



Beleidsregel huisartsendienstenstructuur, Nederlandse Zorgautoriteit

BR/REG-23137a

Vastgesteld 27 september 2022

Gelet op artikel 57, eerste lid, onderdelen 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 52, aanhef en onderdeel e, van de Wmg, worden tarieven die uit de voorliggende beleidsregel voortvloeien ambtshalve vastgesteld door de NZa.

Artikel 1 Doel van de beleidsregel

Het doel van deze beleidsregel is om vast te leggen op welke wijze de NZa gebruik maakt van haar bevoegdheden om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen op het gebied van spoedeisende huisartsenzorg in avond, nacht en weekend die wordt geleverd door huisartsendienstenstructuren (HDS).

Artikel 2 Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden (huisartsenzorg) als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw), die wordt geleverd in een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband, opgericht ten behoeve van spoedeisende huisartsenzorg in avond, nacht en weekend en op algemeen erkende feestdagen of gelijkgestelde dagen in de zin van de Algemene Termijnwet.

Artikel 3 Prestatiebeschrijvingen

- In het kader van deze beleidsregel worden de volgende prestatiebeschrijvingen onderscheiden:
 - consult;
 - visite;
 - triageconsult: het beoordelen van de urgentie en ernst van de zorgvraag van de patiënt, en het adviseren over de benodigde vervolgzorg.
- Bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen
 - Consult
Het consult is een onafgebroken tijdspanne, waarin de zorgverlener de patiënt één-op-één voor één of meerdere zorgvragen begeleidt, adviseert en/of behandelt, ongeacht de tijdsduur.
 - Visite
Een visite is een onafgebroken tijdspanne, waarin de zorgverlener de patiënt thuis één-op-één voor één of meerdere zorgvragen begeleidt, adviseert en/of behandelt, ongeacht de tijdsduur.
 - Triageconsult: het beoordelen van de urgentie en ernst van de zorgvraag van de patiënt, en het adviseren over de benodigde vervolgzorg.
Het triageconsult is een onafgebroken tijdspanne, waarin de zorgverlener de zorgvraag inventariseert (triage), bepaalt of er verder onderzoek middels een consult of visite noodzakelijk is, en de patiënt informeert/adviseert.
Indien er contact wordt opgenomen met de HDS en er naar aanleiding en ter afsluiting van dat contact een waarneemretourbericht wordt aangemaakt, kan een triageconsult in rekening worden gebracht.
Als de triage wordt afgesloten met de afspraak dat deze zal worden gevolgd door een consult of visite of dat op een later tijdstip opnieuw contact zal worden opgenomen, kan het triageconsult niet in rekening worden gebracht.
Als het triageconsult als afgesloten wordt beschouwd en een waarneemretourbericht is aangemaakt, en er volgt opnieuw een contact met de HDS, dan kan het eerste triageconsult in rekening worden gebracht. Voor het tweede contact gelden bovenstaande bepalingen.

Artikel 4 Budgetvaststelling

- De NZa stelt op basis van een gezamenlijk door de HDS en de representerende zorgverzekeraars ingediende tariefaanvraag een budget voor het jaar t+1 vast. Het vast te stellen budget van de HDS is opgebouwd uit de volgende budgetonderdelen:



