# BELEIDSREGEL BR/CU – 7069

## Huisartsenzorg

Nederlandse Zorgautoriteit

**Kenmerk**
BR/CU-7069

Ingevolge artikel 57, eerste lid, aanhef en onder b en c, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

Ingevolge artikel 59, tweede lid, Wmg heeft de Minister van VWS met brieven van 21 juli 2011, kenmerk MC-U 307309, en van 16 december 2011, kenmerk MC-U-3093364, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel aanwijzingen op grond van artikel 7 Wmg aan de NZa gegeven.

### 1. Reikwijdte

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

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

### 2. Doel van de beleidsregel

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

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

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

---

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

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

## 3. Begripsbepalingen

### Begrippenlijst

*3.1 Inconveniëntentoeslag*
Een jaarlijkse verrekening in de totale praktijk voor vergoeding voor onregelmatigheidsdiensten in de avond, nacht en weekend.

*3.2 Inkomensbestanddeel*
Het aandeel van het normatief bepaalde inkomen van een huisarts in het (maximum)tarief, dat aanbieders van geneeskundige zorg in rekening mogen brengen.

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

*3.4 Rekenomzet*
De som van het inkomensbestanddeel (artikel 3.2) en het praktijkkostenbestanddeel (artikel 3.3).

*3.5 Rekennorm inschrijvingen*
Begripsaanduiding voor een normatief bepaald aantal ingeschreven verzekerden per normpraktijk.

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

*3.7 Rekennorm uitstrijkjes*
Begripsaanduiding voor een normatief bepaald aantal uitstrijkjes ten behoeve van preventief bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker per normpraktijk.

*3.8 Inconventiëntentoeslag ANW-uren*
Begripsaanduiding voor een normatief bepaald ANW-inkomensvergoeding per jaar.

*3.9 Praktijkkostenvergoeding ANW*
Begripsaanduiding voor een normatief bepaald ANW-praktijkkostenvergoeding per jaar.

*3.10 Rekennorm ANW-consulten*
Begripsaanduiding voor een normatief bepaald aantal ANW-consulteenheden per jaar.

*3.11 Ombuigingsbijdrage*
Dit betreft een ombuigingsbijdrage van 0,8% in de maximumtarieven uit de ministeriele aanwijzing van 16 juni 2003. Daardoor worden zowel de rekennorm inschrijvingen als de rekennorm consulten gedeeld door de factor 0,992.

## 4. Prestatiebeschrijvingen

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

### A Inschrijving

– Inschrijving voor op naam van de huisarts ingeschreven patiënten.

### B Verrichtingen

Verrichtingen voor op naam van de zorgaanbieder ingeschreven patiënten, voor incidentele en acute hulpverlening op werkdagen overdag aan niet-ingeschreven patiënten (passantentarief), voor incidentele en acute hulpverlening aan militairen in actieve dienst, voor hulpverlening aan Gemoedsbezwaarden (als omschreven in artikel 2.2b van de Zorgverzekeringswet), voor incidentele en acute hulpverlening in de avond-, nacht- en weekenduren
– consult korter dan 20 minuten;
– consult POH-GGZ korter dan 20 minuten;
– consult langer dan 20 minuten;
– consult POH-GGZ lander dan 20 minuten;
– visite korter dan 20 minuten;
– visite POH-GGZ korter dan 20 minuten;
– visite langer dan 20 minuten;
– visite POH-GGZ langer dan 20 minuten;
– e-mail consult;
– telefonisch consult;
– telefonisch consult POH-GGZ;
– vaccinatie.

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

### C Modules
– module achterstandsfonds;
– module modernisering en innovatie;
– module POH Geestelijke Gezondheidszorg.

**D Verrichtingenlijst modernisering en innovatie**

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

**E Overige prestaties**

*Zorg aan asielzoekers*

– Abonnement (asielzoekers).

