfilmpje met de patiënt*, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening hart- of vaatziekten plaatsvindt;
 - *Consulten/visites* en daarvan afgeleide prestaties binnen Segment 1 voor huisartsenzorg, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de behandeling en begeleiding van de aandoening hart- of vaatziekten plaatsvindt.
2. Prestaties beschreven binnen de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor extramurale diëtetiek:
 - Alle prestaties zoals beschreven binnen deze beleidsregel, voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening hart- of vaatziekten plaatsvindt.
3. Prestaties beschreven binnen de Beleidsregel stoppen-met-rokenprogramma:
 - Alle prestaties zoals beschreven in deze beleidsregel.

Artikel 6.3 Tariefsoort

Artikel 6.3.1 Organisatie en infrastructuur

Voor alle prestaties Organisatie en infrastructuur (O&I) zorg zoals beschreven in artikel 6.2.1 van deze beleidsregel geldt een tarief per ingeschreven verzekerde per kwartaal. Deze prestaties kennen een vrij tarief.

De prestaties mogen enkel in rekening worden gebracht indien hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt.

Het overeengekomen tarief per kwartaal 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 de prestaties Organisatie en infrastructuur zijn vrij.

Artikel 6.3.2 Multidisciplinaire zorg – gecontracteerd

Voor alle gecontracteerde prestaties multidisciplinaire zorg zoals beschreven in artikel 6.2.2 van deze beleidsregel geldt een tarief per geïncludeerde patiënt per kwartaal. Deze prestaties kennen een vrij tarief.

De prestaties mogen enkel in rekening worden gebracht indien hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt. De prestaties met een vrij tarief mogen 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.

Het overeengekomen tarief per kwartaal 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 de prestaties multidisciplinaire zorg (gecontracteerd) zijn vrij.

Artikel 6.3.3 Multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd

Voor alle niet gecontracteerde prestaties multidisciplinaire zorg zoals beschreven in artikel 6.2.3 van deze beleidsregel geldt een tarief per geïncludeerde patiënt per kwartaal. Deze prestaties kennen een maximumtarief.

Het kwartaaltarief kan in rekening worden gebracht voor iedere patiënt die op de eerste dag van het kwartaal (1 januari, 1 april, 1 juli, 1 oktober) geïncludeerd is in de betreffende keten en ook 'in zorg' zijn. Hiervan is sprake bij het eerste contact/consult in het kader van het ketenzorgprogramma.

De onderbouwing van de methode 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.

Tarief onderlinge dienstverlening

De tarieven voor onderlinge dienstverlening in het kader van de prestaties multidisciplinaire zorg (niet gecontracteerd) zijn vrij.

Artikel 7 Segment 3

Artikel 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 segment 1 (huisartsenzorg) en segment 2 (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 segment 3 wordt geboden middels drie separate prestaties: e-health, het meekijkconsult en de prestatie overige zorgvernieuwing.



Artikel 7.2 Prestatiebeschrijvingen

Artikel 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:

- Inschrijving;
 - Multidisciplinaire zorg Diabetes Mellitus type 2 en/of Vasculair Risicomanagement – gecontracteerd;
 - Multidisciplinaire zorg COPD en/of Astma – gecontracteerd.
- 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)⁴ 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.
 - 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 Nederland⁵.
- 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.

Artikel 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 zorgvernieuwing meekijkconsult biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over de inzet van aanvullende middelen, van waaruit de zorgaanbieder de expertise in kan roepen van

⁴ De IVM-indicatoren worden door Vektis beheerd onder de naam Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen.

⁵ Te raadplegen via www.ineen.nl en www.zn.nl.



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 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. Afspraken over inzet van poh-ggz boven 1/3 fte per 2.350 patiënten kunnen ook onderdeel zijn van de afspraken binnen deze prestatie. Deze prestatie biedt ook de ruimte om een vergoeding overeen te komen voor de inzet van praktijkmanagement. Het betreft dan de vergoeding van kosten voor inzet van een praktijkmanager, die ondersteuning biedt aan (bij voorkeur) een groep van huisartsen in een netwerk of een groepspraktijk.

Artikel 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.

Artikel 8. Prestaties buiten segmenten

Artikel 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 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.⁶

Artikel 8.2 Prestatiebeschrijvingen

De volgende prestaties buiten de segmenten worden onderscheiden.

Artikel 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.

Ten behoeve van de overheveling van de patiëntenstroom van de tweede naar de eerste 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

⁶ 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, militairen en tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht zijn verzekerd 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.



zijn beschreven in de Beleidsregel huisartsendienstenstructuren.

Prestaties

Dienstuur huisartsendienstenstructuur
Opslag dienstuur huisartsendienstenstructuur

Artikel 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.

Prestaties

Consult in de avond, nacht of het weekend, korter dan 5 minuten
Consult in de avond, nacht of het weekend, vanaf 5 minuten tot 20 minuten
Consult in de avond, nacht of het weekend, 20 minuten en langer
Visite in de avond, nacht of het weekend, korter dan 20 minuten
Visite in de avond, nacht of het weekend, 20 minuten en langer
Vaccinatie in de avond, nacht of het weekend

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Voorwaarden, voorschriften en beperkingen 1 t/m 7 en 10 van de reguliere consulten (zie artikel 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.

Artikel 8.2.3 Informatieverzoek

Voor informatieverstrekking wordt één prestatie onderscheiden met een tarief per 5 minuten door de zorgverlener bestede tijd.

Prestatie

Informatieverstrekking per 5 minuten

De tijdsduur voor iedere door of namens de huisarts bestede 5 minuten aan het verstrekken van informatie, inclusief de bestede tijd aan bijbehorende rapportage, is leidend voor de declaratie. De in rekening te brengen bestede tijd dient te worden afgerond naar het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten.

Het betreft hier werkzaamheden die niet in het kader van de Zvw worden uitgevoerd maar door de aanvrager zelf worden vergoed.

Naast de declaratie van de prestatie informatieverstrekking kan niet separaat een consult in rekening worden gebracht voor dezelfde werkzaamheden.

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Deze prestatie kan in rekening worden gebracht indien de huisarts wordt benaderd met informatieverzoeken door derden (al dan niet via de patiënt) die niet volgen uit zorg- of dienstverlening in het kader van de Zvw, Wlz of Wmo. Denk hierbij aan verzoeken vanuit bedrijfs- of verzekeringsartsen, advocaten, politie ed.
2. Het tarief mag daarmee niet in rekening worden gebracht:
 - a. Indien het een informatieverzoek betreft waarvoor bij enig wettelijk voorschrift is bepaald dat zorgaanbieders die informatie kosteloos ter beschikking moeten stellen.
 - b. Bij zorgverzekeraars in het kader van de Zorgverzekeringswet.
 - c. In het kader van zorgverlening waarvoor de huisarts de patiënt heeft verwezen, zoals bij een aanvraag/machtiging voor geneesmiddelen, hulpmiddelen etc.
3. Het tarief voor informatieverstrekking mag alleen in rekening worden gebracht indien het verzoek om informatie schriftelijk is gesteld. Voor een gevraagde toelichting of verduidelijking op de verstrekte informatie mag het tarief niet in rekening worden gebracht.



Artikel 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

Artikel 8.2.5 Keuringen en onderzoek

Voor keuringen en onderzoek wordt één prestatie onderscheiden met een tarief per 5 minuten door de zorgverlener bestede tijd.

Prestatie
Keuringen en onderzoek per 5 minuten

De tijdsduur voor iedere door of namens de huisarts bestede 5 minuten aan keuringen en onderzoek, inclusief de bestede tijd aan bijbehorende rapportage, is leidend voor de declaratie. De in rekening te brengen bestede tijd dient te worden afgerond naar het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten.

Het betreft hier werkzaamheden die niet in het kader van de Zvw worden uitgevoerd maar door de aanvrager zelf worden vergoed. Denk hierbij aan rijbewijskeuringen, invaliditeitskeuringen, bedrijfsgezondheidskundig onderzoek en dergelijke.

Naast de declaratie van keuringen en onderzoek kan niet separaat een consult in rekening worden gebracht voor dezelfde werkzaamheden.

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

Artikel 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:

Prestaties
Materiaalkosten atraumatisch hechtmateriaal, waaronder lijmen
Materiaalkosten voor tape bij enkelverstuiking
Materiaalkosten zwangerschapsreactie (planotest en dergelijke)
Materiaalkosten dipslides (urinewegsinfecties)
Materiaalkosten teststrips bloedsuikerbepaling diabetespatiënten (waaronder eyetone- teststrips)
Materiaalkosten vloeibaar stikstof of histofreezer
Materiaalkosten blaaskatheter
Materiaalkosten CRP-sneltest cassette(s)

Artikel 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 voor het maken van een ECG (hartfilmpje); hiervoor geldt een normbedrag.

Prestaties
Kosten voor het maken van een ECG (hartfilmpje)
Kosten entstoffen
Laboratoriumkosten



Artikel 8.2.8 SCEN

Voor de steun en consultatie bij euthanasie in Nederland (SCEN) worden twee prestaties onderscheiden met een tarief per verrichting:

Prestaties

SCEN: Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland

SCEN: Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland, op de Waddeneilanden

De prestatie 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. Voor een SCEN op de Waddeneilanden kan de prestatie SCEN: Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland, op de Waddeneilanden in rekening worden gebracht. Beperkende voorwaarde is dat de SCEN-arts niet op hetzelfde Waddeneiland woont als de behandelend (huis)arts van de patiënt. Het tarief voor de prestatie SCEN: Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland, op de Waddeneilanden bedraagt een factor 2 maal het reguliere SCEN-tarief. Dit ter compensatie voor extra reis- en verblijftijd van een SCEN-arts die vanaf het vaste land moet komen.

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.

Artikel 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.

Artikel 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 (voorheen "achterstandswijk"). Het betreft een vergoeding ter afdracht aan het achterstandsfonds.

Artikel 8.2.11 Vaccinatie op eigen verzoek (niet medische indicatie)

Voor het vaccineren op eigen verzoek (niet medische indicatie) wordt één prestatie onderscheiden met een tarief per 5 minuten door de zorgverlener bestede tijd:

Prestatie

Vaccinatie op eigen verzoek (niet medische indicatie) per 5 minuten

De tijdsduur voor iedere door of namens de huisarts bestede 5 minuten aan het vaccineren, is leidend voor de declaratie. De in rekening te brengen bestede tijd dient te worden afgerond naar het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten.

Het betreft hier werkzaamheden die niet in het kader van de Zvw worden uitgevoerd maar door de aanvrager zelf worden vergoed. De prestatie kan niet in rekening worden gebracht voor de griepvaccinatie op eigen verzoek, voor de reizigersadviesing en -vaccinatie en de vaccinatie regulier (op medische indicatie).

Naast de declaratie van de vaccinatie op eigen verzoek kan niet separaat een consult in rekening worden gebracht voor dezelfde werkzaamheden.



Artikel 8.2.12 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
- Reizigersadviesing en -vaccinatie
- 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.

Het tarief voor de M&I-verrichting is een tarief inclusief de vergoeding voor de tijd, die wordt besteedt aan het uitvoeren van de M&I-verrichting. De handelingen, die vooraf gaan aan het uitvoeren van de M&I-verrichting, zoals uitgebreide uitvraag van klachten en hulpvraag, vraagverheldering, lichamelijk onderzoek, diagnostiek en het advies, zijn geen onderdeel van het tarief van de M&I-verrichting en kunnen separaat in rekening gebracht worden op basis van de bestede tijd als regulier consult of een van de varianten hiervan. Uiteraard alleen indien deze werkzaamheden ook daadwerkelijk zijn uitgevoerd. Indien voorafgaand aan de M&I-verrichting hulpvragen los van de M&I-verrichting worden beantwoord, kunnen deze als consult naast de M&I-verrichting in rekening worden gebracht.

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.

Artikel 8.3 Tariefsoort

Alle prestatiesbeschreven in artikel 8.2 van deze beleidsregel kennen een maximumtarief, behoudens de M&I-verrichtingen zoals beschreven in artikel 8.2.12 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.

Artikel 9 Aanvullende regelgeving als gevolg van het SARS-CoV-2 virus

Aanbieders en verzekeraars zijn tot een akkoord gekomen over een pakket aan tijdelijke maatregelen in het kader van de bestrijding van het SARS-CoV-2 virus. Dit pakket aan maatregelen moet financiële rust brengen aan huisartsenpraktijken, huisartsenposten en samenwerkingsverbanden zodat zij zich de komende periode kunnen concentreren op de noodzakelijke zorg. De aanvullende tijdelijke maatregelen betreffen:

- Prestatie 'intensieve zorg' beschikbaar maken voor visite aan patiënten met (vermoedelijke)



- besmetting met het SARS-CoV-2 virus -, met terugwerkende kracht tot en met 1 maart 2020 (artikel 9.1);
- De introductie van een incidenteel modulerend tarief waarmee huisartsen via een opslag op het inschrijftarief een eenmalige vergoeding krijgen voor de extra kosten en omzetsderving als gevolg van de noodzakelijk te treffen voorzieningen in verband met het SARS-CoV-2 virus (artikel 9.2);
 - Het declarabel maken van de opslag van € 15,00 bovenop het reguliere maximum ANW-uurtarief als gevolg van de aanvullende uren-inzet van huisartsen die participeren in een huisartsdienststructuur in verband met het SARS-CoV-2 virus (artikel 9.3).
 - Het declarabel maken van de meerkosten voor de oprichting van aanvullende daglocaties als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus (artikel 9.4).

Definitie

SARS-CoV-2 virus: het severe acute respiratory syndrome coronavirus 2. De World Health Organization heeft deze naam gegeven aan het novel coronavirus 2019-nCoV⁷. Dit novel coronavirus (2019-nCoV) is aangemerkt als behorende tot groep A, bedoeld in artikel 1, onderdeel e, van de Wet publieke gezondheid⁸.

Covid-19 is een infectieziekte veroorzaakt door SARS-CoV-2.

Extra daglocatie: aparte locaties ingericht voor huisartsenzorg overdag voor patiënten met (verdenking van) een besmetting van het SARS-CoV-2 virus

Artikel 9.1 Prestaties huisartsenzorg intensieve zorg

Thuisvisites aan patiënten met (verdenking op) een besmetting van het SARS-CoV-2 virus kunnen met ingang van 1 maart 2020 in rekening worden gebracht door middel van de prestatie "intensieve zorg" (zie artikel 5.2.6).

Artikel 9.2 Modulerend tarief "Incidentele compensatie meerkosten en omzetsderving als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus"

De uitbraak van het SARS-CoV-2 virus heeft gevolgen voor zowel de organisatie van de dagpraktijk (bijv. het scheiden van patiëntenstromen, het opzetten van extra triage en visite, de aanpassingen aan ICT, het inrichten van noodlocaties) als de benodigde extra inzet van personeel (huisartsen, doktersassistenten, praktijkondersteuners, triagisten en waarnemers) en materieel (bijv. extra beschermingsmaterialen). Naast de extra kosten hebben veel praktijken en gezondheidscentra ook te maken met omzetsderving.

De prestatie dient ter dekking van de extra (out of pocket) kosten als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus, alsook als continuïteitsbijdrage ten behoeve van het instandhouden van de huisartsenzorg.

De prestatie is vormgegeven als opslag op het inschrijftarief en is daarmee onderdeel van segment 1 (zie artikel 5). Op basis hiervan is de prestatie voorzien van een maximumtarief.

De prestatie kan als volgt in rekening worden gebracht:

- Per ingeschreven verzekerde patiënt kan eenmalig in het tweede kwartaal 2020 een bedrag van maximaal € 10,00 (definitief niveau 2020) als opslag op het inschrijftarief per op naam van de huisarts ingeschreven verzekerde in rekening worden gebracht. Deze vergoeding dient dus ter dekking van de extra (out of pocket) kosten als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus, alsook als continuïteitsbijdrage ten behoeve van het instandhouden van de huisartsenzorg.
- De hoogte van het tarief is gebaseerd op een eerste inschatting door LHV, InEen en VPH en is in onderbouwing een combinatie van omzetsderving (€ 7,75) en meerkosten (€ 2,25) als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus.
- Op basis van de Vektis-data over het tweede kwartaal, de nadere onderbouwing van de extra kosten door LHV/InEen/VPH en de dan bestaande verwachtingen voor het verdere verloop van de gevolgen van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus, bespreken partijen of voor het derde kwartaal 2020 opnieuw een modulerend tarief "Incidentele compensatie meerkosten en omzetsderving als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus" nodig is. Het eventuele tarief voor het derde kwartaal wordt opnieuw berekend op basis van de aanvullende informatie zoals hierboven beschreven.

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

⁷ [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)

⁸ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/regelingen/2020/01/28/regeling-coronavirus>



- Het tarief mag in rekening worden gebracht voor die verzekerden die op de eerste dag van het tweede kwartaal bij de zorgaanbieder ingeschreven staan en waarvoor het inschrijftarief in rekening kan worden gebracht.
- Het tarief kan in rekening worden gebracht in aanvulling op de overige prestaties zoals in deze beleidsregel beschreven.
- Daar waar zorgverzekeraars, in afwijking van de standaard inkoop, overwegend op basis van vaste (inschrijf)vergoeding inkopen (o.a. DSW), dient dit moduletarief dan wel de reguliere contractuele afspraak daarop neerwaarts te worden aangepast, ter voorkoming van dubbele bekostiging.

Artikel 9.3 Anw-verrichtingen in hds

Ten behoeve van de aanvullende inzet in de ANW-uren bovenop het basisrooster als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus kan de huisarts die participeert in een huisartsendienstenstructuur (hds) met ingang van 1 maart 2020 een toeslag van maximaal € 15,00 per uur in rekening brengen. De huisarts kan deze toeslag enkel in rekening brengen indien:

- De huisarts hiertoe een overeenkomst heeft met de betreffende hds;
- De betreffende hds hiertoe een overeenkomst heeft met de representerende zorgverzekeraars betreffende het volume en het tarief. De voorwaarden die verbonden zijn aan deze overeenkomst zijn beschreven in de Beleidsregel huisartsendienstenstructuren.

