

Beleidsregel overige geneeskundige zorg - BR/REG-21128

Versie 1

Dit document is gepubliceerd door NZa op het publicatie platform voor uitvoering (PUC). Dit document is een afdruk van de originele versie die is te vinden op: http://puc.overheid.nl/doc/PUC_308586_22. Controleer altijd of u de actuele versie in handen hebt.

Geldend vanaf: 01-01-2021 tot en met [nog niet bekend].

Documentgegevens

Dit document is een afdruk van een originele publicatie op PUC Open Data.

Originele versie:

Citeertitel: Beleidsregel overige geneeskundige zorg - BR/REG-21128

Permalink: http://puc.overheid.nl/doc/PUC_308586_22

Soort document:

Type: Beleid en regels - Beleidsregel

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

Versie en datums:

Versie: 1

Geldig vanaf: 01-01-2021 tot en met [nog niet bekend]

Laatste wijziging: 07-07-2020

Publicatiegegevens:

Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Kanaal: NZa

Vorm: origineel PUC document

Referentienummer: PUC_308586_22

Toegankelijkheid: Intern

Publicatiedatum: 07-07-2020

Taal: nl

Verrijking gepubliceerd bij document:

Thema: Podotherapie

Inhoudsopgave

Beleidsregel overige geneeskundige zorg.....	4
Artikel 1 Doel van de beleidsregel.....	4
Artikel 2 Reikwijdte.....	4
Artikel 3 Voorwaarden, voorschriften, en beperkingen.....	4
Artikel 4 Prestatiebeschrijvingen en tarieven.....	4
1 Geneeskundige zorg in het kader van individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten.....	4
a. Inhoud en differentiatie van de prestatie.....	4
b. Begrenzing en beperking van de prestatie.....	5
c. Tariefsoort en -hoogte.....	5
d.....	5
2 Voetzorg bij diabetes mellitus.....	5
a. Inhoud en differentiatie van de prestatie.....	5
b. Begrenzing en beperking van de prestatie.....	6
c. Tariefsoort en -hoogte.....	7
3 Koemelkallergie-test.....	8
a. Inhoud van de prestatie.....	8
b. Tariefsoort en -hoogte.....	8
c. Contractvoorwaarde.....	8
Artikel 5 Intrekken oude beleidsregel.....	9
Artikel 6 Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel.....	9
Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel.....	9
Inwerkingtreding / Bekendmaking.....	9
Citeertitel.....	9
Toelichting.....	9

Beleidsregel overige geneeskundige zorg

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 de beleidsregel is om vast te leggen op welke wijze de NZa gebruik maakt van haar bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen op het gebied 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.

Artikel 2 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.

Artikel 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.

Artikel 4 Prestatiebeschrijvingen en tarieven

1 Geneeskundige zorg in het kader van individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten

a. Inhoud en differentiatie 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 het bevorderen van de therapietrouw. De zorg kan enkel op consultbasis worden gedeclareerd en kent de volgende prestatiestructuur:

- Consult korter dan 20 minuten;
- Consult 20 minuten of langer;
- Visite korter dan 20 minuten;
- Visite 20 minuten of langer;
- Telefonisch consult;
- Vaccinatie.

b. 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.

c. Tariefsoort en -hoogte

De onder artikel 4.1.a beschreven prestaties voor de behandeling van tuberculose en infectieziektebestrijding door GGD artsen kennen maximumtarieven. Het maximumtarief voor een consult korter dan 20 minuten is gelijkgesteld aan het basistarief dat geldt voor incidentele en acute hulp die een huisarts levert aan niet bij hem ingeschreven verzekerden. Het maximumtarief voor de in de bovenstaande lijst genoemde overige prestaties wordt vervolgens bepaald door het basistarief consult met de bijbehorende factor te vermenigvuldigen.

Prestatie	Factor
Consult korter dan 20 minuten	1,0
Consult 20 minuten of langer	2,0
Visite korter dan 20 minuten	1,5
Visite 20 minuten of langer	2,5
Telefonisch consult	0,5
Vaccinatie	0,5

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 regelgeving voor medisch-specialistische zorg in rekening worden gebracht.

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 Diabetische Voetulcera” en de richtlijn Diabetische Voet.