- het budgetbedrag per inwoner
 - het beschikbare bedrag
 - het lokaal overeengekomen budget
 - het aanvullend overeengekomen budget
2. Het budgetbedrag per inwoner bedraagt maximaal € 25,73 (definitief niveau 2022). De aanpassing van dit bedrag van niveau jaar t naar niveau jaar t+1 gebeurt op basis van de mutatie van de loonkosten (wegingsfactor 0,69) en de materiële kosten (wegingsfactor 0,31). De desbetreffende mutatiepercentages worden jaarlijks berekend conform de beleidsregel indexering. De hoogte van het budgetbedrag per inwoner is als volgt opgebouwd:
- a. Herijking van het budgetbedrag per inwoner per 2019, gebaseerd op totale kosten huisartsen-dienstenstructuren (€ 365.246.661) en aantal inwoners (17.434.699); Het budgetbedrag per inwoner (definitief niveau 2019) bedraagt daarmee € 20,95.
 - b. Indexatie van het budgetbedrag per inwoner met het mutatiepercentage 2020 (2,87%), 2021 (1,94%) en 2022 (5,92%); Het geïndexeerde budgetbedrag per inwoner (definitief niveau 2022) bedraagt daarmee € 23,27.
 - c. Verhoging van het budgetbedrag per inwoner met 10,58%, gebaseerd op de benodigde budgettaire ruimte voor huisartsendienstenstructuren ten gevolge van de herijking en differentiatie van het ANW-uurtarief per 1 januari 2023 zoals vastgesteld in de Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2023. Daarmee komt het totale budgetbedrag per inwoner (definitief niveau 2022) op € 25,73.
 - d. Indexatie naar voorcalculatorisch niveau 2023 levert een budgetbedrag per inwoner op van € 26,96.
3. Het beschikbare bedrag wordt berekend door het door de HDS en de representerende zorgverzekeraars overeengekomen budgetbedrag per inwoner te vermenigvuldigen met het aantal inwoners in het adherente gebied van de HDS. Het aantal inwoners in het adherente gebied van de HDS wordt door de HDS en de representerende zorgverzekeraars berekend op basis van postcodes. Op het aantal inwoners in het adherente gebied kan een correctie worden toegepast in verband met:
- niet-deelnemende huisartsen in het werkgebied;
 - partieel deelnemende huisartsen in het werkgebied;
 - postcodegebieden waar meer dan één HDS actief is (correctie op inwoners die door andere HDS worden bediend);
 - zorg aan patiënten van Wlz-instellingen of penitentiaire inrichtingen;
 - zorg aan asielzoekers;
 - aantal passanten in verband met vakantiedruk.
- Het aantal inwoners kan op verzoek van de HDS en de representerende zorgverzekeraars bij extreem veel passanten worden opgehoogd. Er is sprake van extreem veel passanten indien gemiddeld op jaarbasis het inwoneraantal door vakantiedruk met 50% of meer stijgt. De vakantiedruk (uitgedrukt in inwoners per jaar) wordt berekend door het aantal vakantiegangers dat jaarlijks in het werkgebied van de HDS verblijft te vermenigvuldigen met de gemiddelde verblijfsduur (uitgedrukt in dagen) per vakantieganger en te delen door 365 dagen.
4. Van het beschikbare bedrag zoals berekend onder artikel 4.3 is over het algemeen 90% vast beschikbaar voor de HDS. Daarnaast kan dit bedrag worden verhoogd tot maximaal 110% van het berekende beschikbare bedrag middels de inzet van een plusmodule. De plusmodule vergroot de lokale regelruimte tussen de zorgverzekeraars en de HDS.
5. Op het lokaal overeengekomen budget kan nog een aanvullende budgetafpraak worden gemaakt i.v.m. substitutie van ziekenhuiszorg (SEH) en/of bijvoorbeeld regionale ambulancevervoer (RAV) naar huisartsenpost. Het lokaal overeengekomen budget zoals berekend onder artikel 4.4 kan het maximaal vast te stellen normeringsbudget (110%) overschrijden in het kader van de substitutie van bovengenoemde zorg. Hiervoor moet de HDS gezamenlijk met de representerende zorgverzekeraars een (meerjarige) business-case indienen. Deze business-case bestaat uit de overlegging van een overeenkomst van de HDS met de SEH/ziekenhuizen en/of bijvoorbeeld de RAV en de zorgverzekeraars waarin de overheveling van de patiëntenstroom is vastgelegd. Bij de start van een samenwerkingsverband tussen de HDS en de SEH/ziekenhuizen en/of bijvoorbeeld de RAV dient naast de overeenkomst ook een inschatting te worden overlegd van:
- de wijze waarop de samenwerking tussen HDS en SEH/ziekenhuis en/of bijvoorbeeld de RAV een effectievere en efficiëntere opvang van de patiëntenstroom bewerkstelligt;
 - de extra kosten voor de HDS die gemoeid zijn met de overheveling van de patiëntenstroom vanuit SEH/ziekenhuis en/of bijvoorbeeld de RAV c.q. de wijziging van de inrichting van de organisatie om dit binnen de HDS op te vangen (waaronder de extra benodigde huisartsen-



paciteit en de daarbij overeengekomen ANW-uurtarieven¹;

- de besparing op de kosten die de overheveling van de patiënten vanuit SEH/ziekenhuis en/of bijvoorbeeld de RAV oplevert;
- het aantal patiënten dat vanuit SEH/ziekenhuis en/of bijvoorbeeld de RAV wordt omgebogen.

De representerende zorgverzekeraars zien hierbij toe op de naleving van bovenstaande.