Artikel 9.4 Kosten extra daglocaties huisartsenzorg als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus

Als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus worden aparte locaties ingericht voor huisartsenzorg voor patiënten met (verdenking van) een besmetting van het SARS-CoV-2 virus overdag. Dit betreft in principe locaties zonder klinische capaciteit.

Hiervoor worden voor drie componenten kosten gemaakt.

- A. Inzet huisarts
- B. Inzet overig personeel
- C. Overige kosten (locatie, persoonlijke beschermingsmaatregelen, ict, schoonmaak etc)

1. Indien extra daglocatie wordt opgezet vanuit de huisartsenpost (HAP):

Declaratie patiëntcontact

De declaratie van het patiëntcontact door de huisartsenpost is mogelijk door middel van de declaratie van de passantentarieven zoals beschreven in artikel 5.2.3. De huisartsenpost is hierbij dezelfde entiteit waarvoor ook de ANW-zorg wordt gecontracteerd. Het passantentarief wordt in deze situatie dus gedeclareerd door de huisartsenpost.

Afrekening aanvullende meerkosten

Indien de kosten van de extra daglocatie niet worden gedekt door declaratie van de passantentarieven, kunnen de huisartsenposten aanvullende afspraken maken met de zorgverzekeraar over vergoeding van de aanvullende kosten. Hierbij zijn de zorgverzekeraars en aanbieders de volgende uitgangspunten overeengekomen:

- Het is de verantwoordelijkheid van de regio om de bezetting van de extra daglocaties te regelen.
- De inrichting van de daglocatie volgt uit de afspraken/ verzoeken vanuit Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ)-verband.
- De totale extra benodigde kosten van de HAP voor het openstellen van extra daglocatie buiten ANW-uren worden apart in beeld gebracht en zo spoedig mogelijk voorgelegd aan de preferente verzekeraars, zodat hierop een akkoord verkregen kan worden en de declaratieafhandeling kan worden ingericht. Een afspraak tussen aanbieder en verzekeraar(s) is noodzakelijk.
- Dit leidt tot een afgebakend extra budget HAP 'dagopenstelling als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus'.
- De inkomsten uit de declaratie van het passantentarief door de HAP is ter dekking van dit budget.
- Over de resterende kosten (indien van toepassing) maakt de zorgverzekeraar met de HAP een afspraak. Dit te verrekenen bedrag wordt (volgtijdelijk) afgewikkeld via:
 - Uitbreiding van afspraken in het kader van "organisatie en infrastructuur" (O&I, zie artikel 6.2) indien technisch mogelijk (indien gewenst kunnen zorgaanbieders om tussentijdse ophoging van het budget vragen).
 - Is afwikkeling via de prestaties O&I niet mogelijk dan via segment 3 (S3, zie artikel 7) afspraak indien technisch mogelijk.
 - Is afwikkeling via segment 3 ook niet mogelijk of niet uitvoerbaar (veel administratieve belasting) dan via een nacalculatie omgeslagen over de ANW-tarieven (indien gewenst kunnen

zorgaanbieders vragen om tussentijdse ophoging van het budget).

- De vergoeding van huisartsen wordt (vanwege het modulerend tarief als opslag op inschrijftarief) niet meegenomen in de verrekening van het restant. Uitgangspunt is dat huisartsen, gebaseerd op een normpraktijk, gemiddeld 1 dag per 2 weken worden ingeroosterd op de extra daglocatie in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus. Hiervoor vindt geen vergoeding door de huisartsenpost plaats. Huisartsen kunnen op eigen kosten zelf een waarnemer inzetten.
- Als de noodzakelijke bezetting van huisartsencapaciteit op de extra daglocatie bijvoorbeeld vanwege de hoge toestroom van patiënten niet meer te borgen is met bovengenoemde inroostering van gemiddeld 1 dag per 2 weken, kan door de HAP aanvullende waarneming worden ingezet. Onderbouwing voor het benodigd zijn van aanvullende waarneming wordt zo spoedig mogelijk overlegd en achteraf verantwoord aan de zorgverzekeraar. De kosten van deze aanvullende inzet van waarneming worden door zorgverzekeraars vervolgens meegenomen in de vergoeding van de extra daglocatie. Het maximum van de vergoeding aan waarnemend huisartsen is € 78,00 per uur.
- De kosten (A, B en C) die vóór inwerkingtreding van deze overeenkomst zijn gemaakt kunnen wel geheel als meerkosten worden meegenomen in de begroting/afrekening. Er zal, indien nodig, enige coulance (zie 'Overgangperiode') worden betracht voor het inregelen en organiseren van de nieuwe situatie door organisaties.

2. Indien extra daglocatie wordt opgezet vanuit organisatie met eigen O&I-budget (regio-organisatie/zorggroep/gezondheidscentrum)

Declaratie patiëntcontact:

De declaratie van het patiëntcontact door het samenwerkingsverband is mogelijk door middel van de declaratie van de passantentarieven zoals beschreven in artikel 5.2.3. Het samenwerkingsverband is hierbij dezelfde entiteit waarmee ook contractuele afspraken in het kader van O&I (zie artikel 6.2) worden gemaakt. Het passantentariaf wordt in deze situatie dus gedeclareerd door het samenwerkingsverband.

Afrekening aanvullende meerkosten

Indien de kosten van de extra daglocatie niet worden gedekt door de declaratie van de passantentarieven, kunnen de zorgaanbieders met eigen O&I-budget aanvullende afspraken maken met de zorgverzekeraar over vergoeding van de aanvullende kosten. Hierbij zijn de zorgverzekeraars en zorgaanbieders de volgende uitgangspunten overeengekomen:

- Het is de verantwoordelijkheid van de regio om de bezetting van de extra daglocaties te regelen.
- De inrichting van de daglocatie samenwerkingsverband volgt uit de afspraken/verzoeken vanuit ROAZ-verband.
- De totale extra benodigde kosten van de zorgorganisatie voor het openstellen van extra daglocatie worden apart in beeld gebracht en zo spoedig mogelijk voorgelegd aan de preferente verzekeraars, zodat hierop een akkoord verkregen kan worden en de declaratie kan worden ingericht. Een afspraak tussen aanbieder en verzekeraar(s) is noodzakelijk.
- Dit leidt tot een afgebakend extra budget samenwerkingsverband 'dagopenstelling als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus'.
- De inkomsten uit de declaratie door het samenwerkingsverband van het passantentariaf is ter dekking van dit budget.
- Over de resterende kosten (indien van toepassing) maakt de zorgverzekeraar met het samenwerkingsverband een afspraak. Het restant van de kosten wordt dan via een nacalculatie omgeslagen over een O&I-afpraak. Indien gewenst kan om een tussentijdse ophoging van het O&I-budget worden gevraagd.
- De vergoeding van huisartsen wordt (vanwege het modulerend tarief als op het inschrijftarief) niet meegenomen in de verrekening van het restant. Uitgangspunt is dat huisartsen, gebaseerd op een normpraktijk, gemiddeld 1 dag per 2 weken worden ingeroosterd op de extra daglocatie als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus. Hiervoor vindt geen vergoeding door het samenwerkingsverband plaats. Huisartsen kunnen op eigen kosten zelf een waarnemer inzetten.
- Als de noodzakelijke bezetting van huisartsencapaciteit bijvoorbeeld vanwege hoge toestroom van patiënten op de extra locatie niet meer te borgen is met bovengenoemde inroostering van gemiddeld 1 dag per 2 weken, kan door de organiserende partij aanvullende waarneming worden ingezet. Onderbouwing voor het benodigd zijn van aanvullende waarneming wordt zo spoedig mogelijk overlegd en achteraf verantwoord aan de zorgverzekeraar. De kosten van deze aanvullende inzet van waarneming worden door zorgverzekeraars vervolgens meegenomen in de vergoeding van de extra daglocatie. Het maximum van de vergoeding aan waarnemend huisartsen is € 78,00 per uur.
- De kosten (A, B en C) die vóór inwerkingtreding van deze overeenkomst zijn gemaakt kunnen wel geheel als meerkosten worden meegenomen in de begroting/afrekening. Er zal, indien nodig,



enige coulance (zie 'Overgangperiode') worden betracht voor het inregelen en organiseren van de nieuwe situatie door organisaties.

3. Indien extra daglocatie kleinschaliger wordt opgezet vanuit samenwerkingsafpraak tussen huisartsen (dus niet vanuit samenwerkingsverband waar een budgetafpraak boven ligt)

Declaratie patiëntcontact

Op de extra daglocatie kan het passantentarief in rekening worden gebracht indien de huisarts zorg verleent aan niet-ingeschreven patiënten, mits het noch de patiënt noch de huisarts aan te rekenen is dat de zorg niet verleend wordt door de eigen huisarts van de patiënt. Hiervoor gelden dus gelijke voorwaarden als reeds voor declaratie van het passantentarief gelden (zie artikel 5.2.3). Voor zorgverlening aan ingeschreven patiënten geldt declaratie van de reguliere consulten (zie artikel 5.2.2).

Afrekening aanvullende meerkosten

- De declaratie van het passantentarief in combinatie met het modulerief 'Incidentele compensatie meerkosten en omzettingderving gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus' als opslag op het inschrijftarief wordt gezien ter dekking van kosten die gemaakt worden op de extra daglocatie.
- Als hier alsnog aanzienlijke meerkosten worden gemaakt, moet aansluiting worden gezocht bij de O&I-afrekening regionale organisatie (zie voor voorwaarden situatie 2).
- De ingebrachte meerkosten volgen uit afstemming/verzoek in ROAZ-verband en na akkoord van de preferente zorgverzekeraars.
- De vergoeding van eventuele extra kosten via samenwerkingsverband richting huisartspraktijken is mogelijk via 'onderlinge dienstverlening'.

Overgangperiode

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn het volgende overeengekomen: Als er al huisartsen/waarnemers zijn betaald voor de inzet op de extra daglocaties, dan kunnen deze, in afwijking op de voorwaarden genoemd in dit artikel, door zorgverzekeraars worden vergoed, met in achtneming van redelijk- en billijkheid. Dit geldt ook voor de overige kosten (B en C). Vanaf het moment van akkoord kunnen de gemaakte afspraken ook gelden voor de al bestaande extra daglocaties. Als er rekeningen bij zorgverzekeraars binnenkomen na de bezegeling van de afspraken die betrekking hebben op de betaalde inzet van huisartsen/waarnemers vóór het moment van bezegeling, dan worden deze meegenomen in de begroting en afrekening voor de extra daglocatie.

Artikel 10 Vervallen oude beleidsregel

De Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2022, met kenmerk BR/REG-22147b, die een geldigheidsduur had tot en met 31 maart 2022, is met ingang van de dag na laatstgenoemde datum van rechtswege komen te vervallen.

Artikel 11 Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel

De Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2022 met kenmerk BR/REG-22147b, 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.

Artikel 12 Inwerkingtreding en bekendmaking

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 april 2022.

Ingevolge artikel 5, aanhef en onder e, van de Bekendmakingswet, zal deze beleidsregel in de Staatscourant worden geplaatst.

De beleidsregel ligt ter inzage bij de NZa en is te raadplegen op www.nza.nl.

Artikel 13 Citeertitel

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2022.



TOELICHTING

Wijzigingen per 1 januari 2022

Verruiming geïnccludeerde inwoners postcodelijst achterstandsproblematiek

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

Wijzigingen per 1 januari 2021

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

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

KNMG-richtlijn

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

Vaccinatie op eigen verzoek

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

SCEN op de Waddeneilanden

Voor de uitvoering van een SCEN op de Waddeneilanden is een nieuwe prestatie opgenomen. Daarmee geldt de regeling voor alle zorgverzekeraars en voor alle Waddeneilanden. De hoogte van het tarief is vastgesteld op 2 keer het reguliere SCEN-tarief. Aanleiding vormt de extra reistijd die een SCEN op de Waddeneilanden vergt omdat de SCEN-arts veelal vanaf het vaste land moet komen. Hoewel het, mede vanwege de vereiste onafhankelijkheid, niet snel zal voorkomen, is het niet de bedoeling dat een op de Waddeneilanden wonende SCEN-arts het hogere Wadden-tarief kan



declareren. Om die reden is de voorwaarde opgenomen dat de prestatie SCEN op de Waddeneilanden alleen in rekening kan worden gebracht als de SCEN-arts niet op hetzelfde eiland woont als de behandelend (huis)arts van de patiënt.

Aanscherping toelichting M&I-prestaties

Sterilisatie van de man

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

Compressietherapie bij ulcus cruris

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

Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting

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

Informatieverstrekking

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

Huisartsenzorg aan tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten

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

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

Voor de tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die bij of krachtens de Zvw verplicht verzekerd zijn (ofwel een Nederlandse zorgverzekering hebben) blijft de declaratie van het inschrijf- en consulttarief voorhanden.



Coronacrisis

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

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

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

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

Wijzigingen per 1 januari 2020

Met ingang van 1 januari 2020 zijn een aantal wijzigingen in het beleid doorgevoerd. Deze worden hieronder nader toegelicht in paragraaf 1 en 2. Daarbij worden ook de belangrijkste wijzigingen in het beleid dat sinds 2018 is doorgevoerd nogmaals uiteengezet in paragrafen 3 tot en met 6. Paragraaf 7 beschrijft centraal de mogelijkheden van bekostiging van inzet van e-health in de huisartsenpraktijk. Paragraaf 8 geeft een nadere toelichting op specifieke artikelen uit deze beleidsregel.

1. Herijking SCEN-tarief:

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

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

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



2. Deelname programma OPEN

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

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

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

3. Herijking postcodelijst achterstandsproblematiek:

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

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

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

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

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

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

Nu de postcodelijst werd geactualiseerd, werd de keuze voor de parameters die leiden tot de postcodelijst nogmaals tegen het licht gehouden. De afgelopen periode bereikten de NZa meerdere signalen dat de keuze voor de parameters die nu leiden tot de postcodelijst in sommige gevallen ongewenste effecten heeft. Met name de parameter "omgevingsadressendichtheid", die de mate van



stedelijkheid/dichtbebouwdheid beschrijft, kan als effect hebben wijken met een relatief grote achterstandsproblematiek niet zijn opgenomen in de postcodelijst. Bijvoorbeeld omdat er zich een groot park in de wijk bevindt, waardoor de wijk relatief laag scoort op de parameter "omgevingsadressendichtheid".

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

Toevoegen "MOE-landen"

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

Detailtering postcodelijst

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

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

Verruiming geïnccludeerde inwoners

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

4. Overige wijzigingen 2019

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

4.1 Passanten

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



4.2 Consult tot 5 minuten

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

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

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

4.3 M&I-verrichtingen

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

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

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

4.4 Keuringen/onderzoek

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

4.5 Schriftelijke informatieverstrekking

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

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



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

5. Herijking tariefonderbouwing 2018

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

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

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

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

6. Herijking opslagen inschrijftarief

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

Vanuit de breed gedragen wens om de bekostiging beter te laten aansluiten op de ervaren zorgzwaarte van de populatie is NIVEL gevraagd onderzoek te doen naar de ervaren zorgzwaarte van specifieke patiëntcategorieën. De resultaten van dit onderzoek zijn reeds eerder door de NZa vastgesteld en gepubliceerd⁹.

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

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

⁹ NIVEL: "Scenario's voor de differentiatie van het inschrijftarief huisartsenzorg op basis van zorgzwaarte", 2016



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

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

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

7. E-health bekostigen in de huisartsenzorg

In ieder segment zijn mogelijkheden voor het bekostigen van e-health.

Segment 1

Het inschrijftarief kan worden ingezet om de website te onderhouden en een online afsprakenplanner te financieren. Ook kan men in dit segment consulten op afstand declareren als reguliere consulten. Per 2019 zijn de specifieke prestaties e-mailconsult en het telefonische consult vervallen. Nieuw is de prestatie “consult tot 5 minuten”. Als een consult op afstand zowel inhoudelijk als qua tijdsbesteding vergelijkbaar is met een consult in de spreekkamer, mag men vanaf 2019 een vorm van consult declareren. Bij bijvoorbeeld een uitgebreider e-mailcontact kan men dus een declaratietitel kort consult, consult of lang consult declareren aan de zorgverzekeraar. Het gebruikte communicatiemiddel tussen huisarts en patiënt (face-to-face, telefoon, e-mail, persoonlijke gezondheidsomgeving etc.) doet er niet meer toe. De poh-ggz die consulten heeft met de patiënt kan dezelfde prestaties declareren als de huisarts. Ook voor de poh-ggz geldt dat per 2019 het communicatiemiddel met de patiënt (digitaal of niet) er niet meer toe doet. Aanvullend kan de inzet van de poh-ggz bekostigd worden met de prestatie ‘Consultatie bij praktijkondersteuner ggz’. Hieronder valt ook de begeleiding van zelfmanagementprogramma’s die de huisartsenpraktijk via een vorm van e-health aanbiedt.

Segment 2

Met segment 2 wordt zorg rondom een specifieke groep chronisch zieken bekostigd. De ketenprestaties zijn algemeen beschreven. Hierdoor kunnen zorgaanbieders onderdelen van de ketenzorg op afstand leveren, of zelfmanagementprogramma’s inzetten. Deze e-health toepassingen kunnen vergoed worden met het afgesproken tarief voor de integrale ketenprestatie (of indien van toepassing het maximumtarief).

Segment 3

In segment 3 kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders aanvullende afspraken maken om e-health toepassingen te bekostigen die volgens hen van waarde zijn voor de patiënt. Zo kunnen zij via de prestatie ‘Zorgvernieuwing e-health’ afspraken maken over de vergoeding van of beloning voor inzet van e-health binnen de geboden zorgverlening voor:

digitale instrumenten voor zelfmanagement door de patiënt;
digitale behandelvormen.