*Bijzondere verrichtingen*

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

*Kostenvergoedingen*

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

## 5. Onderdelen ter vaststelling van de tariefopbouw

5.1 Het inkomensbestanddeel van het tarief bedraagt € 109.369 (definitief niveau 2009), inclusief de inconveniëntentoeslag (artikel 5.2).

5.2 De inconveniëntentoeslag bedraagt € 6.511 (definitief niveau 2009).

5.3 Het praktijkkostenbestanddeel van het tarief bedraagt € 96.918 (definitief niveau 2009). Het praktijkkostenbestanddeel is opgebouwd uit de volgende elementen:

– personeelkosten € 42.852
– overige kosten € 54.066

De 'overige kosten' bestaan uit onder meer de volgende elementen, te weten huisvestingskosten, ICT-kosten, vervoerskosten, rentekosten.

5.4 De rekennorm inschrijvingen bedraagt 2.350 ingeschreven verzekerden per normpraktijk.

5.5 De rekennorm consulten bedraagt 9.434 consulteenheden per jaar.

5.6 De inconveniëntentoeslag ANW-uren bedraagt € 19.500 (definitief niveau 2009). De praktijkkostenvergoeding ANW-uren bedraagt € 698 (definitief niveau 2009).

5.7 De rekennorm ANW-verrichtingen bedraagt 960 consulteenheden per jaar.

5.8 De rekennorm uitstrijkjes bedraagt 11.700 uitstrijkjes per jaar.

5.9 Jaarlijks vindt een aanpassing (indexering) van zowel het inkomens- als het praktijkkostenbestanddeel plaats. De wijze van indexeren is geregeld in de beleidsregel 'indexering'.

## 6. Totstandkoming (maximum)tarieven

De opbouw van de tarieven voor de in paragraaf 4 beschreven prestaties wordt in deze paragraaf op basis van de volgende indeling uitgewerkt.
- inschrijving;
- consult;
- ANW-verrichtingen;
- nevenverrichtingen;
- modules;
- overige prestaties.

### 6.1 Inschrijvingstarief

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

| |
|---|
| [0,168 x (inkomensbestanddeel – inconveniëntentoeslag) + praktijkkostenbestanddeel] / rekennorm inschrijvingen |

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

| leeftijd | niet-achterstandswijk | achterstandswijk |
|---|---|---|
| verzekerden tot 65 jaar | 1,166 (1,00)[3] | 1,296 (1,13) |
| verzekerden van 65 tot 75 jaar | 1,696 (1,13) | 1,836 (1,27) |
| verzekerden vanaf 75 jaar | 2,039 (1,19) | 2,169 (1,32) |

Voor achterstandswijken wordt gerekend met een factor op basis van een achterstandsindex. De basis voor de berekening van de achterstandsindex vormen de CBS-gegevens op wijk- en buurtniveau. Het CBS baseert deze index op de volgende criteria:
- percentage inwoners met laag inkomen;
- percentage niet actieven/niet-studenten;
- percentage niet-westerse allochtonen;
- omgevingsadressendichtheid.

Als de waarde van de achterstandsindex groter is dan een bepaalde waarde, is de desbetreffende buurt als achterstandsgebied aangemerkt.

[3] De tussen haakjes genoemde factoren zijn de factoren voor populatiegebonden vergoedingen zoals geldend vóór 1 januari 2010. Deze factoren zijn verhoogd met een leeftijdsgebonden opslag voor herhaalrecepten.

Per buurt wordt bepaald welke postcodes in de achterstandsgebieden voorkomen. Verzekerden woonachtig in de betreffende postcodes worden aangemerkt als woonachtig in een achterstandswijk. De betreffende postcodes zijn vermeld in bijlage 2 van de tariefbeschikking huisartsenzorg.

### 6.2 Consult

De prestatie consult kent vijf varianten met bijbehorende tariefopbouw, welke in deze paragraaf beschreven worden.