Na afloop van de looptijd van de overeenkomst is bij een verlenging alleen de overlegging van de nieuw getekende overeenkomst tussen de HDS en de SEH/ziekenhuizen en/of bijvoorbeeld de RAV benodigd.

6. Voor een limitatief aantal grootschalige HDS'en in de dunst bevolkte gebieden knelt op grond van specifieke vooral regionale omstandigheden de in artikel 4.1 tot en met 4.4 beschreven budgetsystematiek.

Het betreft de volgende huisartsenposten:

- Dokterswacht Friesland B.V.;
- Centrale Huisartsendienst Drenthe;
- Medische Regio Groep BV, Medrie B.V.;
- HKN Acute Zorg;
- Nucleus Huisartsenposten B.V.;
- Stichting Huisartsengeneeskunde Zeeland.

Voor bovengenoemde HDS'en geldt voor de vaststelling van het budget jaar t+1, in afwijking van hetgeen is beschreven in artikelen 4.1 tot en met 4.5, dat:

- het door de NZa vastgestelde budget jaar t te beschouwen is als 100% norm;
- het door de NZa vastgestelde budget jaar t het vertrekpunt is voor het lokale overleg tussen de HDS en de representerende zorgverzekeraars, maar geen trekkingsrecht vormt;
- een plusmodule van maximaal 10% kan worden afgesproken.

7. De HDS en de representerende zorgverzekeraars dienen jaarlijks vóór 1 november van het jaar t gezamenlijk een nieuw tariefverzoek voor het jaar t+1 in. In het tariefverzoek zijn minimaal de volgende elementen opgenomen:

- het aantal aangesloten huisartsen bij de HDS;
- het aantal inwoners in het adherente gebied van de HDS plus de gespecificeerde correcties daarop;
- het adherente gebied van de HDS op basis van gemeenten en postcodes, uitgesplitst naar stedelijk of plattelandsgebied;
- de eventueel overeengekomen plusmodule;
- de productieraming in termen van aantal verwachte triageconsulten, consulten en visites;
- het begrote (reguliere) aantal actieve huisartsenuren en aantal achterwachturen;
- een eventuele (meerjarige) business-case waarin de overheveling van de patiëntenstroom vanuit 2e lijn is vastgelegd²;
- bij verlenging van de samenwerking met SEH/ziekenhuis en/of bijvoorbeeld de RAV een opnieuw getekende overeenkomst tussen de HDS en de SEH/ziekenhuizen en/of bijvoorbeeld de RAV;
- het totale overeengekomen benodigde kostenbudget voor het jaar t+1.

Indien in de loop van het jaar t+1 blijkt dat het volume en/of de hoogte van het budget verkeerd is ingeschat, kunnen de HDS en de representerende zorgverzekeraars een nieuw vast tarief aanvragen.

Op basis van de gewijzigde productieverwachtingen en/of hoogte van het benodigde kostenbudget zal de NZa een nieuw tarief voor het jaar t+1 vaststellen. De vaststelling van het tarief leidt tot de afgifte van een nieuwe tariefbeschikking voor de HDS. De afgifte van de tariefbeschikking zal niet met terugwerkende kracht worden doorgevoerd.

Artikel 5 Tariefopbouw

1. De HDS kan van 18.00 uur tot 08.00 uur ten behoeve van de geleverde zorg aan patiënten en/of zorgverzekeraar een vast tarief per triageconsult, consult en visite in rekening brengen. Deze uren betreffen tevens de tijdsperiode tussen zaterdagmorgen 08.00 uur en zaterdagavond 18.00 uur en

¹ Voor de aanvullend in te huren huisartsencapaciteit om de extra patiëntenstroom (door ombuiging van ziekenhuiszorg of bijvoorbeeld ambulancezorg naar huisartsenzorg) op te vangen kan een opslag overeengekomen worden van maximaal € 15,00 bovenop de maximum ANW-uurtarieven. De maximum ANW-uurtarieven zijn vastgelegd in Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Een huisarts kan deze opslag enkel in rekening brengen indien de HDS hiertoe een overeenkomst heeft met de representerende zorgverzekeraars betreffende het volume en het tarief. De HDS heeft daarbij de eigen deelnemende huisartsen contractueel gebonden aan het aantal te leveren uren ANW-huisartsenzorg. Dit aantal dekt minimaal de ANW-zorg die aan de bij de deelnemende huisarts ingeschreven patiënten wordt geleverd en vertoont over de afgelopen jaren geen dalende trend.