Ook kan de huisarts de prestatie meekijkconsult gebruiken. Dit type consult is bedoeld om expertise van andere zorgverleners, zoals medisch specialisten of andere experts, in te roepen om behandelbeleid te bepalen. Deze raadpleging kan zowel face-to-face als op afstand plaatsvinden. Het doel van de raadpleging is om verwijzing te voorkomen of, als dat nodig is, doelgericht te kunnen verwijzen. De huisarts blijft bij het inroepen van expertise de hoofdbehandelaar.

Via de prestatie ‘Resultaatbeloning service en bereikbaarheid’ kunnen huisartsen met verzekeraars afspraken maken over beloning van zorgkwaliteit en/of kosten door een verbetering in service en bereikbaarheid. Hieronder vallen afspraken over mogelijkheden voor patiënten om digitaal afspraken



te maken met de huisartspraktijk, digitaal herhaalrecepten aan te vragen of volledige telefonische bereikbaarheid.

Overig

Een prestatie die valt buiten de drie segmenten is de prestatie 'Teledermatologie'. Hiermee kan de huisarts beeldmateriaal van een huidafwijking delen met een dermatoloog. De inzet van de dermatoloog die de huidafwijking beoordeelt, wordt bekostigd met een prestatie uit de tweede lijn (overig zorgproduct). De huisarts bespreekt de uitslag met de patiënt.

8. Artikelsgewijs

Artikel 3: Reikwijdte

Segment 2 en segment 3 bieden ruimte 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) nieuwe zorgvormen ontwikkelen zonder tussenkomst van de NZa. Innovatie-experimenten die binnen deze nieuwe reikwijdte vallen, hoeven dus niet meer gebruik te maken van de 'Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten'.

Artikel 5.2.2 Regulier consult

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 5.2.4 Poh-ggz

De inzet van een praktijkondersteuner ggz (poh-ggz) wordt vergoed door middel van declaratie van specifieke consulten en door een aanvullende opslag op het inschrijftarief. Het maximumtarief voor de opslag biedt ruimte om 12 uur per week per 2.350 patiënten een poh-ggz in te zetten. Het tarief dekt daarbij zowel de kosten van de ondersteuner, de aanvullende managementtijd van de huisarts en infrastructurele voorzieningen behorende bij de inzet van aanvullend poh-ggz personeel.

De bekostiging van poh-ggz is de afgelopen jaren ingericht rondom de aanneming dat via het contract tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder nadere afspraken worden gemaakt die aansluiten bij de werkelijke en noodzakelijke inzet van poh-ggz. Het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) heeft echter in november 2016 bepaald dat deze voorwaarde voor het declareren van poh-ggz niet meer randvoorwaardelijk mag worden gesteld voor declaratie van deze prestaties. Naar aanleiding van deze uitspraak zijn in het beleid voor 2017 twee wijzigingen doorgevoerd in de wijze van bekostigen van poh-ggz ten opzichte van 2016.

1. In 2016 is het moduletarief verhoogd, zodat zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken konden maken tot aan een maximale inzet van 36 uur poh-ggz per 2.350 patiënten. Deze aanvullende ruimte blijft behouden indien zorgverzekeraar en zorgaanbieder dit contractueel overeenkomen, maar wordt anders vormgegeven. Afspraken boven het niveau van 12 uur inzet poh-ggz per week per 2.350 patiënten worden vanaf 2017 via segment 3 binnen de prestatie zorgvernieuwing vormgegeven. Inzet tot aan het niveau van 12 uur per week per 2.350 patiënten kan zonder contract in rekening worden gebracht.
2. Het uitgangspunt blijft gelden dat het in rekening te brengen modulebedrag per ingeschreven patiënt is gebaseerd op de aantoonbare en voor de ingeschreven patiënt beschikbare inzet van poh-ggz. Het maximale opslagtariaf is gebaseerd op een inzet van 12 uur poh-ggz per week per 2.350 patiënten. Inzet onder deze 12 uur per 2.350 moet leiden tot een naar rato verlaagd moduletarief.
3. Eventuele kosten voor direct aan de functie poh-ggz gekoppelde en voor de ingeschreven patiënt beschikbare e-healthtoepassingen en externe consultatie kunnen binnen het opslagtariaf worden verrekend. Het gaat dan uitdrukkelijk niet over regulier bij de poh-ggz behorende infrastructurele

middelen, aangezien deze kosten reeds onderdeel zijn van de onderbouwing van het tarief dat gekoppeld is aan de inzet per fte poh-ggz. Dit alles met inachtneming van de in deze beleidsregel beschreven voorwaarden, voorschriften en beperkingen. De methodiek hoe deze toerekening naar rato van werkelijke inzet leidt tot het in rekening te brengen opslagtariet wordt uiteengezet in onderstaande rekenvoorbeelden

REKENVOORBEELD 1

Een praktijk heeft 3.000 ingeschreven patiënten waarvoor 5,5 uur poh-ggz personeel per week beschikbaar is. Tevens kan de praktijk aantonen dat aanvullend € 1.000 per kwartaal direct aan de functie poh-ggz gekoppelde kosten voor de ingeschreven patiënt beschikbare e-health en externe consultatie worden gemaakt.

Het maximale modulebedrag dat deze praktijk in rekening mag brengen, wordt dan als volgt vastgesteld:

Inzet poh-ggz:

Een inzet van 5,5 uur op 3.000 patiënten komt overeen met een inzet van 4,31 uur op 2.350 patiënten

$$\begin{aligned} 2.350 / 3.000 \text{ patiënten} &= 0,783 \\ 0,783 * 5,5 \text{ uur} &= 4,31 \text{ uur.} \end{aligned}$$

Een inzet van 4,31 uur op 2.350 patiënten is 36% van de maximale inzet van 12 uur. Voor dit deel mag maximaal € 1,15 per ingeschreven verzekerde in rekening worden gebracht (vc-niveau 2022).

$$\begin{aligned} 4,31 / 12 \text{ uur} &= 0,36 \\ 0,36 * € 3,20 &= € 1,15 \text{ per patiënt kwartaal} \end{aligned}$$

Aanvullende kosten e-health en consultatie per kwartaal

€ 1.000 (werkelijke kosten per kwartaal) / 3.000 patiënten = € 0,33 per patiënt per kwartaal

$$\begin{aligned} \text{Totaal maximaal moduletarief per patiënt per kwartaal} \\ € 1,15 + € 0,33 &= € 1,48 \end{aligned}$$

REKENVOORBEELD 2

Een praktijk heeft 3.000 ingeschreven patiënten waarvoor 14 uur poh-ggz personeel per week beschikbaar is. Tevens kan de praktijk aantonen dat aanvullend € 1.000 per kwartaal direct aan de functie poh-ggz gekoppelde kosten voor de ingeschreven patiënt beschikbare e-health en externe consultatie worden gemaakt.

Het maximale modulebedrag dat deze praktijk in rekening mag brengen, wordt dan als volgt vastgesteld:

Inzet poh-ggz:

Een inzet van 14 uur op 3.000 patiënten komt overeen met een inzet van 10,97 uur op 2.350 patiënten

$$\begin{aligned} 2.350 / 3.000 \text{ ingeschreven patiënten} &= 0,783 \\ 0,783 * 14 \text{ uur} &= 10,97 \text{ uur.} \end{aligned}$$

Een inzet van 10,97 uur op 2.350 patiënten is 91,39% van de maximale inzet van 12 uur. Voor dit deel mag maximaal € 2,92 per ingeschreven verzekerde in rekening worden gebracht (VC-niveau 2022).

$$\begin{aligned} 10,97 / 12 \text{ uur} &= 0,9139 \\ 0,9139 * € 3,20 &= € 2,92 \text{ per patiënt per kwartaal} \end{aligned}$$

Aanvullende kosten e-health en consultatie per kwartaal

€ 1.000 (werkelijke kosten per kwartaal) / 3.000 patiënten = € 0,33 per patiënt per kwartaal

$$€ 2,92 + € 0,33 = € 3,25$$

Echter, het maximumtarief is € 3,20 per kwartaal

Dat is daarmee ook het maximumtarief dat binnen deze module in rekening kan worden gebracht. Eventueel aanvullende afspraken kunnen contractueel met de zorgverzekeraar overeen worden gekomen via S3 zorgvernieuwing.

Continuering regelgeving poh-ggz

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

Artikel 5.2.6 Prestaties huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf en Intensieve zorg

De prestaties huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf (elv) en intensieve zorg zijn bedoeld voor huisartsenzorg geleverd aan patiënten die een hogere zorgzwaarte met zich meebrengen. De patiëntgroepen die hieronder vallen zijn palliatief terminale patiënten, patiënten waarvan het CIZ een zorgprofiel heeft geïndiceerd in de reeks VV Beschermd wonen met intensieve dementiezorg t/m VV beschermd verblijf intensieve palliatief-terminale zorg, en patiënten opgenomen in een setting voor eerstelijnsverblijf.



De prestaties huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf en intensieve zorg worden uitgesplitst naar tijdstip (overdag en anw). Als de visite aanvangt in de anw uren dan mag het anw tarief in rekening worden gebracht. Dit mag in alle gevallen, (wel/niet participatie in hds), op één uitzondering na. Voor huisartsen die wel in een hds participeren en als de visite plaatsvindt tijdens een hds-dienst, gelden de (reguliere) prestaties dienstuur huisartsendienstenstructuur (te declareren door de huisarts bij de hds) en hds-prestaties (visite, triageconsult te declareren door de hds).

De prestatie huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf wordt uitgesplitst in tijdsduur (korter dan 20 minuten, 20 minuten en langer). De prestaties van 20 minuten en langer mogen alleen in rekening worden gebracht indien de directe patiëntgebonden tijd 20 minuten of langer in beslag heeft genomen. De niet-patiëntgebonden tijd, zoals reistijd en opleiding, valt hier niet onder.

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 of elv 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.

De prestaties huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf en intensieve zorg hangen nauw met elkaar samen. Hieronder wordt schematisch weergegeven per patiëntgroep en per tijdstip welke prestaties gelden.

Tijdstip →	Overdag	Anw	Anw, hds dienst
Patiëntgroepen ↓			
Patiënt opgenomen in elv setting, laag complex	Huisartsenzorg overdag bij eerstelijnsverblijf, korter dan 20 min Huisartsenzorg overdag bij eerstelijnsverblijf, 20 min en langer	Huisartsenzorg in de avond, nacht of het weekend bij eerstelijnsverblijf, korter dan 20 min Huisartsenzorg in de avond, nacht of het weekend bij eerstelijnsverblijf, 20 min en langer	(reguliere) prestaties dienstuur huisartsendienstenstructuur (te declareren door de huisarts bij de hds) en hds-prestaties (visite, triageconsult te declareren door de hds)
Patiënt opgenomen in elv setting, hoog complex	Huisartsenzorg overdag bij eerstelijnsverblijf, korter dan 20 min Huisartsenzorg overdag bij eerstelijnsverblijf, 20 min en langer	Huisartsenzorg in de avond, nacht of het weekend bij eerstelijnsverblijf, korter dan 20 min Huisartsenzorg in de avond, nacht of het weekend bij eerstelijnsverblijf, 20 min en langer	(reguliere) prestaties dienstuur huisartsendienstenstructuur (te declareren door de huisarts bij de hds) en hds-prestaties (visite, triageconsult te declareren door de hds)
Palliatief terminale patiënt (thuis, elv setting etc.)	Intensieve zorg, overdag	Intensieve zorg in de avond, nacht of het weekend	(reguliere) prestaties dienstuur huisartendienstenstructuur (te declareren door de huisarts bij de hds) en hds-prestaties (visite, triageconsult te declareren door de hds)



Tijdstip →	Overdag	Anw	Anw, hds dienst
Patiëntgroepen ↓			
Patiënten waarvan het CIZ een zorgprofiel heeft geïndiceerd in de reeks VV Beschermd wonen met intensieve dementie-zorg t/m VV beschermd verblijf intensieve palliatief-terminale zorg	Intensieve zorg, overdag	Intensieve zorg in de avond, nacht of het weekend	(reguliere) prestaties dienstuur huisartsenzorg-structuur (te declareren door de huisarts bij de hds) en hds-prestaties (visite, triageconsult te declareren door de hds)

Artikel 6.1 Beschrijving segment

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 Mellitus 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 heeft twee prestaties: multidisciplinaire zorg Diabetes Mellitus type 2 en/of Vasculair Risicomanagement en multidisciplinaire zorg COPD en/of 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 Organisatie en infrastructuur, Multidisciplinaire zorg – gecontracteerd en Multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd

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 dezelfde 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.

Artikel 7.1 Beschrijving segment

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

Artikel 7.2.2 Zorgvernieuwing

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 voor kleinschalige experimenten'. Het staat partijen vrij om hun innovatie-experiment te blijven declareren onder de Beleidsregel Innovatie of om dit om te zetten naar een declaratie onder deze beleidsregel. Experimenten met consultloze bekostiging kunnen ook zowel onder de Beleidsregel Innovatie als onder deze beleidsregel ingericht worden.

De mogelijkheid om een vergoeding voor praktijkmanagement binnen segment 3 zorgvernieuwing overeen te komen dient ter bekostiging van de inzet van een praktijkmanager, die ondersteuning biedt aan een groep van huisartsen in een netwerk of een groepspraktijk. De praktijkmanager neemt daarbij de dagelijkse organisatorische taken van huisartsen uit handen. De vergoeding heeft betrekking op de direct aan praktijkmanagement gekoppelde kosten zoals bijvoorbeeld ICT, personeel, aansturing en huisvesting. Bij het overeenkomen van de vergoeding maken zorgverzekeraar en huisartsen afspraken over de gewenste uitkomsten van de inzet van praktijkmanagement.

Het betreft met nadruk een vergoedingsmogelijkheid ter bekostiging van het aanstellen van een aparte functionaris als praktijkmanager. Het managen van een praktijk is onderdeel van reguliere huisartsenzorg en daarmee ook onderdeel van de tariefonderbouwing van de prestaties in segment 1.



BIJLAGE 1: BEGRIPSBEPALINGEN

1. **Zorgaanbieder:**
De natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder c van de Wmg.
2. **Multidisciplinaire (eerstelijns)zorg:**
Zorgverlening waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines in samenwerking met de patiënt in onderlinge samenhang zorg verlenen, waarvan huisartsenzorg een onderdeel is.
3. **Anw-uren:**
De avond-, nacht- en weekenduren. Deze uren betreffen de tijdsperiode:
 - tussen 18.00 uur en 08.00 uur;
 - tussen 08.00 uur en 18.00 uur op zaterdag of zondag;
 - tussen 08.00 uur en 18.00 uur op algemeen erkende feestdagen of gelijkgestelde dagen in de zin van de Algemene Termijnenwet.
4. **Ingeschreven verzekerde:**
Verzekerde die zich op naam ingeschreven heeft bij een aanbieder van huisartsenzorg.
5. **Geïnccludeerde patiënt:**
Patiënt die voldoet aan de inclusiecriteria van een bepaald zorgprogramma en die zorg ontvangt binnen dat programma.
6. **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.
7. **Geïntegreerde eerstelijnszorg:**
Betreft multidisciplinaire eerstelijnszorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende disciplinaire 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: meten van de beweeglijkheid van het trommelvlies*
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: maken, interpreteren en bespreken van hartfilmpje met de patiënt*
Het betreft een prestatie per diagnose en heeft betrekking op het gehele traject van maken, interpreteren en bespreken met patiënt van een ECG.
Prestatie is inclusief verbruiksmateriaal. De S1-prestatie “kosten ECG” kan niet in samenhang met deze M&I-verrichting worden gedeclareerd, tenzij expliciet contractueel overeengekomen.
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.
De M&I-verrichting beschrijft in principe alleen de 24-uursmeting, maar biedt onder de voorwaarde van een overeenkomst met de zorgverzekeraar de mogelijkheid om ook de 30-minutenmeting op deze wijze in rekening te brengen.
- *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; onderzoek naar ziekenhuisbacterie*
Afname kweekmateriaal ten behoeve van diagnostiek MRSA.
Het betreft een prestatie per verrichting.
- *Diabetes Mellitus – begeleiding per jaar bij suikerziekte*
Het betreft een prestatie per controle.
- *Diabetes Mellitus – instellen van medicijn (insuline) voor suikerziekte*
Het betreft een prestatie per verrichting.
- *COPD – gestructureerde zorg per jaar bij ademhalings- en longproblemen*
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 (buik) 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, stuwings;
 - nieren: stuwings, 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 het Zorginstituut Nederland 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 en -vaccinatie*
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, conform richtlijnen urologie.
- *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.

Prestaties
Audiometrie
Diagnostiek met behulp van Doppler
Tympanometrie: meten van de beweeglijkheid van het trommelvlies
Longfunctiemeting (= spirometrie)
ECG-diagnostiek: maken, interpreteren en bespreken van hartfilmpje met de patiënt
Spleetlamponderzoek
Tele-echo, -röntgen, -hartmonitoring op de waddeneilanden
Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting
Teledermatologie
Cognitieve functietest (MMSE)
Hartritme stoornissen
MRSA-screening: onderzoek naar ziekenhuisbacterie
Palliatieve consultatie, visite
Palliatieve consultatie, telefonisch
Euthanasie
Module Abdominale (buik) 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
2. Prestaties
3. Basistarieven
4. Differentiatie inschrijftarief
5. Arbeidskosten
6. Praktijkkosten en rekennormen
7. Modelmatige tarieven
8. Berekening VGREV
9. Multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd

1. Inleiding

De NZa heeft in de Beleidsregel algemeen kader tariefprincipes curatieve zorg beschreven welke uitgangspunten de NZa hanteert bij het vaststellen van tarieven. De NZa hanteert binnen de huisartsenzorg als uitgangspunt dat de tarieven, of onderdelen van de 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 2015. De NZa heeft Sira Consulting opdracht gegeven om de kosten, opbrengsten, productie en inzet binnen de huisartsenpraktijk te verzamelen.

