

## BELEIDSREGEL BR/REG-17111

### Beleidsregel overige geneeskundige zorg

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.

Kenmerk  
BR/REG-17111

#### 1. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op geneeskundige zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) voor zover de NZa voor de voornoemde zorg op grond van andere beleidsregels geen prestatiebeschrijvingen heeft vastgesteld op grond van de Wmg.

#### 2. Doel van de beleidsregel

Het doel van de beleidsregel is het vaststellen van prestatiebeschrijvingen en tarieven voor het in rekening brengen van geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering voor zover voor deze zorg nog geen prestatiebeschrijvingen zijn vastgesteld op grond van andere beleidsregels.

#### 3. Voorwaarden, voorschriften, en beperkingen

De prestaties zoals vermeld in artikel 4 mogen enkel in rekening worden gebracht, indien wordt voldaan aan de voorwaarden, voorschriften en/of beperkingen verbonden aan de betreffende prestaties. De NZa zal de voorwaarden, voorschriften en/of beperkingen opnemen in de tariefbeschikking.

#### 4. Prestatiebeschrijvingen en tarieven

##### 4.1 Geneeskundige zorg in het kader van individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten

###### a. *Inhoud van de prestatie*

Het leveren van individuele zorg bij tuberculose (infectie) en infectieziekten. Hierbij kan sprake zijn van de noodzaak tot verwijzen, diagnosticeren, behandelen en begeleiden (ook) met het oog op bevorderen van de therapietrouw. De zorg kan enkel op consultbasis worden gedeclareerd.

###### *Begrenzing en beperking van de prestatie*

Individuele zorg bij tuberculose (infectie) en infectieziekte bestrijding kan alleen gedeclareerd worden door gekwalificeerde en landelijke geregistreerde artsen. De Registratie commissie Geneeskundig Specialisten (RGS) van de KNMG bepaalt daarbij de registratiecriteria.

###### b. *Differentiatie van de prestatie*

De prestaties voor individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten worden gedifferentieerd op basis van de prestaties die gelden voor incidentele en acute hulp die een huisarts levert aan niet bij de betreffende huisarts ingeschreven en niet in de vestigingsplaats van de huisarts woonachtige verzekerden.

**Kenmerk**  
BR/REG-17111

Het betreft:

<i>Prestatie</i>	<i>Factor</i>
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
Telefonisch consult	0,5
Vaccinatie	0,5

**Pagina**  
2 van 5

- c.** *Tariefsoort en -hoogte*  
De onder artikel 4.1 beschreven prestaties voor de behandeling van tuberculose en infectieziektebestrijding door GGD artsen kennen maximumtarieven. De maximumtarieven zijn gelijkgesteld aan de tarieven die gelden voor incidentele en acute hulp die een huisarts levert aan niet bij hem ingeschreven verzekerden, en buiten zijn vestigingsplaats woonachtige verzekerden. Het maximumtarief voor de in de bovenstaande lijst genoemde prestaties wordt bepaald door het basistarief consult met de bijbehorende factor te vermenigvuldigen.
- d.** De aan de zorgaanbieder in rekening gebrachte laboratoriumkosten en entstoffen in verband met vaccinatie kunnen enkel tegen kostprijs worden doorberekend. Aanvullend diagnostisch onderzoek door de zorgaanbieder kan op basis van de beleidsregel eerstelijnsdiagnostiek in rekening worden gebracht.

## **4.2 Voetzorg bij diabetes mellitus**

- a.** *Inhoud en differentiatie van de prestatie*  
Het leveren van voetzorg aan patiënten met diabetes mellitus ter preventie of ter behandeling van voetulcera, zoals (zorginhoudelijk) beschreven in de "Zorgmodule Preventie Diabetisch Voetulcera 2014" en de richtlijn Diabetische Voet 2006 van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF).

De te declareren prestaties omvatten het totaalpakket aan werkzaamheden binnen de zorgprofielen zoals beschreven in de "Zorgmodule Preventie Diabetisch Voetulcera 2014", voor zover deze door het Zorginstituut Nederland geduid zijn als geneeskundige zorg die ten laste van de basisverzekering kan worden gebracht.