#### 6.2.1 Consult Basistarief

Het maximum basistarief consult en consulten POH-GGZ is de uitkomst van de volgende berekening:

| |
|---|
| [0,832 x (inkomensbestanddeel – inconveniëntentoeslag)]/ rekennorm consulten |

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

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

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

#### 6.2.2 Consult Passantentarief

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

| |
|---|
| 1,177 * [Inkomstenbestanddeel - inconveniëntentoeslag + praktijkkostenbestanddeel] / rekennorm consulten |

De factor 1,177 dient ter compensatie voor het niet in rekening kunnen brengen van herhaalrecepten voor passanten.

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

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

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

### 6.2.3 Consult Militairen in actieve dienst

Het maximum basistarief consult voor incidentele en acute huisartsenhulp aan militairen in actieve dienst is de uitkomst van de volgende berekening:

| |
|---|
| 1,177 * [Inkomstenbestanddeel - inconveniëntentoeslag + praktijkkostenbestanddeel] / rekennorm consulten |

De factor 1,177 dient ter compensatie voor het niet in rekening kunnen brengen van herhaalrecepten voor militairen in actieve dienst.

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

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

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

### 6.2.4 Consult Gemoedsbezwaarden

Voor huisartsenhulp aan gemoedsbezwaarden is een maximumtarief vastgesteld. Omdat met de financiële afwikkeling van huisartsenzorg aan gemoedsbezwaarden extra administratieve lasten zijn gemoeid, wordt het tarief verhoogd met maximaal € 2,18 per consulteenheid (niveau 2009). Deze opslag zal jaarlijks worden geïndexeerd met de index voor materiële kosten (CEP).

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

1,177 * [Inkomstenbestanddeel - inconveniëntentoeslag + praktijkkostenbestanddeel] / rekennorm consulten
+
€ 2,18 (definitief niveau 2009)

De factor 1,177 dient ter compensatie voor het niet in rekening kunnen brengen van herhaalrecepten voor gemoedsbezwaarden.

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

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

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

## 6.3 ANW-verrichtingen

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

2 * [(inconveniëntentoeslag ANW-uren + praktijkkosten ANW-uren) / rekennorm ANW-consulten]

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

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

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

## 6.4 Nevenverrichtingen

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

| *Prestatie* | *Factor* |
|---|---|
| Spreekuurcontrole (voor o.a. bedrijfsgeneeskundig onderzoek) | 2,79 |
| Gericht klein onderzoek | 2,79 |
| Visitecontrole (voor o.a. bedrijfsgeneeskundig onderzoek) | 4,19 |
| Keuring voor invalidenparkeerkaart (kort) | 2,79 |
| Keuring voor invalidenparkeerkaart (lang) | 5,58 |
| Kilometervergoeding (vanaf 5 retourkilometers) per retourkilometer (is 2 gewone kilometers) | 0,23 |
| Kleine keuring (oriënterend algemeen lichamelijk onderzoek) | 8,38 |
| Periodiek (beperkt) geneeskundig onderzoek | 8,38 |
| Scheepvaartkeuring | 8,38 |
| Grote keuring | 12,56 |
| Invaliditeitskeuring met rapport | 16,72 |
| Rijbewijskeuring tot 15 minuten | 4,18 |
| Rijbewijskeuring langer dan 15 minuten | 8,38 |
| Bedrijfs- en sollicitatiekeuring | 12,56 |
| Periodiek geneeskundig onderzoek(conform LHV keuring) | 12,56 |

## 6.5 Modules

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

### 6.5.1 Module achterstandsfonds

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

### 6.5.2 Module modernisering en innovatie

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

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

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

### 6.5.3 Module POH Geestelijke Gezondheidszorg

De vergoeding voor de kosten van de POH-geestelijke gezondheidszorg is een maximumbedrag per op naam van de huisarts ingeschreven verzekerde. Het bedrag per verzekerde wordt berekend door:

De onderstaande bedragen (definitief niveau 2009) te vermenigvuldigen met *drievierde* en te delen door een rekennorm van 9.400 (vier normpraktijken).