Voor een aantal prestaties en kostensoorten bevat het onderzoek geen gegevens die gebruikt kunnen worden. De 'Beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes curatieve zorg', artikel 4.3 lid geeft de mogelijkheid om in een dergelijke situatie het tarief via een beschrijvende norm de kostenopbouw van prestaties te bepalen: de tarieven voor de huisartsenzorg zijn voor een deel via een normatieve (modelmatige) methode ontwikkeld. Het betreft de arbeidskosten voor de huisarts-eigenaar, de vergoeding voor gedeeld rendement op het eigen vermogen in de praktijkkosten, en de onderbouwing van tarieven voor de opslag poh-ggz, anw-consulten en enkele andere prestaties.

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

2. Prestaties

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

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

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

Leeftijd	Niet-opslagwijk	Opslagwijk
verzekerden tot 65 jaar	1,183	1,557
verzekerden van 65 tot 75 jaar	1,392	1,766
verzekerden vanaf 75 jaar tot 85 jaar	2,096	2,470
Verzekerden vanaf 85 jaar	3,296	3,670

- 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:

- zes reguliere consultprestaties, conform de factoren in onderstaande tabel.

Consultprestatie regulier	Factor
Consult regulier tot 5 minuten	0,5
Consult regulier vanaf 5 minuten tot 20 minuten	1,0
Consult regulier 20 minuten en langer	2,0
Visite regulier korter dan 20 minuten	1,5
Visite regulier 20 minuten en langer	2,5
vaccinatie regulier	0,5

- zes consultprestaties poh-ggz, conform de factoren in onderstaande tabel.

Consultprestatie poh-ggz	Factor
Consult praktijkondersteuner ggz korter dan 5 minuten	0,5
Consult praktijkondersteuner ggz vanaf 5 minuten tot 20 minuten/Groepsconsult praktijkondersteuner ggz	1,0
Consult praktijkondersteuner ggz 20 minuten en langer	2,0
Visite praktijkondersteuner ggz korter dan 20 minuten	1,5
Visite praktijkondersteuner ggz 20 minuten en langer	2,5

- één nevenprestatie, het uitstrijkje, conform de factor in onderstaande tabel.

Nevenprestatie	Factor
Uitstrijkje	1,383

- Huisartsenzorg elv, intensieve zorg, de 'overige S1-prestaties' en de prestatie SCEN, conform onderstaande tabel.

Prestatie	Factor
Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf, overdag, korter dan 20 minuten	4,37
Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf, overdag, 20 minuten en langer	7,57
Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf in de avond, nacht of het weekend, korter dan 20 minuten	7,51
EHuisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf in de avond, nacht of het weekend, 20 minuten en langer	11,64
Chirurgie	9,04
Intensieve zorg, overdag	7,72
Intensieve zorg, in de avond, nacht of het weekend	13,32
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	6,07
Oogboring	5,77
SCEN: Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland	52,33
SCEN: Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland, op de Waddeneilanden	104,66
IUD (spiraal) aanbrengen/implanteren of verwijderen Etonogestrel implantatiestaafje	6,37
Therapeutische injectie (Cyriax)	3,05

- de 16 M&I-verrichtingen welke zonder contract¹⁰ met de zorgverzekeraar tegen een maximumtarief in rekening kunnen worden gebracht.

Prestatie	Factor
Audiometrie	2,60
Diagnostiek met behulp van Doppler	2,99
Tympanometrie: meten van de beweeglijkheid van het trommelvlies	3,05
Longfunctie-spirometrie	4,76
ECG-diagnostiek: maken, interpreteren en bespreken van hartfilmpje met de patiënt	4,55
Spleetlamponderzoek	1,29
Tele-echo, -röntgen, -hartmonitoring op de waddeneilanden	12,21
Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting	3,02
Teledermatologie	1,94
Cognitieve functietest, MMSE	3,26
Hartritmestoornissen	2,60
MRSA-screening: onderzoek naar ziekenhuisbacterie	1,94
Palliatieve consultatie, visite	11,67
Palliatieve consultatie, telefonisch	2,93
Euthanasie	23,46
Module Abdominale (buik) echografie	4,40

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

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

Prestatie passanten/militairen	Factor
Consult tot 5 minuten	0,5
Consult vanaf 5 minuten tot 20 minuten	1,0
Consult 20 minuten en langer	2,0
Visite korter dan 20 minuten	1,5
Visite 20 minuten en langer	2,5

¹⁰ Deze 16 M&I verrichtingen kunnen ook tegen een vrij tarief worden geleverd indien een contract met de zorgverzekeraar is gesloten.

Prestatie passanten/militairen	Factor
Vaccinatie	0,5

- zes prestaties voor gemoedsbezwaarden en zes prestaties voor tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht verzekerd zijn, door het basistarief van het passantentarief te vermeerderen met € 2,63 (prijspeil definitief 2021) en het resultaat te vermenigvuldigen met de factor in onderstaande tabel.

Prestatie gemoedsbezwaarden/tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht zijn verzekerd	Factor
Consult tot 5 minuten	0,5
Consult vanaf 5 minuten tot 20 minuten	1,0
Consult 20 minuten en langer	2,0
Visite korter dan 20 minuten	1,5
Visite 20 minuten en langer	2,5
Vaccinatie	0,5

- twee prestaties voor keuringen en onderzoek¹¹ en informatieverstrekking,
- conform onderstaande tabel

prestatie keuringen/onderzoek en informatieverstrekking	Factor
Keuringen en onderzoek, per 5 minuten	0,5
Informatieverstrekking, per 5 minuten	0,5

3. Basistarieven

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

$$\text{Basistarief Inschrijving} = 0,3389 * (\text{arbeidskostenbestanddeel} + \text{Praktijkkostenbestanddeel}) / \text{rekennorm inschrijvingen}$$

$$\text{Basistarief Consult} = 0,2628 * (\text{arbeidskostenbestanddeel} + \text{praktijkkostenbestanddeel}) / \text{rekennorm consulten}$$

$$\text{Basistarief Passantenconsult} = 0,7726 * (\text{Arbeidskostenbestanddeel} + \text{Praktijkkostenbestanddeel}) / \text{rekennorm consulten}$$

Hierbij geldt:

- Het arbeidskostenbestanddeel bedraagt € 128.311,42 op prijspeil 2015 (prijspeil definitief 2021: € 147.528,02). De onderbouwing van dit bedrag wordt toegelicht in paragraaf 4.
- Het praktijkkostenbestanddeel bedraagt € 182.110,30 prijspeil definitief 2015 (prijspeil definitief 2021: € 217.913,06). De onderbouwing van dit bedrag wordt toegelicht in paragraaf 5.
- De rekennorm inschrijvingen bedraagt 2.095 en de rekennorm consulten 8.966. 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.
- In de voorafgaande beleidsregel BR/REG-22147b die vigeert van 1 januari 2022 en met 31 maart 2022 is geen aanvullende indexering verwerkt voor loon en materieel, omdat deze aanpassing niet tijdig in de systemen van verzekeraars in te regelen viel. In de tarieven vanaf 1 april 2022 wordt om die reden een correctie doorgevoerd. Hierbij wordt rekening gehouden met de gemiste opbrengsten over de periode 1 januari tot en met 31 maart 2022. In de berekening van deze compensatie wordt ook rekening gehouden met seizoensinvloeden in declaratiepatronen. De compensatie is verwerkt via een opslag op de indexatiepercentages OVA (loon) en PPC (materieel). De voorcalculatorische indexatiepercentages 2022 bedragen per 1 april 2022:
 - Loon (OVA): 4,60%
 - Materieel (PPC): 1,89%

Het resultaat is dat de inkomsten over heel 2022 op het niveau worden gebracht zoals deze zouden zijn geweest indien deze aanvullende indexering wel vanaf 1 januari 2022 was geïmplementeerd.

Inschrijvingen en consulten vormen de grootste opbrengstcomponenten voor huisartspraktijken. De logica achter bovenstaande formules is dat een bepaald deel van de totale kosten (arbeidskosten +

¹¹ De kilometervergoeding die eventueel in rekening gebracht kan worden in verband met deze prestatie heeft een andere onderbouwing, zie par. 7.6.



praktijkkosten) gedekt wordt uit inschrijvingen en een deel uit consulten. Voor consulten betreft dit 26,28%, vandaar de factor 0,2628. Voor inschrijvingen bedraagt de factor 0,3389. Dit is minder dan het aandeel opbrengsten uit inschrijvingen (44,71%, zie artikel 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 alle gereguleerde opbrengsten uit consulten behaalt. Het arbeidskostenbestanddeel en praktijkkostenbestanddeel worden voor de berekening van het passantentarief vermenigvuldigd met de factor 0,7726. Op deze wijze worden alle praktijkkosten en de arbeidskostencomponent van de huisarts-eigenaar voor 77,26% opgebracht door de opbrengsten uit passantenconsulten. De overige opbrengsten worden geacht opgebracht te worden met niet-tariefgereguleerde activiteiten.

4. Differentiatie inschrijftarief

Met ingang van 1 januari 2018 zijn de opslagen op het inschrijftarief voor leeftijd en achterstand herijkt. Voor de berekening van de nieuwe inschrijftarieven maken we gebruik van het zorgzwaarte model van NIVEL¹². Het inschrijftarief bestaat uit twee componenten.

Eén component is het basistarief inschrijving, zie kopje 3. Basistarieven. Dit is een vast bedrag dat de huisarts voor al zijn ingeschreven verzekerden per kwartaal in rekening brengt.

De tweede component is de differentiatie op het inschrijftarief op basis van het zorgzwaarte model van NIVEL. De differentiatie bestaat ook uit een opslag die de huisarts in rekening brengt voor alle ingeschreven verzekerden. Voor patiënten met specifieke zorgzwaarte kenmerken, als leeftijd en woonachtig in een opslagwijk, krijgt de huisarts een hogere opslag.

Het rekenmodel om tot de opslag op het basistarief Inschrijving te komen is beschreven in Bijlage D Omrekening regressie coëfficiënten naar opslagfactoren uit het rapport van NIVEL. Het verschil met de opstelling van NIVEL is dat we voor de berekening van de inschrijftarieven met landelijke declaratie-data van Vektis rekenen. We hebben het rekenmodel teruggebracht naar vier stappen:

1. Bepalen zorgzwaartefactor per kenmerk.
2. Bepalen aantal zorgzwaarte rekeneenheden voor alle ingeschreven verzekerden.
3. Bepalen constante opslagbedrag per rekeneenheid.
4. Afleiden landelijke opslagfactor.

Als uitgangspunt voor de berekening van de opslagfactoren gebruiken we de tarieven zoals deze van kracht waren in 2015 (prijspeil 2015 voorcalculatorisch (VC)), vanwege aansluiting bij de Vektis dataset (2015). De resulterende opslagfactoren worden vervolgens toegepast op de herijkte tarieven 2018 waarin de resultaten van het kostenonderzoek zijn verwerkt.

De berekening is in eerste instantie omzetneutraal uitgevoerd. Dat betekent dat alle gelden toegerekend aan het basistarief Inschrijving en de differentiatie op het inschrijftarief constant zijn gehouden. We hanteren de omzetbedragen, zoals weergegeven in Tabel 3.1.

Tabel 3.1: Omzetbedragen Inschrijving

Prestatie	Gedeclareerde Vektis omzet 2015 (VC)
Basis inschrijving	€ 810.679.125
Differentiatie inschrijving	€ 252.198.503
Inschrijving	€ 1.062.877.628

Stap 1: Bepalen zorgzwaartefactor per kenmerk.

De zorgzwaartefactoren zijn afgeleid van het zorgzwaarte model van NIVEL. Hierbij hebben we twee normatieve elementen aangebracht.

Het model van NIVEL heeft voor de leeftijdsgroep 75 – 84 geen significatie coëfficiënt opgeleverd. Met behulp van kwadratische interpolatie hebben we voor dit kenmerk normatief een zorgzwaarte coëfficiënt afgeleid. Voor het kenmerk opslagwijk is er eveneens normatief een zorgzwaarte coëfficiënt afgeleid, door in eerste instantie de gelden voor achterstand gelijk te houden.

In Tabel 3.2 zijn de zorgzwaartefactoren per kenmerk weergegeven.

¹² Scenario's voor de differentiatie van het inschrijftarief huisartsenzorg op basis van zorgzwaarte, NIVEL (2016).

Tabel 3.2: Zorgzwaartefactoren per kenmerk

Opslagwijk	Leeftijd	Zorgzwaarte factor	Normering zzfactor ¹	Verzekerden-jaren
geen	tot 65	0,04	1,00	12.478.454
geen	65-74	0,09	2,14	1.689.243
geen	75-84	0,24	5,99	910.396
geen	85 plus	0,50	12,54	335.778
opslagwijk	tot 65	0,07	1,72	667.811
opslagwijk	65-74	0,12	2,86	63.496
opslagwijk	75-84	0,27	6,71	37.132
opslagwijk	85 plus	0,53	13,26	14.193

¹ zorgzwaartefactor

Stap 2: Bepalen aantal zorgzwaarte rekeneenheden voor alle ingeschreven verzekerden.

De tarieven zijn gebaseerd op jaarbedragen. De declaraties vinden echter per kwartaal plaats. Om tot een goede inschatting van het aantal verzekerde personen te komen berekenen we het aantal verzekerdenjaren, dat gelijk is aan het totaal aantal declaraties van de prestatie inschrijving gedeeld door vier. Het aantal verzekerdenjaren is weergegeven in Tabel 3.2.

Het aantal zorgzwaarte rekeneenheden voor alle ingeschreven verzekerden is gelijk aan het somproduct van de genormeerde zorgzwaartefactor maal het aantal verzekerdenjaren en is gelijk aan 27.521.122.

Stap 3: Bepalen constante opslagbedrag per rekeneenheid.

Om het constante opslagbedrag te bepalen delen we de totale omzet van de prestatie differentiatie inschrijving, zie Tabel 3.1, door het aantal zorgzwaarte rekeneenheden. De constante is afgerond gelijk aan € 9,16.

Stap 4: Afleiden landelijke opslagfactor.

De afleiding van de opslagfactoren volgt door de constante met de genormeerde zorgzwaartefactor te vermenigvuldigen en daarbij het basistarief van € 50,05 (2015 VC) op te tellen. Delen door het basistarief resulteert tenslotte in de opslagfactor. Delen door het jaarbedrag van de groep zonder kenmerk (jonger dan 65 en geen opslagwijk) resulteert in een genormeerde opslagfactor.

Tabel 3.3: Opslagfactor differentiatie inschrijftarief

Opslagwijk	Leeftijd	Opslag	Jaarbedrag	Opslagfactor	Normering ofactor ¹
geen	tot 65	€ 9,16	€ 59,22	1,183	1,000
geen	65-74	€ 19,61	€ 69,66	1,392	1,176
geen	75-84	€ 54,86	€ 104,92	2,096	1,772
geen	85 plus	€ 114,91	€ 164,96	3,296	2,786
opslagwijk	tot 65	€ 15,76	€ 65,82	1,315	1,111
opslagwijk	65-74	€ 26,21	€ 76,26	1,524	1,288
opslagwijk	75-84	€ 61,46	€ 111,52	2,228	1,883
opslagwijk	85 plus	€ 121,51	€ 171,56	3,428	2,897

¹ opslagfactoren uitgedrukt in factoren relatief aan het inschrijftarief tot 65, geen opslagwijk.

Stap 5: Toevoeging budget opslagwijken

Besloten is om de zorgzwaarte in opslagwijken extra te compenseren door middel van de inzet van een macrobedrag van € 10 miljoen (prijspeil 2018). Het totale toe te voegen bedrag delen we door de som van de verzekerdenjaren in opslagwijken over alle leeftijdscategorieën. In tabel 3.4 is te zien hoe de resulterende extra opslag van € 12,12 in combinatie met de al eerder afgeleide opslagen leidt tot de definitieve opslagfactoren.

Tabel 3.4: Opslagfactor differentiatie inschrijftarief met compensatie opslagwijk

Opslag-wijk	Leeftijd	Opslag	Extra opslag	Jaarbedrag	Opslag-factor	Normering ofactor ¹
geen	tot 65	€ 9,16	-	€ 59,22	1,183	1,000
geen	65-74	€ 19,61	-	€ 69,66	1,392	1,176
geen	75-84	€ 54,86	-	€ 104,92	2,096	1,772
geen	85 plus	€ 114,91	-	€ 164,96	3,296	2,786

Opslag-wijk	Leeftijd	Opslag	Extra opslag	Jaarbedrag	Opslag-factor	Normering ofactor ¹
opslagwijk	tot 65	€ 15,76	€ 12,12	€ 77,94	1,557	1,316
opslagwijk	65–74	€ 26,21	€ 12,12	€ 88,38	1,766	1,492
opslagwijk	75–84	€ 61,46	€ 12,12	€ 123,64	2,470	2,088
opslagwijk	85 plus	€ 121,51	€ 12,12	€ 183,68	3,670	3,102

¹ opslagfactoren uitgedrukt in factoren relatief aan het inschrijftarief tot 65, geen opslagwijk.

Deze opslagfactoren worden vervolgens in de tariefonderbouwing gebruikt om het herijkte basisinschrijftarief op basis van het kostenonderzoek over 2015 op te hogen.

5. Arbeidskosten

De component arbeidskosten praktijkeigenaren (in het veld bekend onder de term ‘norminkomen’) is een normatieve kostencomponent die in de tariefonderbouwing voor gereguleerde eerstelijnszorgaanbieders wordt opgenomen ter dekking van de arbeidskosten van de praktijkeigenaar. 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).

5.1 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 5.1: Toetsingskader methodieken herijking arbeidskostencomponent

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

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

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.

5.2 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.

5.3 Arbeidskostencomponent voor praktijkeigenaren huisartsenzorg prijspeil 2013

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 5.2: Horizontale vergelijking met CAO's binnen de zorg

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

Stap C – Afwegen of BBRA-inschaling moet worden bijgesteld

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

Stap D – Doorvoeren van een correctie voor ondernemerschap

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

Het ondernemersrisico behelst een kapitaalrisico, het risico dat een huisartsenpraktijk failliet gaat en



een praktijkeigenaar het geïnvesteerd eigen vermogen kwijt raakt. Voor dit risico wordt gecorrigeerd middels de zogenaamde VGREV (vergoeding gederfd 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 5.3: 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).