² De eisen die de NZa oplegt aan een (meerjarige) business-case zijn opgenomen in artikel 4.5.



de tijdsperiode tussen zondagmorgen 08.00 uur en zondagavond 18.00 uur alsmede de tijdsperiode tussen 08.00 uur en 18.00 uur op algemene erkende feestdagen of gelijkgestelde dagen in de zin van de Algemene Termijnenwet.

2. De hoogte van het vaste tarief voor een triageconsult is € 35,00.
3. De hoogte van het vaste tarief per consulteenheid wordt als volgt berekend: het totaal vastgestelde kostenbudget van de HDS in jaar t+1 wordt verminderd met het begrote aantal triageconsulten in jaar t+1 vermenigvuldigd met het vaste tarief voor het triageconsult in jaar t+1 (volgens artikel 5.2). Dit bedrag wordt gedeeld door het begrote aantal consulteenheden aan consulten en visites in jaar t+1. De uitkomst hiervan is het vaste tarief per consulteenheid dat door de HDS aan patiënt en/of zorgverzekeraar gedeclareerd kan worden.
4. De hoogte van het vaste tarief voor een consult is 1,0 keer het vaste tarief per consulteenheid (volgens artikel 5.3).
5. De hoogte van het vaste tarief voor een visite is 1,5 keer het vaste tarief per consulteenheid (volgens artikel 5.3).
6. De hoogte van het maximum tarief voor contractueel overeengekomen huisartsenzorg aan patiënten in Wlz-instellingen en/of penitentiaire inrichtingen is maximaal tweemaal de hoogte van het vaste tarief van een triageconsult, consult of visite (volgens artikel 5.2, artikel 5.4 en artikel 5.5) of maximaal tweemaal het maximale budgetbedrag per inwoner (van een Wlz-instelling en/of penitentiaire inrichting) per jaar (volgens artikel 4.2).

Artikel 6 Nacalculatiesystematiek

1. De verrekening over het jaar t heeft betrekking op zowel de totale verantwoorde kosten als opbrengsten van het jaar t. Een over- of onderbesteding van de aanvaardbare infrastructurele- en honorariumkosten jaar t ten opzichte van het vastgestelde budget over dat jaar wordt ten laste/bate gebracht van de Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK).
2. Schommelingen in het volume (verschil van het werkelijk aantal gedeclareerde consulteenheden minus het begrote aantal consulteenheden) tot 2% van de productie worden ten bate/laste gebracht van de RAK. Volumeafwijkingen van meer dan 2% worden voor dit meerdere via een tijdelijke inhaalcomponent op het tarief in het jaar t+2 verrekend.
3. Van de feitelijk genoten inkomsten uit contractueel overeengekomen huisartsenzorg aan patiënten in Wlz-instellingen en/of penitentiaire inrichtingen dient eenderde ter dekking van de kosten van de huisartsendienstenstructuur. Eenderde van deze inkomsten kan worden ingezet voor opbouw van de RAK. Maximaal eenderde van deze inkomsten in jaar t kan aan het eind van jaar t als bonus worden uitgekeerd aan de deelnemende huisartsen, indien hierover een overeenkomst is gesloten tussen de desbetreffende HDS en de representerende zorgverzekeraars. Indien er geen overeenkomst is, worden deze inkomsten toegevoegd aan de RAK.
4. Verrichtingen welke in latere jaren alsnog worden geïnd, zullen in de betreffende jaarrekening van dat jaar moeten worden verantwoord.
5. Op het moment dat de RAK ultimo jaar t de 10% van de jaarmzet van het jaar t overstijgt, zal het meerdere via een tijdelijke aftrek op het tarief in het jaar t+2 worden verrekend.
6. Uitgaven aan niet-aanvaardbare infrastructurele – en honorariumkosten (artikel 7) zullen via een tijdelijke aftrek in het jaar t+2 worden verrekend.
De HDS en de representerende zorgverzekeraars dienen jaarlijks vóór 1 juli van het jaar t+1 gezamenlijk een verzoek tot nacalculatie over het jaar t in. Het verzoek tot verrekening gebeurt op basis van de indiening van jaarstukken, voorzien van een accountantsverklaring.
De jaarrekening (en het bijbehorende verantwoordingsformulier) van jaar t, bevat minimaal de volgende elementen:
 - de reguliere opbrengsten, inclusief een specificatie van het aantal gedeclareerde verrichtingen (triageconsulten, consulten en visites) en de in rekening gebrachte tarieven;
 - de aanvullende opbrengsten (Wlz-instellingen, penitentiaire inrichtingen en/of asielzoekerscentra) inclusief aantal gedeclareerde verrichtingen, gefactureerde bedragen en inclusief bijbehorende kosten;
 - de gespecificeerde (infrastructurele en honorarium)kosten;
 - het (reguliere) aantal actief gewerkte huisartsenuren en het in rekening gebrachte uurtarief;
 - het (reguliere) aantal achterwachturen en het in rekening gebrachte achterwachttarief;