| | |
|---|---|
| – een extra praktijkondersteuning GGZ op HBO-niveau (*): | € 54.264 |
| – infrastructurele voorzieningen: | € 10.972 |
| – extra managementtijd voor samenwerking en delegatie | € 18.237 |
| | € 83.472 |

(*) *Met ingang van 1 januari 2009 is de loonkostencomponent tijdelijk op € 63.042 (definitief niveau 2009) gesteld.*

Deze bedragen worden jaarlijks trendmatig aangepast (artikel 5.9):
*loonkosten praktijkondersteuning*:
aanpassing van niveau jaar t naar niveau jaar t + 1 volgens het OVA-percentage.

*infrastructurele voorzieningen*:
aanpassing niveau jaar t naar niveau jaar t + 1 volgens de mutatie overige kosten (CEP).

*managementtijd:*
aanpassing niveau jaar t naar niveau jaar t + 1 volgens de mutatie voor het inkomensbestanddeel.

Voor zover de POH GGZ-zorg wordt verleend door een niet als huisarts in het BIG-register ingeschreven zorgaanbieder wordt voor 'op naam van de huisarts ingeschreven verzekerde' gelezen 'op naam van de huisarts in of ten behoeve van wiens praktijk de zorg wordt verleend ingeschreven verzekerde'.

## 6.6 Overige prestaties

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

### 6.6.1 Abonnementstarief voor asielzoekers in de centrale opvang

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

Het maximum abonnementstarief is de uitkomst van de volgende berekening:

| |
|---|
| 2,4 * [((inkomensbestanddeel – inconveniëntentoeslag) + praktijkkostenbestanddeel) / rekennorm inschrijvingen] |

### 6.6.2 Huisartsenhulp ANW-uren aan HDS

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

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

– De huisarts hiertoe een overeenkomst heeft met de betreffende HDS;
– De betreffende HDS hiertoe een overeenkomst heeft met de representatieve zorgverzekeraars betreffende het volume en het tarief. De voorwaarden die verbonden zijn aan deze overeenkomst zijn beschreven in de beleidsregel huisartsendienstenstructuren (BR/CU-7003).

Het ANW-uurtarief huisartsenzorg wordt jaarlijks trendmatig aangepast (artikel 5.9) volgens de mutatie van het inkomensbestanddeel.

### 6.6.3 Informatieverzoek bedrijfsarts of verzekeringsarts

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

– telefonische informatieverstrekking;
– schriftelijke informatieverstrekking.

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

| *Prestatie* | *Factor* |
|---|---|
| Telefonische informatieverstrekking | 2,06 |
| Schriftelijke informatieverstrekking | 4,12 |

### 6.6.4. Uitstrijkjes

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

| |
|---|
| [(inkomensbestanddeel – inconveniëntentoeslag) + 0,35 * (praktijkkostenbestanddeel)] / rekennorm uitstrijkjes |

### 6.6.5 SCEN-consultatie

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

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

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

### 6.6.6 Verbruiksmaterialen

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

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

### 6.6.7 Kosten ECG

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

### 6.6.8 Entstoffen

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

### 6.6.9 Laboratoriumkosten

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

## 6.7 Structurele taakstelling 2012

Als gevolg van de door de minister van VWS opgelegde taakstelling zoals verwoord in de aanwijzing d.d. 16 december 2011 met kenmerk MC-U-3093364, worden de uitkomsten van de tariefberekening voor alle prestaties zoals verwoord in artikel 6.1 (inschrijvingstarief) en 6.2.1 (consult basistarief), met uitzondering van de POH-GGZ gerelateerde consulten, met ingang van 1 januari 2012 structureel verlaagd. Voor de tarieven van de prestaties zoals verwoord in artikel 6.1 en 6.2.1 geldt een kortingspercentage van 5,91%. Deze kortingspercentages hebben geen invloed op de tariefberekening voor de prestaties zoals verwoord in artikel 6.2.2 en verder.