5.4 Samenvatting

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

Tabel 5.4: 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 (prijspeil definitief 2017: € 131.505,06).

6. Praktijkkosten en rekennormen

6.1 Resultaten onderzoek

De NZa heeft in 2016 – 2017 onder 213 huisartsenpraktijken een onderzoek laten uitvoeren. De gegevensverzameling is uitgevoerd door Sira Consulting BV. De verwerking van deze uitkomsten om te komen tot herijkte tarieven is gedaan door de NZa. In tabel 6.1 zijn de belangrijkste resultaten per fte huisarts-eigenaar van het onderzoek samengevat.

Tabel 6.1: Resultaten per fte huisartseigenaar, onderzoeksjaar 2015 prijspeil 2015

Praktijkkosten	
Gemiddelde praktijkkosten	€ 182.110
– vv. personeelskosten	€ 112.650
– vv. overige kosten	€ 69.461
Productie	
Gemiddeld aantal ingeschreven verzekerden	2.095
Gemiddeld aantal consulteenheden	8.966
Opbrengsten	
Huisartsendienstenstructuren	€ 12.121
Declaraties anw vanuit zorgverzekeraar	€ 33
S1	
Inschrijvingen	€ 137.906
Consulten en visites (huisarts)	€ 81.049
Passanten en militairen	€ 1.288
poh-ggz	€ 15.451
S1 prestaties (chirurgie etc.)	€ 10.484
Buiten segmenten (keuringen etc.)	€ 7.578
S2	
– Inkomsten zorggroep	€ 33.603
– GEZ (ontvangen van verzekeraar)	€ 208
– Multidisciplinaire zorg (ontvangen van verzekeraar)	€ 348

S3	
– poh-s	€ 10.283
– resultaat beloning	€ 6.965
– zorgvernieuwing	€ 7.021
– Buiten segmenten	€ 7.979
Overig	
Overige declaraties (verloskunde)	€ 16
Overige inkomsten (nevenactiviteiten)	€ 10.694
Gemiddelde opbrengsten totaal	€ 343.024

6.2 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)
- Opbrengsten uit resultaatbeloning
- Opbrengsten en praktijkkosten poh-ggz
- 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.

Opbrengsten uit resultaatbeloning

Bij de berekening van de opbrengstverhouding op basis waarvan kosten worden toegerekend dienen de opbrengsten uit resultaatbeloning niet te worden meegenomen. Het argument hiervoor is dat de praktijkkosten die niet gemaakt worden voor de omzet resultaatbeloning maar voor de verrichting die ten grondslag ligt aan de resultaatbeloning.

Opbrengsten en praktijkkosten poh-ggz

De prestaties met betrekking tot poh-ggz hebben hun eigen normatief vastgestelde tarief, die los staat van zowel de praktijkkosten als arbeidskosten bestemd voor de overige huisartsenzorg. Om die reden is het niet zuiver om de kosten en opbrengsten uit poh-ggz mee te tellen in de tariefberekening.

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 methode zoals verwoord in de 'Beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes curatieve zorg'. Zoals gebruikelijk binnen eerstelijns zorg wordt hierbij 7% van het gerapporteerde normatief eigen vermogen (€ 38.969) als praktijkkosten meegenomen, ofwel € 1.775 per huisarts-



eigenaar. In onderstaande tabel zijn bovengenoemde correcties toegepast op de bedragen uit tabel 6.1.

Tabel 6.2: Relevante opbrengsten en kosten prijspeil 2015

Opbrengsten		
Gemiddelde opbrengsten totaal	€ 343.024	
Af: Opbrengsten uit hds/anw	-€ 12.154	
Af: Opbrengsten poh-ggz	-€ 15.451	
Af: Opbrengsten resultaatbeloning	-€ 6.965	
Relevante opbrengsten	€ 308.455	
- vv. uit tariefgereguleerde activiteiten	€ 238.312	77,26%
- vv. uit niet-tariefgereguleerde activiteiten	€ 70.143	22,74%
Praktijkkosten		
Gemeten praktijkkosten	€ 188.410	
Bij: Verg. gederfd rendement eigen verm.	€ 1.775	
Af: personeelskosten personeel poh-ggz	-€ 6.919	
Af: overige kosten poh-ggz	-€ 1.156	
Relevante praktijkkosten	€ 182.110	
- vv. personeelskosten	€ 112.650	
- vv. overige kosten	€ 69.461	

Uit tabel 6.2 blijkt dat de voor de tariefberekening relevante opbrengsten in 2015 € 308.455 bedroegen. De onderverdeling hiervan in wel/niet tariefgereguleerde activiteiten is relevant voor de methode van tariefberekening; dit is het onderwerp van paragraaf 6.3. Uit de tabel blijkt verder dat de relevante praktijkkosten € 182.110 bedroegen. De onderverdeling hiervan in personeels- en overige kosten is van belang voor de indexering (paragraaf 6.4). De relevante productmix voor de gemiddelde praktijk in 2015 per fulltime huisarts-eigenaar was als volgt.

Tabel 6.3: Opbrengstverhouding 2015

	Opbrengsten	Procentueel
Totale opbrengsten	€ 343.024	
Poh-ggz	€ 15.451	
Hds/anw	€ 12.154	
Resultaatbeloning	€ 6.965	
Totaal omzet waarvoor kosten worden toegerekend	€ 308.455	100%
Omzet basistarief inschrijvingen	€ 104.539	33,89%
Omzet consulten	€ 81.049	26,28%
Omzet opslagen en passanten	€ 34.654	11,23%
Omzet overige verrichtingen	€ 18.061	5,86%
Totaal gereguleerd	€ 238.304	77,26%
S2	€ 34.159	11,07%
Poh-s	€ 10.283	3,33%
Vrij	€ 25.709	8,33%
Totaal niet gereguleerd	€ 70.151	22,74%

6.3 Toerekenmethodiek

Bij de berekening van de tarieven gaat de NZa uit van het principe dat een gemiddelde zorgaanbieder zijn totale kosten (praktijkkosten en arbeidskosten) moet kunnen dekken uit zijn opbrengsten. Binnen de huisartsenzorg is echter naast tariefgereguleerde prestaties sprake van een substantieel deel niet-tariefgereguleerde prestaties. Dit betekent dat binnen de huisartsenzorg een gedeelte van de kosten gedekt worden uit niet-tariefgereguleerde activiteiten. Tabel 6.3 laat zien dat in 2015 het



niet-tariefgerereguleerde deel van de relevante opbrengsten 22,74% bedroeg. Tariefgerereguleerde activiteiten beslaan 77,26% van de relevante opbrengsten. De tariefherijking houdt rekening met dit feit dat huisartspraktijken hun omzet deels uit tariefgerereguleerde en deels uit niet-tariefgerereguleerde 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 tariefgerereguleerde activiteiten. Om de praktijkkosten toe te rekenen aan tariefgerereguleerde en aan niet-tariefgerereguleerde activiteiten zal de omzetverhouding tussen beide groepen (77,26% vs. 22,74%) worden gehanteerd¹³. De reden hiervoor is het feit dat de praktijkkosten niet op andere gronden toe te rekenen 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 77,26% van de arbeids- en praktijkkosten wordt gebruikt. De resterende 22,74% van de kosten wordt verondersteld te worden gedekt uit de opbrengsten van de niet-gerereguleerde activiteiten.

Tabel 6.4 toont dit toerekenen van praktijk- en arbeidskosten, waarbij het arbeidskostenbedrag in deze notitie nog op het niet-herijkte niveau van € 128.311 wordt gehouden.

Tabel 6.4: Toerekenen van kosten aan tariefgerereguleerde activiteiten prijspeil 2015

Kosten		
	Totaal 100%	Toegerekend 77,26%
Relevante praktijkkosten	€ 182.110	€ 140.693
Normatieve arbeidskostencomponent	€ 128.311	€ 99.130
Totale kosten	€ 310.421	€ 239.823

Uit de toerekening van kosten in tabel 6.4 blijkt dat het te dekken kostenbedrag uit tariefgerereguleerde activiteiten € 239.823 bedraagt.

6.4 Ophogen naar prijspeil 2016 en 2017

De volgende stap betreft het ophogen van de praktijkkostenbedragen in tabel 6.4 door middel van indexering naar prijspeil 2016 en 2017. Tabel 6.5 indexeert de relevante praktijkkosten (met onderscheid naar personeels- en overige kosten) volgens de gangbare NZa-systematiek (zoals vastgelegd in de Beleidsregel indexering van prijspeil 2015 naar prijspeil 2017).

Tabel 6.5: Indexering 2015–2017

Praktijkkosten				
Totale kosten	PP 2015	DEF 2016	DEF 2017	PP 2017
Normatieve arbeidskostencomponent	€ 128.311	0,44%	2,04%	€ 131.505
Personeelskosten	€ 112.650	1,74%	2,04%	€ 116.948
Overige kosten	€ 69.461	0,38%	1,87%	€ 71.028
Totaal toegerekend (77,26%)	€ 239.823			€ 246.822

Uit tabel 6.5 blijkt dat de toegerekende praktijkkosten op prijspeil 2015 een totaal bedragen van € 310.421, waarvan € 239.823 wordt toegerekend aan tariefgerereguleerde activiteiten.

Indexering tot aan het definitieve prijsniveau 2017 levert een totaal praktijkkostenniveau van € 319.481, waarvan € 246.822 wordt toegerekend aan tariefgerereguleerde activiteiten.

7. Modelmatige tarieven

Van een aantal prestaties wordt het maximumtarief modelmatig/normatief onderbouwd. De tarieven staan in de tabel hieronder, de paragrafen daaronder lichten de methodiek toe.

¹³ Hierbij is verondersteld dat de verdien capaciteit van tariefgerereguleerde zorg gelijk is aan die van niet-tariefgerereguleerde zorg. Vrij vertaald: elke euro inkomsten vanuit tariefgerereguleerde zorg levert evenveel winst op als een euro omzet uit niet-tariefgerereguleerde zorg.



7.1 Poh-ggz

De vergoeding voor de kosten van de opslag 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:

$$0,672 * (\text{arbeidskosten poh-ggz} + \text{praktijkkosten poh-ggz}) / \text{rekennorm poh-ggz}$$

In de tabel hieronder zijn de modelmatig/normatief bepaalde bedragen/aantallen weergegeven (definitief niveau 2021) waarop de variabelen van de formule zijn gebaseerd:

Tabel 7.1: Formulecomponenten poh-ggz prijspeil 2021

Variabele	Toelichting	Bedrag / aantal
Arbeidskosten poh-ggz	Managementtijd huisarts	€ 22.309,97
Praktijkkosten poh-ggz	Personeelskosten: Praktijkondersteuner	€ 82.377,26
	Overige kosten: Infrastructurele voorzieningen	€ 13.052,54
Rekennorm poh-ggz	3 x 2.095 ¹	6.285
Factor	Deze factor bepaalt welk deel van de arbeidskosten poh-ggz en praktijkkosten poh-ggz verdisconteerd is in het module tarief.	0,672 ²
Opslagtarief per jaar		€ 12,60

¹ Deze rekennorm is gelijkgetrokken met de rekennorm voor het basis inschrijftarief. Het effect hiervan is gecompenseerd middels de factor 0,672. Concreet betekent dit dat de NZa-onderbouwing van het tarief van de module ook in 2018 neerkomt op 1 fte poh-ggz op 7.050 ingeschreven verzekerden.

² Op basis van de uitkomsten van het praktijkkostenonderzoek huisartsenzorg 2015 stijgt het consulttarief met 0,95%. Hierdoor wordt er procentueel meer opbrengsten behaalt uit de declaratie van de consulten poh-ggz. Hierdoor is de factor poh-ggz met 0,31 procentpunt neerwaarts bijgesteld. Deze correctie is berekend op basis van het herijkte consulttarief op voorcalculatorisch 2018.

- Jaarlijks vindt een aanpassing (indexering) van zowel het arbeidskosten- als het praktijkkostenbestanddeel plaats. De wijze van indexeren is geregeld in de Beleidsregel indexering.
- In de voorafgaande beleidsregel BR/REG-22147b die vigeert van 1 januari 2022 en met 31 maart 2022 is geen aanvullende indexering verwerkt voor loon en materieel, omdat deze aanpassing niet tijdig in de systemen van verzekeraars in te regelen viel. In de tarieven vanaf 1 april 2022 wordt om die reden een correctie doorgevoerd. Hierbij wordt rekening gehouden met de gemiste opbrengsten over de periode 1 januari tot en met 31 maart 2022. In de berekening van deze compensatie wordt ook rekening gehouden met seizoensinvloeden in declaratiepatronen. De compensatie is verwerkt via een opslag op de indexatiepercentages OVA (loon) en PPC (materieel). De voorcalculatorische indexatiepercentages 2022 bedragen per 1 april 2022:
 - Loon (OVA): 4,60%
 - Materieel (PPC): 1,89%

Het resultaat is dat de inkomsten over heel 2022 op het niveau worden gebracht zoals deze zouden zijn geweest indien deze aanvullende indexering wel vanaf 1 januari 2022 was geïmplementeerd.

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 de minister van VWS vastgesteld op € 80,16 (definitief niveau 2021). 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 € 15,00 bovenop het vigerende anw. Jaarlijks vindt een aanpassing (indexering) van zowel het arbeidskosten- als het praktijkkostenbestanddeel plaats. De wijze van indexeren is geregeld in de Beleidsregel indexering. De voorcalculatorische indexatiepercentages 2022 bedragen per 1 april 2022:
 - Loon (OVA): 3,87%
 - Materieel (PPC): 1,83%

7.3 Anw-tarieven niet hds

Voor huisartsen die niet participeren in een hds 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:



Basistarief anw-consult = (arbeidskostenbestanddeel anw-uren + praktijkkosten anw-uren) / rekennorm anw-consulten

In de tabel hieronder zijn de modelmatig/normatief bepaalde bedragen/aantallen weergegeven (definitief niveau 2021) waarop de variabelen van de formule zijn gebaseerd:

Tabel 7.2: Formulecomponenten anw, prijspeil 2021

Variabele	Toelichting	Bedrag / aantal
Arbeidskosten anw	Tijd huisarts	€ 24.252,67
Praktijkkosten anw	Overige kosten	€ 837,48
Rekennorm anw		480

- Jaarlijks vindt een aanpassing (indexering) van zowel het arbeidskosten- als het praktijkkostenbestanddeel plaats. De wijze van indexeren is geregeld in de Beleidsregel indexering.
- In de voorafgaande beleidsregel BR/REG-22147b die vigeert van 1 januari 2022 en met 31 maart 2022 is geen aanvullende indexering verwerkt voor loon en materieel, omdat deze aanpassing niet tijdig in de systemen van verzekeraars in te regelen viel. In de tarieven vanaf 1 april 2022 wordt om die reden een correctie doorgevoerd. Hierbij wordt rekening gehouden met de gemiste opbrengsten over de periode 1 januari tot en met 31 maart 2022. In de berekening van deze compensatie wordt ook rekening gehouden met seizoensinvloeden in declaratiepatronen. De compensatie is verwerkt via een opslag op de indexatiepercentages OVA (loon) en PPC (materieel). De voorcalculatorische indexatiepercentages 2022 bedragen per 1 april 2022:
 - Loon (OVA): 4.60%
 - Materieel (PPC): 1,89%

Het resultaat is dat de inkomsten over heel 2022 op het niveau worden gebracht zoals deze zouden zijn geweest indien deze aanvullende indexering wel vanaf 1 januari 2022 was geïmplementeerd.

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:

Prestatie	Factor
Consult avond, nacht of weekend korter dan 5 minuten	0,5
Consult avond, nacht of weekend vanaf 5 minuten tot 20 minuten	1,0
Consult avond nacht of weekend 20 minuten en langer	2,0
Visite avond, nacht of weekend korter dan 20 minuten	1,5
Visite avond, nacht of weekend 20 minuten en langer	2,5
Vaccinatie avond, nacht of weekend	0,5

7.4 Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf

De visites aan patiënten in een eerstelijnsverblijf-setting hebben een hoger tarief dan reguliere visites, omdat het gaat om een specifieke groep patiënten met een hogere zorgzwaarte dan gemiddeld. Bij het opnemen van deze prestaties in de Zvw per 2017 is voor het tarief aansluiting gezocht bij het tarief van de prestaties intensieve zorg, eveneens visites aan patiënten met een hogere zorgzwaarte.

Omdat de zorgzwaarte van intensieve zorg-patiënten (zpz5 of hoger, of palliatief-terminaal) wel nog hoger ligt dan de zorgzwaarte van elv-patiënten, hebben we een afslag op de intensieve zorg tarieven toegepast om te komen tot de elv-tarieven. Voor de juiste afslag hebben we aansluiting gezocht bij de behandelcomponenten in de zpz-tarieven, die ook oplopen met hogere zorgzwaarte. De verhouding tussen elv-tarief en intensieve zorg-tarief is gelijk aan de verhouding tussen de behandelcomponenten van zpz3 enerzijds en een gewogen gemiddelde van zpz6 en zpz10 anderzijds. In formules:

$$\frac{\text{elv-tarief}}{\text{Intensieve zorg-tarief}} = \frac{\text{Behandelcomponent zpz3}}{\text{Behandelcomponent zpz6/10}}$$

ofwel

$$\text{elv-tarief} = \text{intensieve zorg-tarief} * \frac{\text{Behandelcomponent zpz3}}{\text{Behandelcomponent zpz6/10}}$$

Het quotiënt van de behandelcomponenten bedraagt 82% en is als volgt berekend. De medische behandelcomponenten zpz vv3, zpz vv6 en zpz vv10 in de tarieven voor het jaar 2016 bedragen



respectievelijk € 26,95, € 30,18 en € 38,07 (zie de NZa-beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten 2016). Voor het gewogen gemiddelde van zzp6 en zzp10 hebben we aansluiting gezocht bij de patiëntenaantallen in de huidige subsidieregeling elv die een indicatie ontvangen voor elv-intensief (zpz6) dan wel elv-palliatief-terminaal (zpz10). De verhouding tussen deze patiëntenaantallen is 65%-35% (zie ClZ-rapportage Subsidieregeling eerstelijnsverblijf).