Het betreft:

- 1. Jaarlijks gericht voetonderzoek bij zorgprofiel 1*  
De prestatie omvat anamnese, onderzoek en risico-inventarisatie bij hoog risico op wond/amputatie met verhoogde druk. Het tarief behorende bij deze prestatie is gebaseerd op een gemiddelde inspanning per voetcontrole.
- 2. Voetzorg vallende onder zorgprofiel 2*  
De prestatie omvat het gehele zorgprofiel bij hoog risico op wond/amputatie zonder verhoogde druk. Het tarief behorende bij deze prestatie is gebaseerd op een gemiddelde jaarlijkse inspanning.

### 3. Voetzorg vallende onder zorgprofiel 3

De prestatie omvat het gehele zorgprofiel bij hoog risico op wond/amputatie met verhoogde druk. Het tarief behorende bij deze prestatie is gebaseerd op een gemiddelde jaarlijkse inspanning.

### 4. Voetzorg vallende onder zorgprofiel 4

De prestatie omvat het gehele zorgprofiel bij zeer hoog risico op wond/amputatie. Het tarief behorende bij deze prestatie is gebaseerd op een gemiddelde jaarlijkse inspanning.

#### b. *Begrenzing en beperking van de prestatie*

De prestaties die beschreven zijn in artikel 4.2 van deze beleidsregel hebben enkel betrekking op dat deel van de voetzorg die door het Zorginstituut Nederland (voorheen College voor Zorgverzekeringen) in hun "Standpunt Voetzorg voor mensen met diabetes mellitus" geduid is als te verzekeren zorg van de zorgverzekeringswet. De zorg maakt daarmee onderdeel uit van de zorgstandaard diabetes mellitus.

De prestaties in artikel 4.2 kunnen enkel in rekening worden gebracht indien de zorg **geen** onderdeel uitmaakt van een integraal bekostigde zorgketen diabetes mellitus, zoals beschreven in de beleidsregel "Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg", maar zorginhoudelijk wel voldoet aan de voorwaarden van die beleidsregel.

De prestaties kunnen enkel in rekening worden gebracht indien het gehele zorgprofiel zoals beschreven in artikel 4.2 onderdeel a onder verantwoordelijkheid van de declarerende zorgaanbieder wordt of kan worden geleverd. De declarerende zorgaanbieder fungeert daarbij als hoofdaannemer van het gehele zorgprofiel. Indien delen van het zorgprofiel door de hoofdaannemer worden uitbesteed aan onderaannemers, dan geldt voor de onderlinge dienstverlening tussen hoofd- en onderaannemer een vrij tarief overeenkomstig bij integraal bekostigde zorgketen diabetes mellitus.

#### c. *Tariefsoort en -hoogte*

De onder artikel 4.2 beschreven prestaties kennen maximumtarieven, gebaseerd op de gemiddelde inzet van zorgverleners voor patiënten binnen de zorgprofielen. Bovenop het maximumtarief kan een opslag worden overeengekomen voor de behandeling van patiënten met een hogere zorgzwaarte dan het gemiddelde van de populatie. Voor de opslag geldt dat deze enkel in rekening kan worden gebracht indien voor individuele patiënten met een hogere dan gemiddelde zorgzwaarte hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de patiënt aan ten grondslag ligt. De aanvullende voorwaarden die moeten gelden voor het in rekening brengen van de opslag, kunnen in deze overeenkomst worden vastgelegd. Ook de opslag kent een maximumtarief.

In de maximumtarieven wordt per 1 januari 2017 een component voor het (gederfd) rendement op het eigen vermogen (VGREV) van 1,17% toegevoegd. Het opslagpercentage dient als vergoeding voor de eigen vermogenskosten waarmee de zorgaanbieder ondernemersrisico's kan opvangen.

De maximumtarieven en bijbehorende opslagen zijn weergegeven op definitief prijsniveau 2016. De tarieven worden in beginsel jaarlijks ambtshalve geïndexeerd. De op het tarief toe te passen loonkosten-index 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 jaar t en de definitieve index van jaar t-1.

**Kenmerk**  
BR/REG-17111

**Pagina**  
4 van 5

<i>Prestatie</i>	<i>Tarief</i>	<i>Opslag</i>
Voetzorg vallende onder zorgprofiel 1		
Jaarlijks gericht voetonderzoek bij zorgprofiel 1	€ 34,34	
Voetzorg vallende onder zorgprofiel 2	€244,18	€ 86,48
Voetzorg vallende onder zorgprofiel 3	€356,09	€106,83
Voetzorg vallende onder zorgprofiel 4	€478,18	€117,00

De tarieven voor onderlinge dienstverlening zijn vrij.