- het eventuele aantal extra actief gewerkte huisartsenuren en het gehanteerde ANW-uurtarief ten behoeve van de opvang van de aanvullende patiëntenstroom vanuit 2e lijn;
- de eventuele opgave van de extra kosten voor de HDS die gemoeid zijn met de overheveling van de patiëntenstroom vanuit de 2e lijn;
- de eventuele opgave van de besparing op de kosten van zelfverwijzers in de 2e lijn.

Artikel 7 Niet-aanvaardbare kosten

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

- kosten voor actieve huisartsenhulp hoger dan de maximum ANW-uurtarieven³;
- kosten voor achterwachtinzet hoger dan 25% van de maximum ANW-uurtarieven⁴;
- vacatiegelden voor huisartsen of bestuurs-, commissie- of werkgroepleden hoger dan de maximum ANW-uurtarieven⁵;
- scholingsvergoeding huisartsen waar het de compensatie van gemist honorarium betreft en/of waar het niet op het functioneren van de huisartsenpost gerichte aanvullende scholing betreft;
- voorziening of aftrek oninbaar hoger dan 2% van de jaaropbrengst;
- afschrijvingskosten hoger dan op grond van de vastgestelde afschrijvingspercentages in rekening had mogen worden gebracht. (Voor stenen gebouwen geldt een afschrijvingspercentage van 2%, voor semi-permanente gebouwen en verbouwingen 5%, voor houten paviljoens 10%, voor inventaris en instrumentarium 10% en voor automatisering en telecom 20%).

Artikel 8 Intrekking oude beleidsregel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt Beleidsregel huisartsendienstenstructuur, met kenmerk BR/REG-22138, ingetrokken.

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de gepubliceerde maar nog niet in werking getreden Beleidsregel huisartsendienstenstructuur, met kenmerk BR/REG-23137, ingetrokken.

Artikel 9 Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel

De Beleidsregel huisartsendienstenstructuur, met kenmerk BR/REG-22138, 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 10 Inwerkingtreding en bekendmaking

Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2023.

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 11 Citeertitel

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: Beleidsregel huisartsendienstenstructuur.

³ De te hanteren maximum ANW-uurtarieven zijn vastgelegd in Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

⁴ De te hanteren maximum ANW-uurtarieven zijn vastgelegd in Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

⁵ De te hanteren maximum ANW-uurtarieven zijn vastgelegd in Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.



TOELICHTING

Wijzigingen regelgeving 2023

Per 1 januari 2023 is de aanvullende regelgeving als gevolg van het SARS-CoV-2 virus geschrapt, omdat het pakket aan maatregelen tijdelijk was en in andere sectoren ook geen aanvullende regelgeving meer geldt. Bij een eventuele opleving wordt dit, in samenhang met andere sectoren, landelijk bekeken in afstemming met VWS. Hier zijn op voorhand geen vaste criteria voor opgesteld. De eventuele meerkosten vormen onderdeel van de reguliere budgettaire afspraak.

Per 1 januari 2023 is het ANW-uurtarief herijkt en gedifferentieerd. Aanleiding zijn de afspraken die hierover zijn vastgelegd in onderdeel C. Regionale samenwerking in de acute zorg, paragraaf 5b. van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Hierin is onder andere vastgelegd onder welke voorwaarde de zorgverzekeraars de herijking en differentiatie van het ANW-uurtarief vertalen naar ruimte in het met hds'en overeen te komen budget.

De verhoging en differentiatie van het ANW-uurtarief heeft consequenties voor het benodigde kostenbudget van de huisartsendienstenstructuren. Immers, de honorariumkosten betreffen naast de infrastructurele kosten een belangrijke kostenpost voor de huisartsendienstenstructuren. Om die reden moet ook het maximaal vast te stellen budget van de huisartsendienstenstructuren hierop worden aangepast. De herijking en differentiatie van het ANW-uurtarief leidt naar verwachting tot een totale kostenstijging ANW met 10,58%. De budgetten van de huisartsendienstenstructuren dienen naventant te worden aangepast, waardoor het budgetbedrag per inwoner ook met 10,58% is opgehoogd.