De factor van 82% wordt toegepast op de gemiddelde intensieve zorg-tarieven 2017, weergegeven in onderstaande tabel:

Gem. tarief 2017	Bedrag
Intensieve zorg, dag	€ 83,19
Intensieve zorg, anw	€ 127,88

Bron: Vektis, bewerking NZa

Dit resulteert in de elv-tarieven (prijsspeil 2017) in onderstaande tabel. Die tarieven worden in de tabel ook afgezet tegen de hoogte van het basispassantentarief (€ 26,94 definitief niveau 2017). Deze factor wordt gehanteerd bij de tariefberekening (zie paragraaf 2).

	Tarief pp 2017	Verhouding met consulttarief
Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf overdag, korter dan 20 minuten	€ 40,73	4,37
Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf overdag, 20 minuten en langer	€ 70,57	7,57
Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf in de avond, nacht of het weekend, korter dan 20 minuten	€ 70,01	7,51
Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf in de avond, nacht of het weekend, 20 minuten en langer	€ 108,51	11,64

7.5 Kosten voor het maken van een ECG (hartfilmpje)

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

7.6 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.

7.7 Achterstandsfonds

Het maximumtarief per verzekerde in een achterstandswijk per jaar bedraagt € 3,64. Dit bedrag per verzekerde is lager dan het tarief dat tot en met 2018 van kracht was. Door de verschuiving van het afkappunt van 924.345 naar 1.500.000 inwoners waarvoor een opslag in rekening kan worden gebracht, wordt echter landelijk het gelijke bedrag opgehaald als in 2018.

7.8 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 tarief per verrichting is gebaseerd op een factor per prestatie ten opzichte van het consulttarief (€ 10,42 definitief niveau 2021). Deze factor wordt gehanteerd bij de tariefberekening (zie paragraaf 2).

8. Berekening VGREV

8.1 Achtergrond

De NZa neemt in de tarieven een *normatieve vergoeding* op in de vorm van een rentevergoeding op het genormeerd eigen vermogen. Dit is in lijn met de 'Beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes' waarin is opgenomen dat ondernemersrisico een element is in de opbouw van tarieven. Dit element beoogt te compenseren voor de kosten van het aanhouden van een financiële reserve die nodig is om risico's op te vangen die een zorgaanbieder niet zelf kan mitigeren en waarvoor geen verzekering mogelijk is.

Ondernemingen zijn over het algemeen voor een deel gefinancierd met vreemd vermogen (leningen



belonen dat praktijken inefficiënt veel eigen vermogen in de onderneming hebben. Deze verhouding geldt in het algemeen als een gezonde, efficiënte vermogenspositie en is bij financiering door banken een gebruikelijke verhouding. Ook in andere sectoren is deze verhouding toegepast. Over het algemeen wordt een eigen vermogensaandeel van substantieel minder dan 30% niet geaccepteerd door banken.

Onderstaande tabel bevat de normatieve balans zoals die is opgesteld op basis van de hierboven genoemde uitgangspunten.

Activa		Passiva	
Normatieve balans			
Vaste activa	€ 83.881	Eigen vermogen	€ 38.969
<i>Materiële vaste activa</i>	€ 83.881	Vreemd vermogen	€ 90.927
Vlottende activa	€ 46.014		
<i>Voorraden en onderhandenwerk</i>	€ 914		
<i>Werkkapitaal</i>	€ 45.100		
Totaal activa	€ 129.895	Totaal passiva	€ 129.895

Ter toelichting:

1. (Materiële) vaste activa = 100% van € 83.881
2. Voorraden en onderhandenwerk = 100% van € 914
3. Werkkapitaal = (1/12) van € 541.203 (gemiddelde praktijkomzet huisartsenzorg)
4. Eigen vermogen is vervolgens 30% van € 129.895

De NZa heeft tot op heden in de verschillende eerstelijns sectoren gewerkt met een vergoedingspercentage van 7% over het eigen vermogen. In dit geval leidt dat tot een totale opslag van € 2.728 (7% van € 38.969) op de gemiddelde praktijkkosten.

9. Multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd

Naar aanleiding van de CbB-uitspraken van 1 december 2015 en 3 november 2016 heeft de NZa onderzoek gedaan onder aanbieders van multidisciplinaire zorg en zorgverzekeraars. Dit onderzoek heeft gegevens opgeleverd over de inhoud van de prestaties, de opbrengsten, de kosten, de tarieven en de gehanteerde contractuele afspraken. Onderstaande beschrijving bevat geen detailinformatie over de onderzoeksresultaten, omdat dit de markt voor multidisciplinaire zorg, een markt met in beginsel vrije tarieven, onwenselijk zou kunnen beïnvloeden. Wel wordt hieronder beschreven hoe de NZa tot de afbakening van de prestaties is gekomen, welke kosten wel/niet gedekt worden door het maximumtarief en hoe dat maximumtarief is bepaald. In de laatste subparagraaf wordt ingegaan op het onderwerp indexering.

9.1 Prestaties

Uit onderzoeksgegevens is gebleken dat de onderzochte zorggroepen vrijwel alle ketenzorg Diabetes Mellitus type 2 (DM2) aanbieden in 2015. De zorgketens Cardiovasculair Risicomanagement – Verhoogd Vasculair Risico (CVRM-VVR) en Astma blijken nog niet gebruikelijk. De overige twee zorgketens, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) en Cardiovasculair Risicomanagement – Hart- en Vaatziekten (CVRM-HVZ) vormen met ca. driekwart resp. tweederde een tussengroep qua gebruikelijkheid.

Op basis van die gegevens heeft de NZa besloten om per 1 januari 2018 drie nieuwe prestaties in het leven te roepen voor niet gecontracteerde multidisciplinaire zorg:

- Multidisciplinaire zorg Diabetes Mellitus type 2 bij een zorgverlener zonder contract
- Multidisciplinaire zorg COPD bij een zorgverlener zonder contract
- Multidisciplinaire zorg HVZ bij een zorgverlener zonder contract.

9.2 Afbakening

Voor alle drie de ketens blijkt het gebruikelijk dat aanbieders (financierings)afspraken hebben met de oderaannemers die huisartsenzorg leveren en die diëtetiek leveren. Omdat bovendien de poh-s deels wordt ingezet voor huisartsenzorg en deels voor (niet gespecialiseerde) diëtetiek, en die inzet op basis van de onderzoeksgegevens niet te scheiden is, heeft de NZa besloten de kosten van huisartsenzorg en diëtetiek te includeren in de prestatie en het tarief.



Vaak, bij DM2 zelfs zeer vaak, zijn er nog meer zorgvormen onderdeel van het overeengekomen tarief, maar er is ook grote variatie tussen aanbieders in welke zorgvormen dit zijn en de kosten daarvan. Aangezien de betreffende zorgverleners hun aandeel in de ketenzorg ook via hun 'eigen' (monodisciplinaire) prestaties in rekening kunnen brengen, heeft de NZa besloten deze zorg geen onderdeel te maken van prestatie of tarief.

Uitzondering op het direct voorgaande is de inzet van de diabetes- en copd-verpleegkundige. Voor deze zorg is geen separate betaaltitel. Bovendien is het aannemelijk dat in de gevallen waar geen gespecialiseerd verpleegkundige wordt ingezet, vergelijkbare zorg wordt geleverd door of onder verantwoordelijkheid van de huisarts; die kosten zijn dan aangevoerd onder de kosten voor huisartsenzorg. Om die reden heeft de NZa besloten om de in het onderzoek opgevoerde kosten van verpleegkundige zorg ook mee te nemen bij de tariefbepaling. Eventuele inzet van een gespecialiseerd verpleegkundige is daarmee ook onderdeel van de prestatie en het tarief van de DM2-keten.

Voor het bepalen van een passend maximumtarief is gekeken naar de kosten die respondenten van het onderzoek toegerekend hebben aan bovenstaande drie aspecten: organisatie van de gehele keten, huisartsenzorg, diëtetiek en gespecialiseerd verpleegkundige zorg.

9.3 Specifieke inhoud tarief

Het maximumtarief voor de prestaties biedt een vergoeding voor:

- de organisatie van multidisciplinaire zorg;
- de huisartsenzorg, incl. de eventuele inzet van een gespecialiseerd verpleegkundige;
- de diëtetiek.

Organisatie

Onderstaande specificaties zijn alle ontleend aan contractuele afspraken die op dit moment gebruikelijk zijn. Dit is gebleken uit de opgegeven contractuele afspraken in het onderzoek.

Onderdeel van de prestatie en bijbehorend tarief zijn alle handelingen die de aanbieder van multidisciplinaire zorg moet verrichten om zijn patiënten conform de geldende NZa-regels (waaronder de Regeling multidisciplinaire zorg) te informeren over de zorg die hij levert, en door wie deze geleverd wordt met de daarbij behorende prestaties en tarieven – waaronder eigen bijdragen -, klachtenregeling en wachttijden.

Onderdeel van de prestatie en bijbehorend tarief zijn alle handelingen die de aanbieder van multidisciplinaire zorg moet verrichten om de zorg te leveren in overeenstemming met de relevante geldende wet- en regelgeving, waaronder in ieder geval begrepen de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp), de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo), de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

Onderdeel van de prestaties en bijbehorend tarief voor multidisciplinaire zorg is het opstellen en onderhouden van een kwaliteitsbeleid inclusief kwaliteitscyclus voor de aanbieders binnen het multidisciplinaire samenwerkingsverband. Inhoudelijke scholing en scholing gericht op multidisciplinair samenwerken aan zorgverleners zodat hun competentie passen bij de van hen verlangde taken in het kader van de afgesproken zorgprogramma's kan hier onderdeel van zijn en is tevens onderdeel van de prestatie en bijbehorend tarief.

Als de patiënt op basis van de zorgstandaard of overige vigerende richtlijnen is aangewezen op andere vormen van zorg (zoals gespecialiseerde voetzorg, medisch specialistische zorg, farmacie en medicatie, eerstelijns diagnostiek etc.) dan biedt het tarief een vergoeding voor de noodzakelijke coördinatie en begeleiding van de patiënt conform zorgstandaard, inclusief alle hiermee samenhangende kosten voor organisatie en infrastructuur.

Huisartsenzorg

De maximumtarieven bieden tevens een vergoeding voor de kosten van het geheel aan huisartsenzorg, inclusief alle kosten voor een gespecialiseerd verpleegkundige, een kaderhuisarts, stoppen met rokenprogramma (uitgezonderd kosten voor medicatie), en:

- Bij DM2: alle kosten van diabetesteststrips, spleetlamponderzoek door of onder verantwoordelijkheid van de huisarts, instellen op insuline en structurele diabetesbegeleiding; en tevens kosten voor consulten en visites en dergelijke die samenhangen met de DM2-aandoening van de patiënt. Ook biedt het vergoeding voor het geheel aan huisartsenzorg aan HVZ-patiënten in de DM2-keten, inclusief alle kosten voor Dopplersonderzoek en 24-uursbloeddrukonderzoek; en tevens kosten voor



ECG maken, ECG-diagnostiek en consulten en visites en dergelijke die samenhangen met de HVZ-aandoening van de patiënt.

- Bij COPD: alle kosten voor longfunctiemeting; en tevens kosten voor ECG maken, ECG-diagnostiek en consulten en visites en dergelijke die samenhangen met de COPD-aandoening van de patiënt
- Bij CVRM-HVZ: alle kosten voor Doppleronderzoek en 24-uursbloeddrukonderzoek; en tevens kosten voor ECG maken, ECG-diagnostiek en consulten en visites en dergelijke die samenhangen met de HVZ-aandoening van de patiënt.

Diëtetiek

De maximumtarieven bieden tevens een vergoeding voor de kosten van het geheel aan diëtetiek, voor zover die samenhangt met de voor de betreffende prestatie relevante aandoening(en):

- Bij DM2: DM2 en HVZ,
- Bij COPD: COPD,
- Bij CVRM-HVZ: HVZ.

Niet inbegrepen

Het tarief biedt geen vergoeding voor de kosten voor zorg geleverd door bijvoorbeeld de podotherapeut of de medisch specialist. Deze kosten kunnen separaat in rekening worden gebracht door deze zorgaanbieders op basis van de geldende declaratietitels voor voetzorg, medisch specialistische zorg etc.

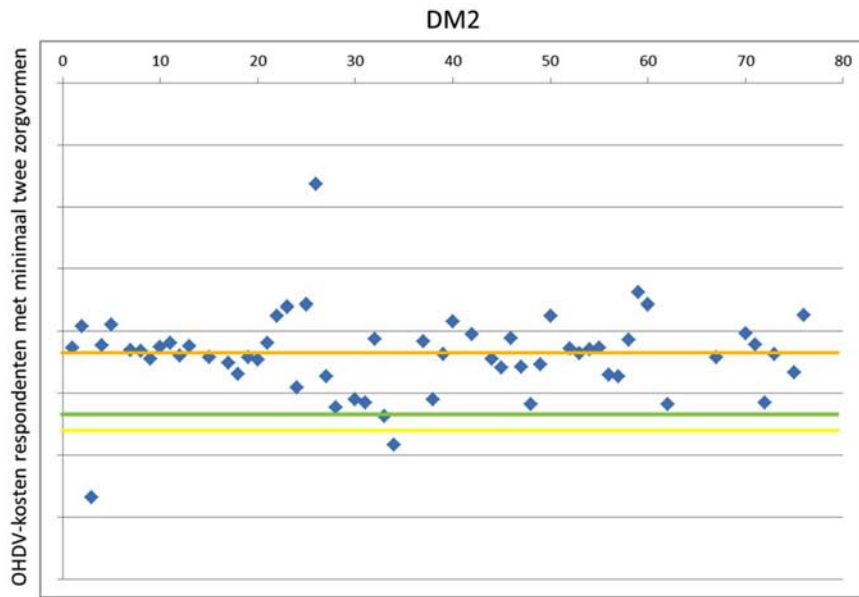
9.4 Methode tariefbepaling

De NZa heeft vanuit de onderzoeksgegevens de maximumtarieven voor de drie prestaties bepaald door:

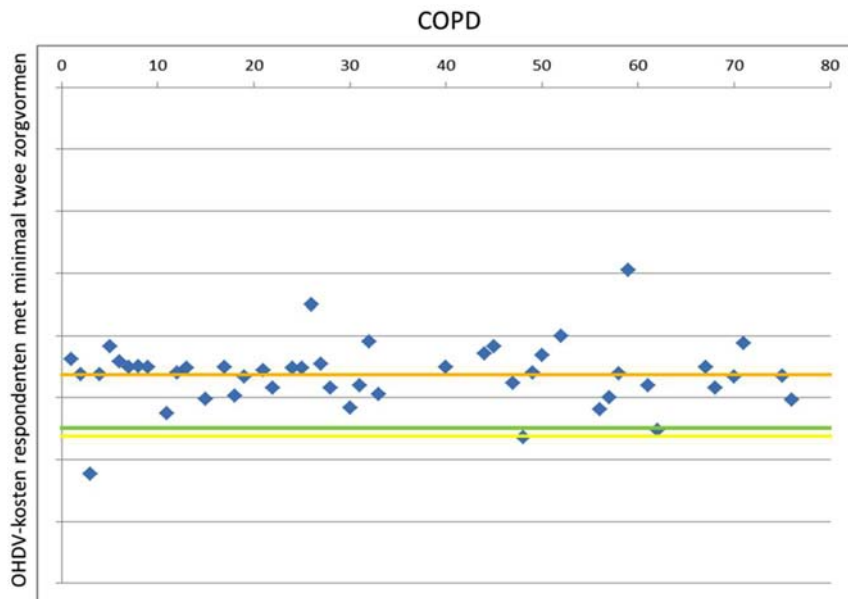
- Van alle respondenten (zorgaanbieders) met gevalideerde data eerst die respondenten te selecteren die in de betreffende keten minstens twee zorgvormen in het integrale tarief hebben opgenomen. Van deze respondenten de som van de kosten van organisatie, huisartsenzorg, diëtetiek en verpleging (OHDV-kosten) voor die keten per patiënt per kwartaal te bepalen.
- De respondenten waarvan de OHDV-kosten meer dan 1,96 standaarddeviaties van het gemiddelde liggen buiten beschouwing te laten (de overgebleven waarnemingen liggen in het 95%-betrouwbaarheidsinterval als sprake is van een normale verdeling).
- Het tarief vast te stellen op het laagste OHDV-kostenniveau van de overgebleven groep, tenzij analyse van de data bij deze respondent uitwijst dat er een goede reden is om ook deze respondent buiten beschouwing te laten, bijvoorbeeld als aan de aanbieder substantieel lagere eisen worden gesteld, of als het aannemelijk is dat er substantiële kosten voor huisartsenzorg verborgen zitten in andere zorgvormen. In dat geval wordt deze stap herhaald.

Onderstaande drie grafieken tonen bovenstaande procedure. In iedere grafiek zijn de blauwe punten de OHDV-kosten van de respondenten met minimaal twee zorgvormen in het integrale tarief. De oranje lijn ligt op het niveau van het gemiddelde; de gele lijn op het niveau van het gemiddelde minus 1,96 standaarddeviaties. De groene lijn markeert het maximumtarief.