## 7. Intrekking oude beleidsregel(s)

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel BR/CU-7045 ingetrokken.

## 8. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2013. Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub b, van de Wmg wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2012 treedt de beleidsregel in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst en werkt zij terug tot en met 1 januari 2013.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als ‘Beleidsregel Huisartsenzorg’.

## TOELICHTING

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

In 2012 is een tweetal besluiten genomen die gevolgen hebben voor de beleidsregel huisartsenzorg. Dit betroffen de wijzigingen in de regeling POH-GGZ en de herijking van de postcodegebieden achterstandswijken. Ten aanzien hiervan merken wij het volgende op.

**Regeling POH-GGZ**
Eind 2011 heeft de NZa het advies Basis-GGZ opgeleverd waarin zij onder andere adviseert de GGZ-ondersteuning bij de huisarts (POH-GGZ) te versterken en flexibiliseren. Als reactie op dit advies over de POH-GGZ heeft VWS de NZa in haar brief van 26 juli 2012 verzocht aanpassingen te treffen in de huidige regeling POH-GGZ, zodat meer uren POH-GGZ per normpraktijk gecontracteerd kan worden. De NZa heeft hier invulling aan gegeven door het moduletarief van de POH-GGZ te baseren op 1 fte POH-GGZ per 4 normpraktijken (dit waren voorheen 8 normpraktijken). Het moduletarief wordt hiermee verdubbeld waardoor de POH-GGZ gemiddeld kostendekkend is bij een inzet van 9 uur per normpraktijk.

De NZa heeft in het advies Basis-GGZ aangegeven dat zij de functiebeschrijvingen van de POH-GGZ zal inkaderen om zorgverzekeraars en huisartsen een duidelijke basis te bieden voor het maken van lokale afspraken over hoe, waarvoor en in welke mate GGZ-ondersteuning ingezet wordt. De NZa zal hiertoe in de tariefbeschikking huisartsenzorg een prestatiebeschrijving invoegen waarin bij wijze van toelichting zorgactiviteiten worden opgenomen die een POH-GGZ kan uitvoeren.

In de eerste helft van 2013 zal de NZa met een advies komen over de bekostiging van de module POH-GGZ per 2014. In dit advies zal de NZa de bekostiging van de module POH-GGZ, inclusief de hoogte van de loonkostencomponent, integraal bekijken. Tot die tijd is de loonkostencomponent, zoals in artikel 6.5.3 staat vermeld, per 1 januari 2009 tijdelijk verhoogd.

**Herijking postcodegebieden achterstandswijken**
Sinds 1996 wordt een systematiek gebruikt voor het identificeren van achterstandsgebieden voor de huisartsenzorg. Het doel hiervan is om tot een rechtvaardige verdeling te komen van de extra middelen ter ondersteuning van de huisartsenzorg. De huisartsen ontvangen voor alle ingeschrevenen in deze gebieden een toeslag op het inschrijvingstarief. Voor iedere inwoner van een erkend achterstandsgebied gaat er eveneens een bedrag in een lokaal achterstandsfonds, waaruit projecten worden gefinancierd op basis van ervaren knelpunten.

Elke vier jaar wordt opnieuw vastgesteld welke postcodegebieden tot achterstandswijken worden aangemerkt in het kader van de huisartsenzorg in achterstandswijken. De laatste herziening heeft hierbij per 1 januari 2009 plaatsgevonden. De herijking vindt plaats op basis van een door het NIVEL uitgevoerd onderzoek. Bij de berekening van de achterstandsindex heeft een tweetal wijzigingen plaatsgevonden. De wijzigingen hebben enerzijds betrekking op een andere manier van berekenen van het percentage niet-actieven, terwijl anderzijds er een andere factor voor inkomen in de formule voor de berekening van de achterstandsindex is gebruikt. Om die reden is de huidige tekst in de beleidsregel voor huisartsenzorg aangepast.