Wijzigingen regelgeving 2022

Per 1 januari 2022 is het maximale budgetbedrag per inwoner herijkt. Hiervoor zijn de totale kosten van de huisartsenposten op basis van de jaarlijks ingediende jaarrekeningen 2019 (€ 365,3 miljoen) verdeeld over het aantal inwoners in het verzorgingsgebied (17,4 miljoen). Dit betekent dat het herijkte bedrag per inwoner uitkomt op € 20,95 (niveau 2019). De aanpassing van dit bedrag van niveau jaar t naar niveau jaar t+1 gebeurt op basis van de mutatie van de loonkosten (wegingsfactor 0,69) en de materiële kosten (wegingsfactor 0,31). Het desbetreffende mutatiepercentage worden jaarlijks berekend conform de beleidsregel indexering. De herijkte budgetparameter geldt als nieuw uitgangspunt voor de budgetonderhandelingen 2022. Huisartsenposten krijgen hiermee budgettair meer ruimte, bijvoorbeeld om de kwaliteit te stimuleren en tegemoet te komen aan de werkdruk op de huisartsenposten.

Coronacrisis

Huisartsendienstenstructuren worden als gevolg van de coronacrisis geconfronteerd met extra kosten in de ANW-uren. Deze meerkosten houden verband met i) extra infrastructurele kosten en ii) extra uren-inzet van huisartsen. Voor een aantal huisartsendienstenstructuren is het op basis van de beschreven normeringssystematiek in artikelen 4.3 en 4.4 echter niet mogelijk dit benodigd kostenbudget te verkrijgen, omdat voor hen hun budget begrensd wordt tot maximaal 110% van het berekende beschikbare bedrag. In deze beleidsregel is hiervoor een tijdelijke oplossing gecreëerd. Het lokaal overeengekomen budget kan hierdoor voor deze huisartsendienstenstructuren het maximaal vast te stellen normeringsbudget (110%) overschrijden. Voor de aanvullend in te huren huisartsencapaciteit (bovenop het basisrooster) die in de ANW-uren noodzakelijk is als gevolg van de corona uitbraak kan bovendien een opslag overeengekomen worden van maximaal € 15,00 bovenop het reguliere ANW-uurtarief.

Digitale zorg

De prestatiebeschrijvingen van de NZa zijn functioneel omschreven. Dit betekent dat de zorg zelf wordt omschreven, maar dat niet wordt voorgeschreven wie de zorg levert, of waar de zorg moet worden geleverd. Dit biedt zorgaanbieders en zorgverzekeraars ruimte om eigen keuzes te maken over de inzet van vormen van digitale zorg. Het staat zorgaanbieders binnen de bestaande prestaties vrij om hun zorgproces te veranderen door bijvoorbeeld face-to-face contact (gedeeltelijk) te vervangen door digitale zorg op afstand, of om digitale zorg als aanvulling op de behandeling aan te bieden. Dit is mogelijk zonder dat de bestaande prestaties gewijzigd moeten worden.

Of digitale zorg geleverd kan worden, is in de meeste gevallen ter beoordeling aan de zorgaanbieder. Een belangrijk wettelijk kader is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). De Wkkgz omschrijft normen voor het aanbieden van goede zorg die van goede kwaliteit en van goed niveau moet zijn. Per zorgvraag en situatie moet hieraan invulling worden gegeven door de zorgaanbieder.



Voorwaarde voor het declareren van de digitale zorg is wel dat de zorg op afstand inhoudelijk vergelijkbaar is met de reguliere zorgverlening. 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 zoals in de KNMG richtlijn Omgaan met medische gegevens.

Daarnaast zijn er digitale zorgtoepassingen. Deze ondersteunen meestal de primaire zorgverlening aan de patiënt. Een toepassing is dus op zichzelf meestal geen zorg in de zin van de Wmg. Dat betekent dat zorgaanbieders de kosten die zij maken voor deze digitale zorgtoepassingen in de regel niet afzonderlijk in rekening kunnen brengen maar dat deze kosten worden geacht te zijn verdisconteerd in de tarieven.

Meer informatie over digitale zorg is te vinden in de NZa 'Wegwijzer bekostiging digitale zorg'.