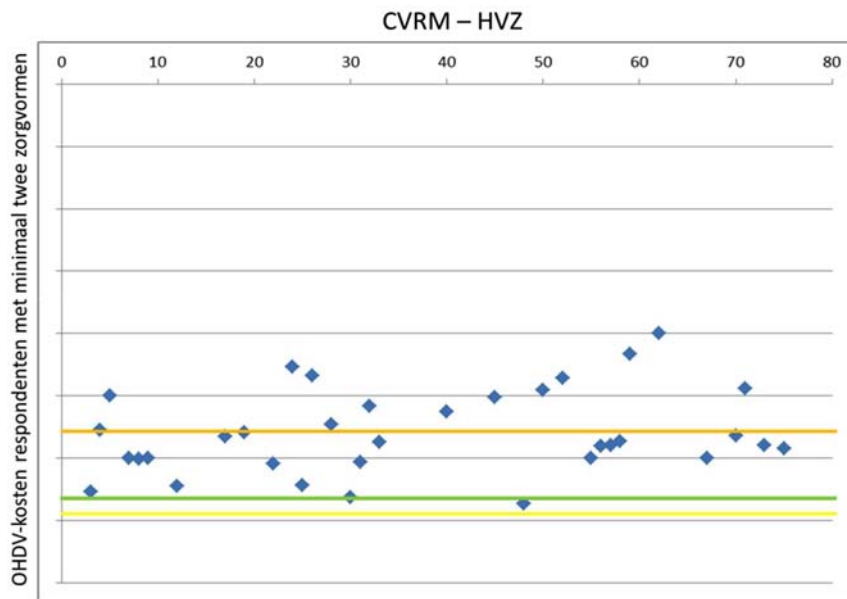
Figuur 9.1: OHDV-kosten DM2



Figuur 9.2: OHDV-kosten COPD



Figuur 9.3: OHDV-kosten CVRM-HVZ



Toepassing van bovenstaande procedure op de data resulteert in de volgende maximumtarieven per patiënt per kwartaal (prijspeil 2015):

- DM2: € 59,52
- COPD: € 47,15
- CVRM-HVZ: € 25,52.

9.5 Indexering

Bovenstaande bedragen met prijspeil 2015 moeten op prijspeil 2018 worden gebracht. In het onderzoek is informatie verzameld over de ontwikkeling van de overeengekomen tarieven in de periode 2014 tot en met 2017. Onderstaande tabel toont het prijsverschil tussen 2017 en 2015, waarbij voor 2015 wordt uitgegaan van het tariefniveau exclusief nacalculatie: het overeengekomen tarief gebruikt voor declaraties gedurende 2015.

Tabel 9.1: Prijsontwikkeling 2015 – 2017

Keten	Gemiddelde prijsontwikkeling
DM2	- 1,4%
COPD	- 1,3%
CVRM-HVZ	+ 0,4%

Uit de tabel blijkt dat de gemiddelde overeengekomen tarieven voor de drie ketens in de periode 2015–2017 niet of nauwelijks zijn gestegen. Dit is in lijn met de conclusies uit twee rapporten van NIVEL. Om die reden past de NZa geen indexering toe op de maximumtarieven van prijspeil 2015 naar prijspeil 2018. Met ingang van 2019 worden de tarieven geïndexeerd met het vastgestelde prijspeil 2018 als uitgangspunt, waarbij aangesloten wordt bij de indexatiesystematiek zoals deze voor segment 1 wordt gehanteerd, op basis van een gewogen gemiddelde.

10. Herijking postcodelijst achterstandswijken

De NZa heeft in het kader van de tarieven en prestaties per 2019 de postcodelijst achterstandswijken herijkt. Het Nivel heeft in 2012 de laatste herijking van genoemde postcodelijst uitgevoerd en daarover een rapport uitgebracht, waarin de methodiek uitvoerig is toegelicht. De NZa heeft bij de uitvoering van de herijking nagenoeg dezelfde methodiek gevolgd. Er zijn enkele verschillen ten opzichte van de laatst uitgevoerde herijking in 2012. In dit hoofdstuk worden deze nader toegelicht. Aanvullend geven we weer welke methodiek gehanteerd is voor de drie alternatieve scenario's.

10.1 Bronnen en kenmerken achterstandswijk

Om de postcodelijst van achterstandswijken te herijken worden de volgende kenmerken meegenomen:

- A. % niet actieven (NAC);



- B. % laag inkomen (INK);
- C. % inwoners met niet-westerse migratieachtergrond (NWA);
- D. % inwoners met Midden- en Oost-Europese migratieachtergrond (MOE)

Het CBS levert doorgaans standaard tabellen op waar deze kenmerken (deels) al inzitten. Vanwege de mix van peilmomenten en postcode niveau's, dekken deze standaard tabellen maar een deel van de informatiebehoefte die nodig is voor de herijking. Bovendien zijn er kenmerken die in de standaardtabellen op een andere manier zijn samengesteld dan het kenmerk beschrijft, zoals bijvoorbeeld het inkomen (dat in negen klassen is samengevat). Om bovenstaande redenen heeft het CBS een maatwerktabel aan de NZa opgeleverd.

De standaardtabellen, aangevuld met de maatwerktabel, bevatten informatie over alle benodigde kenmerken op verschillende postcode niveau's en peilmomenten:

Kenmerk	Standaardtabellen	Maatwerktabel
% niet actieven	PC4, PC6; 2017	PC5; 2017
% laag inkomen	Niet	PC4, PC5; 2014
% niet-westerse migratieachtergrond	PC4, PC6; 2017	PC5; 2017
% Midden- en Oost-Europese migratieachtergrond	Niet	PC5; 2016

Inhoudelijke wijzigingen per kenmerk

Hieronder worden de relevante (inhoudelijke) wijzigingen per kenmerk voor de herijking benoemd.

A. Kenmerk % niet actieven

Het is niet mogelijk om dit kenmerk op dezelfde manier te definiëren als in 2012 omdat gegevens niet langer op die manier worden verzameld en vastgelegd. De nieuwe definitie van het percentage niet-actieven is gelijk aan het aantal uitkeringsgerechtigden exclusief AOW-gerechtigden per postcodegebied, gedeeld door het totaal aantal inwoners van ditzelfde postcodegebied.

B. Kenmerk % laag inkomen

Het CBS berekent zowel op het niveau van huishoudens als van personen het percentage laag inkomen. De NZa heeft bij deze herijking na afstemming met veldpartijen het percentage per huishouden gebruikt voor de berekening van de index.

C. Samengesteld kenmerk % inwoners met niet-westerse en Midden- en Oost-Europese migratieachtergrond

De definitie voor het kenmerk % inwoners met niet-westerse migratieachtergrond is ongewijzigd. Omdat de problematiek van deze groep (mindere beheersing van de Nederlandse taal en verschillen in cultuur) overeenkomt met die van het kenmerk % Midden- en Oost-Europese migratieachtergrond heeft de NZa ten behoeve van de herijking een gecombineerde parameter gemaakt van deze twee groepen.

10.2 Gebieden met een te laag aantal inwoners

Naast de genoemde tabellen, is een standaard tabel van het CBS gebruikt waarin voor alle adressen in Nederland de naam van de buurt, de wijk en de gemeente staan. Deze tabel is nodig om op buurt-niveau te dunbevolkte gebieden uit te kunnen filteren.

Bij de laatste herijking in 2012 zijn postcodegebieden uitgefilterd die op buurtniveau minder dan 200 inwoners hadden. Daarvoor is dus een aggregatie nodig van het aantal inwoners in een postcodegebied naar het niveau van de buurt. Hiervoor is de bovengenoemde standaardtabel van CBS gebruikt. Het aantal postcodes dat op PC5 niveau dan afvalt is 1.622 op een totaal van 32.229 (5%). De meeste van deze gebieden zijn industrie- of bedrijventerreinen. Op PC6 niveau vallen 9.697 postcodes af op een totaal van 441.506 (2,2%).

10.3 Filter geïsoleerde achterstandswijken

In de vorige herijking werd na het berekenen van de achterstandsindex en het bepalen van de selectie op basis van de bevolkingsomvang een filter voor geïsoleerde achterstandswijken toegepast. Buurten met minder dan 2.000 inwoners, die geïsoleerd liggen (met andere woorden, als enige buurt in een gemeente) zijn uit de selectie verwijderd om te veel versnippering van de achterstandsgelden tegen te



gaan. De NZa heeft dit filter in overleg met de vertegenwoordigers van zorgaanbieders niet langer toegepast.

10.4 Uitgangspunt postcodeniveau

Nivel heeft bij de vorige herijking berekeningen uitgevoerd op buurniveau, het niveau waarop destijds de CBS gegevens beschikbaar waren.

Het uitgangspunt voor deze herijking is een zo laag mogelijk postcodeniveau (PC6) opnemen in de postcodelijst achterstandswijken. Indien gegevens ontbreken op dit laagste niveau (PC6), zijn deze benaderd door gegevens op een hoger postcodeniveau (PC5) te gebruiken. Wanneer benodigde gegevens op zowel PC6- als PC5 niveau ontbreken, zijn waarden op PC4 niveau gehanteerd als bruikbare benadering.

10.5 Aanpak berekening index

De mate van achterstand in een postcodegebied berekenen we door middel van een formule, die kenmerken combineert in één getal, de achterstandsindex. Daarvoor heeft de NZa dezelfde methodiek gehanteerd als Nivel in 2012 deed.

De kenmerken worden eerst *genormaliseerd*. Deze normalisatie is nodig om te voorkomen dat de uitschieters in de waarnemingen een onevenredig grote impact hebben op de index en om de vier kenmerken op een zelfde schaal te krijgen, zodat elk kenmerk evenredig bijdraagt aan de index.

Deze normalisatie van een kenmerk bestaat uit 3 stappen:

1. Door allereerst de natuurlijke logaritme te nemen van het kenmerk (X), verminderd de scheefheid van de verdeling en krijgt die meer de symmetrische vorm van de normale verdeling;
2. Vervolgens worden van die log-getransformeerde waarden voor kenmerk (X) het gemiddelde ($\ln(X)$) en de standaard deviatie $SD(\ln(X))$ berekend.
3. Door daarna van de individuele log-getransformeerde waarden van kenmerk X het in stap 2 t berekende gemiddelde af te trekken en vervolgens te delen door de in stap 2 berekende standaard deviatie, transformeren de getallen naar de standaard normale verdeling.

In formule ziet de normalisatie van kenmerk X er als volgt uit:

$$(1) s(X) = \frac{\ln(X) - \overline{\ln(X)}}{SD(\ln(X))}$$

Nadat o die manier de kenmerken A. % niet-actieven, B. % laag inkomen en het samengestelde kenmerk C. % niet westerse allochtoon en %MOE-landers zijn getransformeerd naar een standaard normale verdeling, worden de individuele genormaliseerde waarden opgeteld tot de indexwaarden

$$(2) Index = s(A) + s(B) + s(C)$$

Dit impliceert dat de berekeningswijze van de index op zichzelf al multiplicatief is. Het optellen van logaritmen van getallen staat namelijk gelijk aan het vermenigvuldigen van die getallen zelf.

10.6 Aanpak sortering en berekening cumulatief aantal inwoners

De berekende Index wordt gesorteerd van hoog naar laag. Dat geeft een rangorde van de mate van achterstand per postcodegebied op PC6 niveau. In deze gesorteerde lijst van alle postcodes wordt het cumulatieve aantal inwoners berekend dat is geselecteerd naarmate de selectie van postcodegebieden wordt uitgebreid.

10.7 Afkappunt wel / niet opslag

Verruiming geïnccludeerde inwoners postcodelijst achterstandsproblematiek

Met ingang van 1 januari 2022 verruimt de NZa het afkappunt voor de postcodelijst zoals deze met ingang van 2019 van kracht is met 7,3%. Dat betekent dat de postcodelijst met ingang van 2022 geen 1,5 miljoen inwoners includeert, maar naar ruim 1,61 miljoen inwoners wordt uitgebreid. Dit naar aanleiding van de constatering dat het door VWS aanvullend beschikbaar gestelde macrobudget voor achterstandsproblematiek niet volledig wordt uitgenut. Een deel van de verklaring hiervoor ligt in het feit dat het vanaf 2019 aanvullend beschikbaar gestelde macrobudget is berekend op basis van de declaratie van de opslag voor 1,5 miljoen "ingeschreven verzekerden". Niet alle "inwoners" zoals



deze in de postcodelijst zijn geïnccludeerd vanaf 2019 zijn echter "ingeschreven verzekerden". Op basis van een analyse over de inmiddels vrijwel complete declaratiegegevens over 2019 is dit verschil nu te adresseren. Op basis van een door VEKTIS uitgevoerde analyse blijkt dat de vanaf 2019 vigerende postcodelijst op basis van 1.500.000 inwoners in 2019 heeft geleid tot 1.398.067 "ingeschreven verzekerden". Door het aantal geïnccludeerde inwoners in de postcodelijst op te hogen met 7,3% wordt daarmee een postcodelijst bereikt waarbinnen 1.500.000 "ingeschreven verzekerden" zijn opgenomen. De hierboven beschreven methodiek om te komen tot de "rangorde" in de postcodelijst blijft hierbij ongemoeid.



HANDLEIDING VOOR INCLUSIE EN EXCLUSIE VAN PATIËNTEN IN KETENZORGPROGRAMMA'S

Versie 7 juli 2016

Waarom in- en exclusiecriteria voor ketenzorgprogramma's?

Het is belangrijk dat patiënten de noodzakelijke zorg ontvangen. Dat geldt ook voor chronische zorg geleverd door ketenzorgorganisaties. Soms is het echter niet direct duidelijk welke patiënten in aanmerking komen voor deelname aan een ketenzorgprogramma. De groeiende groep chronische patiënten en de praktijkvariatie maakt meer eenduidigheid van belang. Richtlijnen en (zorg)standaarden helpen hierbij, zij beschrijven volgens de laatste stand van de wetenschap welke zorg is aangewezen. De in- en exclusiecriteria voor deelname aan ketenzorgprogramma's zijn afgeleid van de richtlijnen en (zorg)standaarden en geven aan welke patiënten thuis horen in een zorgprogramma.

Door deze criteria is ook betere registratie mogelijk, die inzicht kan geven in de inzet, effecten en doelmatigheid van ketenzorg. Daar waar duidelijke, wetenschappelijke maatstaven ontbreken, hebben vertegenwoordigers van InEen, expertgroepen van kaderhuisartsen voor diabetes, hart- en vaatziekten en astma/COPD² en zorgverzekeraars in samenspraak gezocht naar een passende beschrijving van in- en exclusiecriteria.

Wat is het doel van dit document?

In dit document staan de in- en exclusiecriteria die zorgaanbieders en zorgverzekeraars helpen om te bepalen welke patiënten in aanmerking komen voor deelname aan een ketenzorgprogramma en welke niet. In het document staat om welke drie criteria het gaat, hoe u die kan registreren en wat er verandert voor de aanlevering van de gegevens voor de landelijke benchmark en voor de declaraties.

Hoe gebruiken zorgaanbieders en zorgverzekeraars in- en exclusiecriteria?

- De huisarts gebruikt de in- en exclusiecriteria om, bij voorkeur samen met de patiënt, te besluiten om deelname aan een ketenprogramma te starten, dan wel voort te zetten.
 - Beoordeling van deelname van patiënten aan zorgprogramma op basis van deze criteria is een continu proces en kan in de loop van de tijd veranderen.
- Zorgverzekeraars en zorggroepen gebruiken de in- en exclusiecriteria bij de inkoop van ketenzorg.
 - De zorgverzekeraar heeft daarbij de beleidsvrijheid om een ketenzorgprogramma wel of niet te contracteren en nadere kwaliteits- en doelmatighedsafspraken² te maken. De noodzaak voor multidisciplinaire programmatische zorg maakt of een patiënt ook daadwerkelijk moet worden geïncludeerd. Verzekerden die geen ketenzorg ontvangen, krijgen behandeling en/of begeleiding vanuit de basiszorg.

¹ De expertgroepen zijn organisaties van kaderhuisartsen met een specifieke opleiding en deskundigheid op het gebied van diabetes, hart- en vaatziekten en astma/COPD (respectievelijk DiHAG, HartVaathAG en CaHAG)

² Als zorgverzekeraars bijvoorbeeld een hogere inclusie dan verwacht signaleren, kunnen zij hierover het gesprek met de zorggroepen aangaan.

- Zorggroepen en zorgverzekeraars gebruiken de in- en exclusiecriteria in registratie, benchmark informatie en declaraties. Hierdoor kunnen we op basis van meer eenduidige data nieuwe inzichten krijgen over inzet, effecten en doelmatigheid van ketenzorg.

Welke afspraken zijn er gemaakt voor het gebruiken van de in- en exclusiecriteria?

Uitgangspunt van de in- en exclusiecriteria zijn de inhoudelijke overwegingen van zorgverleners die bepalen of een patiënt in een zorgprogramma wordt opgenomen. Het is daarbij cruciaal dat de betrokken zorgverleners alle drie criteria uit de handleiding voor in- en exclusie van patiënten in ketenzorgprogramma's volledig en zorgvuldig hanteren. Dit geldt ook voor de generieke exclusiecriteria zoals geformuleerd bij criterium 3.

InEen spant zich door het geven van voorlichting en instructie maximaal in om deze handleiding bij zorggroepen te implementeren en ziet voor zichzelf een rol weggelegd om zorggroepen te wijzen op hun verantwoordelijkheid bij het sturen op juiste in- en exclusie. Om te beoordelen of de juiste zorg voor de juiste patiënt en doelmatigheid hand in hand blijven gaan, zullen zorggroepen de inclusiepercentages bij de aangesloten huisartsenpraktijken en hun patiëntpopulaties blijven monitoren. Daarbij wordt ook gekeken naar de praktijkvariatie tussen zorggroepen. InEen en ZN evalueren minimaal eens in de twee jaar de in- en exclusiecriteria om te bepalen of deze nog steeds aansluiten bij de stand van wetenschap en praktijk en of ze voldoen aan de beoogde doelen. Aan de hand van de beoordeling van drie criteria kan worden bepaald of patiënten in een ketenzorgprogramma thuis horen. Bij de opzet van deze handleiding vormt de route van de patiënt door het zorgproces het uitgangspunt.

Hoe past een zorgaanbieder de in- en exclusiecriteria toe?