De te declareren prestaties omvatten het totaalpakket aan werkzaamheden binnen de zorgprofielen zoals beschreven in de “Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera”, voor zover deze door het Zorginstituut Nederland geïdentificeerd 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.

5. Toeslag voor behandeling aan huis

In het geval de zorgverlener de patiënt thuis behandelt vanwege de gezondheidstoestand van de patiënt, kan een toeslag voor behandeling aan huis in rekening worden gebracht ter compensatie van tijd en reiskosten, indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- de behandeling vindt bij de patiënt thuis, niet zijnde een instelling als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen plaats;
- de toeslag kan per patiënt per dag slechts eenmaal in rekening worden gebracht tenzij er een medische noodzaak is de patiënt meerdere keren op één dag te behandelen en er dan ook meerdere keren reistijd en reiskosten gemaakt worden.

6. Toeslag voor behandeling in een instelling

In het geval de zorgverlener de patiënt, vanwege de gezondheidstoestand van de patiënt, in een instelling als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen behandelt, kan een toeslag voor behandeling in een instelling in rekening worden gebracht ter compensatie van tijd en reiskosten indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- de behandeling vindt in een instelling als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen plaats;
- de toeslag kan per patiënt per dag slechts eenmaal in rekening worden gebracht tenzij er een medische noodzaak is de patiënt meerdere keren op één dag in een instelling te behandelen en er dan ook meerdere keren reistijd en reiskosten gemaakt worden;
- de toeslag kan niet in rekening worden gebracht als er in de instelling een behandelruimte is voor voetzorg bij diabetes mellitus.

b. Begrenzing en beperking van de prestatie

De prestaties die beschreven zijn in artikel 4.2.a 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.a 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.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 de prestaties voor voetzorg bij diabetes mellitus door de hoofdaannemer (uitvoerende zorgaanbieder) worden uitbesteed aan onderaannemers (uitvoerende zorgaanbieder), heeft de uitvoerende zorgaanbieder de mogelijkheid om (onderdelen van) de prestaties voor voetzorg bij diabetes mellitus, met inachtneming van de geldende maximumtarieven, via onderlinge dienstverlening in rekening te brengen aan de opdrachtgevende zorgaanbieder.

c. Tariefsoort en -hoogte

De onder artikel 4.2.a beschreven prestaties 1 tot en met 4 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 is 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 2020.

<i>Prestatie</i>	<i>Tarief</i>	<i>Opslag</i>
Jaarlijks gericht voetonderzoek bij zorgprofiel 1	€ 38,98	
Voetzorg vallende onder zorgprofiel 2	€ 277,21	€ 98,18
Voetzorg vallende onder zorgprofiel 3	€ 404,27	€ 121,28
Voetzorg vallende onder zorgprofiel 4	€ 542,88	€ 132,83

De tarieven voor onderlinge dienstverlening kennen een maximumtarief.

De onder artikel 4.2.a beschreven prestaties 5 en 6 kennen maximumtarieven, welke zijn weergegeven op definitief niveau 2020.

De onder artikel 4.2.a beschreven prestaties voor behandeling aan huis (prestatie 5) of in een instelling (prestatie 6) kunnen uitsluitend in rekening worden gebracht wanneer er zorg, vallende onder de in artikel 4.2.a beschreven prestaties 1, 2, 3 of 4, aan de patiënt wordt geleverd.

<i>Prestatie</i>	<i>Tarief</i>
Toeslag voor behandeling aan huis	€ 21,16
Toeslag voor behandeling in instelling	€ 7,05

Alle tarieven hierboven vermeld, 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.

3 Koemelkallergie-test

a. Inhoud van de prestatie

Het leveren van een dubbelblinde placebocontroleerde 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.a beschreven prestatie kent een maximumtarief. In het maximumtarief is 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 € 794,33 (definitief niveau 2020). 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.

Artikel 5 Intrekken oude beleidsregel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de Beleidsregel overige geneeskundige zorg, met kenmerk BR/REG-20137, ingetrokken.

Artikel 6 Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel

Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel

De Beleidsregel overige geneeskundige zorg, met kenmerk BR/REG-20137, 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.

Inwerkingtreding / Bekendmaking

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang op 1 januari 2021.

Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wmg zal van de vaststelling van deze beleidsregel mededeling worden gedaan in de Staatscourant.

Citeertitel

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: Beleidsregel overige geneeskundige zorg.