### **4.3 Koemelkallergie-test**

#### **a. Inhoud en differentiatie van de prestatie**

Het leveren van een dubbelblinde placebogecontroleerde voedselprovocatietest conform de geldende richtlijn Voedselveiligheid jeugdgezondheidszorg. De patiënt krijgt op locatie van de zorgaanbieder in oplopende doses onder medisch toezicht in twee sessies testvoeding met of zonder koemelk toegediend, waarbij noch de betrokken behandelaars noch de patiënt (en diens ouders) op de hoogte zijn van welke testvoeding koemelk bevat.

#### **b. Tariefsoort en -hoogte**

De onder artikel 4.3 beschreven prestatie kent een maximumtarief. In het maximumtarief wordt per 1 januari 2017 een component voor het (gederfd) rendement op het eigen vermogen (VGREV) van 1,17% toegevoegd. Het opslagpercentage dient als vergoeding voor de eigen vermogenskosten waarmee de zorgaanbieder ondernemersrisico's kan opvangen.

Het maximumtarief voor de prestatie bedraagt € 707,73 (definitief niveau 2016). Het tarief wordt in beginsel jaarlijks ambtshalve geïndexeerd. Voor wat betreft de loonkosten wordt de index vastgesteld door het Ministerie van VWS. Deze index houdt verband met de cao-afspraken. Voor wat betreft de materiële kosten wordt aangesloten bij de prijsindexcijfer particuliere consumptie uit het Centraal Economisch Plan (CEP) van het Centraal Planbureau (CPB). De op het tarief toe te passen index is het gewogen gemiddelde van de loon- en materiële indices waarbij wordt uitgegaan van een aandeel van 68% loonkosten en 32% materiële kosten. Het tarief wordt vastgesteld op basis van een voorcalculatie voor jaar t en de definitieve indices van jaar t-1.

#### **c. Contractvoorwaarde**

Deze prestatie kan enkel in rekening worden gebracht indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar ten grondslag ligt. De prestatie mag ook in rekening worden gebracht indien de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde uitsluitend restitutiepolissen aanbiedt onder de voorwaarde dat er een overeenkomst is met minimaal 1 andere zorgverzekeraar.

## 5. Intrekking oude beleidsregel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel BR/CU-7132 ingetrokken.

## 6. Overgangsbepaling

De beleidsregel 'overige geneeskundige zorg', met kenmerk BR/CU-7132, 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.

## 7. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang op 1 januari 2017. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal van de vaststelling van deze beleidsregel mededeling worden gedaan in de Staatscourant.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als: "Beleidsregel overige geneeskundige zorg".

## TOELICHTING

Met de vaststelling van de beleidsregel 'Algemeen kader tariefprincipes curatieve zorg' is de NZa voornemens in de opbouw van het tarief voor alle curatieve zorgsectoren een element toe te voegen om de eigen vermogenskosten te vergoeden.

Ondernemingen zijn over het algemeen voor een deel gefinancierd met vreemd vermogen (leningen waarover een meetbare rente betaald moet worden, VV) en voor een deel met eigen vermogen (EV). De verschaffer van het EV loopt doorgaans meer risico op zijn investering dan een bank op zijn lening. De EV-verschaffer verwacht daarom normaal gesproken een hoger rendement op die investering dan een bank.

Bedrijfseconomisch geldt gederfd rendement op het EV als een kostenpost. Hier liggen echter geen uitgaven aan ten grondslag, het gaat om zogenaamde *opportunity costs*. De vergoeding voor het EV is als uitgave dus niet te meten. Om die reden dient de vergoeding derhalve normatief te worden vastgesteld.

In een aantal eerstelijns sectoren is de afgelopen jaren na het uitvoeren van een tariefherijking, welke werd gebaseerd op de uitkomsten van een kostenonderzoek, al een (onderbouwde) vergoeding voor gederfd rendement op het eigen vermogen als opslag in de tarieven opgenomen. De hoogte van de vergoeding voor gederfd rendement op het eigen vermogen bedraagt in die sectoren gemiddeld 1,17% van de totale kosten.

In de maximumtarieven voor koemelk-allergie en voetzorg was tot op heden nog geen component voor het (gederfd) rendement op eigen vermogen (VGREV) meegenomen. Besloten is om in de opbouw van deze tarieven per 1 januari 2017 ook een element toe te voegen om de eigen vermogenskosten te vergoeden en daarbij aan te sluiten bij de gemiddelde opslag in verschillende eerstelijnssectoren. Met deze financiële reserve kunnen de zorgaanbieders risico's opvangen.