Criterium 1. Check of patiënt voldoet aan de aandoeningsspecifieke in- en exclusiecriteria:

Aandoening	Aandoeningsspecifieke in- en exclusiecriteria
Diabetes type 2	<p>Inclusiecriteria</p> <ul style="list-style-type: none"> – Diagnose T90.2 Diabetes Mellitus type2, gesteld volgens de NHG standaard EN ≥ 18 jaar <p>Exclusiecriteria</p> <ul style="list-style-type: none"> – Vrouwen met diabetes die een zwangerschapswens hebben of zwanger zijn – Vrouwen met zwangerschapsdiabetes – Diabetes in remissie (> 5 jaar normale glucose zonder glucoseverlagende medicatie) – Diabetes Mellitus type 1
Astma	<p>Inclusiecriteria</p> <ul style="list-style-type: none"> – Diagnose R963 Astma en ≥ 16 jaar en tevens: <ul style="list-style-type: none"> – gebruik inhalatiecorticosteroiden (of indicatie hiervoor volgens NHG-standaard⁴) met als ATC-codes bij inhalatiecorticosteroiden monotherapie (R03BA) en bij inhalatiecorticosteroiden in combinatiepreparaten (R03AK06, R03AK07, R03AK08, R03AK10, R03AK11)

³ Wanneer een ICPC code is aangeduid op rubrieksniveau, zijn de onderliggende ICPC subcodes geïnccludeerd

⁴ Indicatie inhalatiecorticosteroiden: bij onvoldoende of matige controle volgens GINrichtlijnen en/of ACQ

	Exclusiecriteria Patiënten, die in keten COPD zijn opgenomen (cf. Nza beleidsregel)
COPD	Inclusiecriteria – De diagnose R95, COPD is juist gesteld o.b.v. anamnese en spirometrie ⁵
CVRM (primaire preventie)	Inclusiecriteria – ≥ 18 jaar en – Indicatie voor medicamenteuze behandeling (C02, C03, C07, C08 en/of C09) bij hypertensie (K86, K87) en/of (C10) bij hypercholesterolemie (T 93) volgens de NHG-standaard CVRM ⁶ (zie bijlage voor nadere toelichting)
	Exclusiecriteria – Een doorgemaakt event zoals beschreven bij secundaire preventie – Patiënten die in ketenzorg DM2 zijn geïncludeerd (cf. beleidsregel Nza)
CVRM (secundaire preventie)	Inclusiecriteria – ≥ 18 jaar en – K74 angina pectoris – K75 acuut myocardinfarct – K76 andere/chronische ischemische hartziekte K76.01 Coronairsclerose K76.02 Vroeger myocardinfarct (> 4 wkn geleden) – K89 passagère cerebrale ischemie/TIA (advies: trombose a. retinalis gecodeerd als TIA) – K90.03 cerebraal infarct – K92.01 claudicatio intermittens – K99.01 aneurysma aortae
	Exclusiecriteria – Patiënten die in ketenzorg DM2 zijn geïncludeerd (cf. beleidsregel Nza)

criterium 2. Check de hoofdbehandelaar van de patiënt

Alleen patiënten waarvan de huisarts hoofdbehandelaar is, kunnen worden opgenomen in het zorgprogramma. Als een medisch specialist na verwijzing voor één van de ketenzorgaandoeningen de behandeling overneemt, wordt deelname aan het zorgprogramma beëindigd. Terugverwijzing naar en overdracht van het hoofdbehandelaarschap van de medisch specialist naar de huisarts is ook mogelijk, waarbij de patiënt weer kan gaan deelnemen aan het zorgprogramma.

Bij medisch specialistische consultatie als onderdeel van het zorgprogramma blijft de patiënt in het zorgprogramma met de huisarts als hoofdbehandelaar. Dit geldt ook voor kortdurende opnames in het ziekenhuis waarbij een medisch specialist in consult wordt geroepen. Als daarbij het hoofdbehandelaarschap niet wordt overgedragen aan de medisch specialist, blijft de patiënt ook na ontslag uit het ziekenhuis in het zorgprogramma. Als de huisarts van de specialist bericht ontvangt dat de specialist het hoofdbehandelaarschap overneemt dan zal de huisarts het ketenzorgprogramma voor de betreffende patiënt beëindigen. Op deze manier wordt voorkomen dat er door meerdere zorgaanbieders declaraties worden verstuurd voor dezelfde zorg.

⁵ Rekening houdend met het nieuwe criterium uit de NHG-standaard COPD 2015 (FEV₁/FVC < 5e percentiel)

⁶ De indicatie voor medicamenteuze behandeling dient gebaseerd te zijn op de NHG standaard cardiovasculair risicomangement (zie bijlage voor een nadere toelichting).

Criterium 3 Check de generieke exclusiecriteria voor geen programmatische zorg
 In aanvulling op de aandoeningsspecifieke in- en exclusiecriteria en het hoofdbehandelaarschap zijn er generieke criteria voor deelname aan een ketenzorgprogramma, waar een gezamenlijk besluit van de patiënt en de betrokken huisarts aan ten grondslag ligt. Voor inclusie in een ketenzorgprogramma wordt de patiënt over de zorgverlening binnen het zorgprogramma geïnformeerd en de bereidheid en motivatie voor deelname van de patiënt aan het ketenzorgprogramma getoetst. Er zijn verschillende redenen denkbaar op grond waarvan huisarts en patiënt samen kunnen besluiten om geen gebruik (meer) te maken van een zorgprogramma. Deze generieke exclusiecriteria die leiden tot geen programmatische zorg staan beschreven in de onderstaande tabel.

Generieke exclusiecriteria	Toelichting
Op verzoek van de patiënt	<p>Persoonlijke omstandigheden Persoonlijke omstandigheden kunnen er toe leiden dat deelname aan het ketenzorgprogramma niet langer opportuun is; bijv in geval van een beperkte levensverwachting of ernstige vormen van comorbiditeit waarbij de verwachting bestaat dat deelname aan het zorgprogramma geen toegevoegde waarde heeft en palliatieve zorg, respectievelijk casemanagement meer is aangewezen). De zorgverlener en de patiënt kunnen beiden het initiatief nemen om de persoonlijke omstandigheden te bespreken.</p> <p>Onvoldoende meerwaarde Als patiënten aangeven onvoldoende meerwaarde te ervaren van deelname aan het ketenzorgprogramma, kan de programmatische zorg worden beëindigd. Bij het vermoeden van onvoldoende meerwaarde zal ook de zorgverlener het initiatief nemen dit met de patiënt te bespreken.</p>
Op initiatief van de huisarts	<p>Stabiel met lage ziektelast/ afname medische noodzaak Langdurige stabilisering van de gezondheidssituatie van de patiënt met een afgenomen ziektelast kan reden zijn het zorgprogramma te beëindigen (bijv. een al vele jaren niet meer rokende COPD patiënt met een stabiele longfunctie en lage ziektelast, of een patiënt op hoge leeftijd met stabiele bloedglucosewaarden bij wie de programmatische diabeteszorg geen bijdrage levert aan diens kwaliteit van leven). De zorgverlener en de patiënt kunnen beiden het initiatief nemen om het ontbreken van meerwaarde van de programmatische zorg als gevolg van de langdurige stabilisatie van de gezondheidssituatie te bespreken.</p>
No show	<p>Patiënten die herhaald niet verschijnen op de afgesproken controles (no show) worden benaderd om te bespreken of zij nog gebruik willen blijven maken van het zorgprogramma. De zorgverlener neemt hiertoe het initiatief. Het advies en stroomschema No-Show vindt u in de bijlage.</p>
Ander zorgprogramma	<p>Instroom in een ander zorgprogramma kan aanleiding zijn om deelname aan het initiële zorgprogramma⁷ te beëindigen (bijvoorbeeld een CVRM patiënt die diabetes krijgt en over gaat naar het zorgprogramma DM of een patiënt die instroomt in een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen). De zorgverlener neemt hiertoe het initiatief.</p>

⁷ Bij de combinatie van een aantal ketenzorgprogramma's (diabetes en CVRM of astma en COPD) geeft de beleidsregel aan dat het niet is toegestaan om deze combinaties van ketenzorgprogramma's tegelijkertijd voor de dezelfde patiënt te declareren. Bron: Toelichting op de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (BR/CU-7165), NZa, maart 2016.

Wanneer wordt deelname aan een ketenzorgprogramma beëindigd?

Het beëindigen van deelname aan het ketenzorgprogramma dient in gezamenlijke overleg tussen huisarts en patiënt te worden besloten. In voorkomende situaties kan een huisarts eenzijdig besluiten deelname van patiënten aan ketenzorgprogramma's te beëindigen. Dat gebeurt in het geval van 'no show' als het gedurende een periode van 6 maanden na de laatste afgesproken datum voor een controleafspraak ondanks herhaalde pogingen niet lukt om hierover met de patiënt in gesprek te komen. De huisarts kan dan eenzijdig de deelname van de patiënt aan het ketenzorgprogramma beëindigen, mits daarbij de zorgvuldigheidseisen en inspanningsverplichtingen door de huisarts in acht zijn genomen (Zie hiervoor het InEen advies over het no-showbeleid in de bijlage). Aanvraag voor herhaalreceptuur kan een goede gelegenheid zijn om in gesprek te geraken over nut en noodzaak voor deelname aan programmatische zorg. Als wordt besloten tot beëindiging van het zorgprogramma kan de patiënt terugvallen op reguliere basiszorg.

Hoe registreren zorgaanbieders de in- en exclusiecriteria?

Patiënten die voldoen aan de in- en exclusiecriteria en bij wie de huisarts hoofdbehandelaar is krijgen het label 'hoofdbehandelaar huisarts'. Als een medisch specialist de behandeling overneemt krijgen de patiënten het label 'hoofdbehandelaar specialist'.

Patiënten die voldoen aan de inclusiecriteria en bij wie de huisarts hoofdbehandelaar is, maar die om redenen zoals hierboven genoemd niet (meer) deelnemen in het zorgprogramma krijgen bij de meting controlebeleid het label 'geen programmatische zorg'.

Binnen de categorie '*Reden geen programmatische zorg*' zijn vijf mogelijke uitslagen beschikbaar (zie tabel diagnostische bepalingen):

- Op verzoek patiënt (zoals persoonlijke omstandigheden of geen meerwaarde van het zorgprogramma)
- Op initiatief arts (denk hierbij aan afname medische noodzaak)
- Naar / in ander zorgprogramma
- No show
- Overig/onbekend

De status kan worden gewijzigd via de meting controlebeleid op het moment waarop de patiënt opnieuw start met het ketenzorgprogramma.

Hoe levert een zorgaanbieder gegevens aan voor de landelijke benchmark 'Transparante Ketenzorg'?

De handleiding voor in- en exclusiecriteria van patiënten in een ketenzorgprogramma biedt ook de basis voor het aanleveren van gegevens voor de landelijke benchmark 'Transparante Ketenzorg'. Dat betekent dat alle drie criteria uit de handleiding hierop van toepassing zijn. De landelijke benchmark rapporteert daarnaast alleen over patiënten die het volledige betreffende kalenderjaar in het zorgprogramma waren opgenomen. Samenvattend rapporteert de landelijke benchmark over de volgende patiënten:

- voldoen aan de aandoeningsspecifieke inclusiecriteria en geen aandoeningsspecifieke exclusiecriteria;
- huisarts is hoofdbehandelaar;

- geen label 'geen programmatische zorg';
- het afgelopen jaar gedurende het gehele jaar opgenomen in het ketenzorgprogramma.

Hoe declareert een zorgaanbieder de zorg voor deelname van patiënten aan het zorgprogramma?

De handleiding voor in- en exclusie van patiënten in een ketenzorgprogramma vormt ook het vertrekpunt voor het declareren van de zorg voor patiënten die deelnemen aan het zorgprogramma. Alleen wanneer de 'patiënten in zorg zijn' kan de prestatie (Chronische Multidisciplinaire Zorg, CMZ) worden gedeclareerd⁸. Om te bepalen of patiënten 'in zorg zijn' dienen alle drie criteria uit de handreiking van toepassing te zijn. Dit betekent:

- voldoen aan de aandoeningsspecifieke inclusiecriteria;
- de huisarts is hoofdbehandelaar;
- geen label 'geen programmatische zorg'.

Het declareren van de zorg voor deelname van patiënten aan het zorgprogramma gebeurt per kwartaal. Dit betekent dat uitsluitend voor patiënten, waarvan de huisarts in de periode waarvoor wordt gedeclareerd hoofdbehandelaar is, het overeengekomen kwartaaltarief in rekening kan worden gebracht. Als peildatum geldt hierbij de eerste dag van het kwartaal⁹. Het contract tussen zorgverzekeraar en Zorggroep, dat moet voldoen aan de vigerende wet- en regelgeving, is leidend bij de vraag wat onder welke voorwaarden gedeclareerd mag worden.

⁸ Artikel 4.4. Moment van declareren Regeling multidisciplinaire zorg (NR/CU-742), NZa januari 2016

⁹ Artikel 4.4. Moment van declareren Regeling multidisciplinaire zorg (NR/CU-742), NZa januari 2016

BIJLAGE TOELICHTING INDICATIE VOOR MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Het uitgangspunt voor de inclusie van patiënten in het zorgprogramma voor primaire preventie bij cardiovasculair risicomanagement is dat er sprake moet zijn van een indicatie voor medicamenteuze behandeling. De indicatie voor medicamenteuze behandeling dient gebaseerd te zijn op de NHG standaard cardiovasculair risicomanagement. Deze bijlage geeft een toelichting op de Indicatie voor medicamenteuze behandeling (CO₂, CO₃, CO₇, CO₈ en/of CO₉) bij hypertensie (K86, K87) en/of hypercholesterolemie (T 93) volgens de NHG-standaard CVRM.

Voor mensen < 70 jaar

- Groen: 10-jaars risico op ziekte of sterfte door HVZ van < 10% (laag risico) betekent volgens de NHG standaard zelden indicatie voor medicamenteuze behandeling. Hieruit volgt dat alleen in uitzonderlijke situaties mensen met een risico lager dan 10% in aanmerking komen voor deelname aan een zorgprogramma.
- Geel: 10-jaars risico op ziekte of sterfte door HVZ van 10 tot 20% (matig risico) alleen indicatie voor medicamenteuze behandeling bij aanvullende risicofactoren (zie onderstaande tabel) in combinatie met een SBD > 140 mmHg of een LDL > 2,5 mmol/l. Het betreft hierbij 1 sterk risicoverhogende factor of 2 of meer mild risicoverhogende factoren. Patiënt zonder indicatie voor medicatie wordt niet in de ketenzorg opgenomen.
- Rood: 10-jaars risico op ziekte of sterfte door HVZ van ≥ 20% (hoog risico) indicatie voor medicamenteuze behandeling als de SBD > 140 mmHg of het LDL > 2,5 mmol/l

Tabel Risicoverhogende factoren bij patiënten met een 10-jaarsrisico op HVZ van 10 tot 20%

	Niet risicoverhogend	Mild risicoverhogend	Sterk risicoverhogend*
eerstegraadsfamilielid met premature HVZ	geen	1 familielid < 65 jaar	≥ 2 familieleden < 65 jaar óf ≥ 1 familielid < 60 jaar
lichamelijke activiteit	≥ 30 min/d, ≥ 5 dgn/wk	< 30 min/d, ≤ 5 dgn/wk	sedentair bestaan
lichaamsbouw	BMI < 30 kg/m ²	BMI 30-35 kg/m ²	BMI > 35 kg/m ²
eGFR	< 65 jaar: > 60 ml/min/1,73 m ² ≥ 65 jaar: > 45 ml/min/1,73 m ²	< 65 jaar: 30-60 ml/min/1,73 m ² ≥ 65 jaar: 30-45 ml/min/1,73 m ²	alle leeftijden: < 30 ml/min/1,73 m ²

HVZ = hart- en vaatziekten; BMI = body-mass index; eGFR = estimated glomerular filtration rate (geschatte glomerulaire filtratiesnelheid); d = dag; dgn = dagen; wk = week.
Bij patiënten met DM of RA gelden slechte metabole controle, microalbuminurie ook als sterk risicoverhogende factoren; bij patiënten met RA is een sterke ziekteactiviteit een sterk risicoverhogende factor.

Toelichting bij het gebruik van de tabel:

- geen risicoverhogende factoren = risicoverlagend, geen indicatie voor medicamenteuze behandeling;
- 1 sterk risicoverhogende factor = indicatie voor medicamenteuze behandeling;
- ≥ 2 mild risicoverhogende factoren = indicatie voor medicamenteuze behandeling.



Voor mensen > 70 jaar

De risicotabel is niet van toepassing op personen ouder dan 70 jaar. Het ligt echter in de lijn der verwachting dat het risico van 70-plussers minstens gelijk is aan dat van 70-jarigen. Personen van 70 jaar of ouder die roken, hebben bij een SBD > 140 mmHg of een LDL > 2,5 mmol/l een 10-jaarsrisico op ziekte of sterfte door HVZ dat groter is dan 20%, waarmee zij in aanmerking komen voor medicamenteuze begeleiding. Bij patiënten met een beperkte levensverwachting en/of uitgebreide comorbiditeit en polyfarmacie is een afweging van de voor- en nadelen van medicamenteuze behandeling van HVZ noodzakelijk. Bij deze afweging dienen de wensen van de patiënt te worden meegewogen.

Voor mensen > 80 jaar

Bij een leeftijd \geq 80 jaar en een SBD > 160 mmHg worden leefstijlmaatregelen geadviseerd en bij onvoldoende effect op de SBD antihypertensieve medicatie. De SBD dient niet veel verder te dalen dan 150 mmHg. Continueren van al eerder gestarte behandeling van hypertensie is ook bij deze leeftijdsgroep zinvol; eventueel kan de dosering worden aangepast.

Controleer via dossieronderzoek of de patiënten die deelnemen aan een zorgprogramma (nog steeds) voldoen aan deze inclusiecriteria en of er geen exclusiecriteria van toepassing zijn.

BIJLAGE ADVIES EN STROOMSCHEMA NO SHOW

Indicatie voor medicamenteuze behandeling = patiënt komt in aanmerking voor deelname zorgprogramma