Toelichting

Regelgeving NZa

Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg):

- stelt de NZa beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om prestatiebeschrijvingen en tarieven vast te stellen;
- stelt de NZa beschikkingen vast ten behoeve van het rechtsgeldig in rekening kunnen brengen van een tarief;
- kan de NZa nadere regels stellen.

In deze beleidsregel wordt deze bevoegdheid concreet uitgewerkt in beleid voor wat betreft de 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. De beleidsregel is van toepassing op geneeskundige zorg in het kader van:

- tuberculose en infectieziekten;
- voetzorg bij diabetes mellitus;
- koemelkallergie-test.

Op basis van de uitgangspunten beschreven in deze beleidsregel stelt de NZa prestaties met maximum tarieven vast in een beschikking. Deze prestaties met maximum tarieven worden vastgesteld in de 'Prestatie- en tariefbeschikking overige geneeskundige zorg'. In deze beschikking worden nadere voorwaarden, voorschriften en beperkingen gesteld aan de declaratie van bepaalde prestaties.

Zorgaanbieders mogen geen tarief voor een prestatie in rekening brengen waarvoor de NZa geen prestatiebeschrijving heeft vastgesteld.

Wijzigingen per 2021

Per 2021 is het voornemen om de huidige Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) te wijzigen in verband met de komst van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) en de Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders (AWtza). De toelating onder de Wtzi zal komen te vervallen, waardoor het instellingsbegrip onder de Wtzi zal wijzigen. Met de wijziging van het begrip wordt aangesloten bij de afbakening van de categorie van instellingen die op grond van het huidige artikel 5, eerste lid, van de Wtzi voor het verlenen van zorg een toelating nodig hebben. Inhoudelijk is er dus geen wijziging, maar er is dus geen sprake meer van een toegelaten zorginstelling onder de Wtzi.

Daarnaast is in de beleidsregel de hoogte van de tarieven geïndexeerd naar definitief niveau 2020. Dit betreft geen inhoudelijke beleidswijziging, maar is een gevolg van de jaarlijkse (ambtshalve) indexering van de (gereguleerde) tarieven.

Voetzorg bij diabetes mellitus

Toeslag voor de behandeling aan huis en toeslag voor behandeling in een instelling

De tijd en reiskosten voor het verlenen van ambulante diabetische voetzorg kunnen door middel van de toeslag in rekening worden gebracht.

De toeslagen voor ambulante voetzorg kennen de voorwaarde dat de behandeling niet in de praktijk kan plaatsvinden omdat de gezondheidstoestand van de patiënt dit niet toelaat. De toeslagen mogen derhalve niet vanwege service overwegingen voor de patiënt in rekening worden gebracht.

Wanneer een behandeling niet meer in de praktijk van de zorgaanbieder, maar thuis bij de patiënt moet plaatsvinden, kan door branchepartijen worden vastgelegd in bijvoorbeeld richtlijnen.

De toeslag voor behandeling in een instelling kent onder andere de declaratievoorwaarde dat de toeslag niet in rekening kan worden gebracht als er in de instelling een behandelruimte is voor voetzorg bij diabetes mellitus. Deze voorwaarde is opgenomen omdat de zorgaanbieder in dit geval niet naar de patiënt in de instelling toe reist en/of minder tijd kwijt is aan het leveren van de zorg bij de patiënt thuis omdat de behandelruimte in de instelling de behoeftigheden van diabetische voetzorg bevat.

Onderlinge dienstverlening

Voor onderlinge dienstverlening geldt dat de uitvoerende zorgaanbieder en de opdrachtgevende zorgaanbieder onderling een tarief overeen kunnen komen voor wat betreft de geleverde zorg door de uitvoerende zorgaanbieder. Dit overeengekomen tarief mag echter niet hoger zijn dan het door de NZa vastgestelde maximumtarief voor de bij de zorg behorende prestatie.

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

De prestatiestructuur voor tuberculose en infectieziekten is een zelfstandige prestatiestructuur waarbij voor de hoogte van het tarief voor de prestaties tuberculose en infectieziekten een link wordt gelegd met het tarief voor de prestaties incidentele en acute hulpverlening bij de huisartsenzorg.

Wijzigingen in de prestatiestructuur van de huisartsenzorg hebben geen consequenties voor wijzigingen in de prestatiestructuur voor tuberculose en infectieziekten.