



Beleidsregel overige geneeskundige zorg - BR/REG-22145b

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_712631_22. Controleer altijd of u de actuele versie in handen hebt.

Geldig vanaf: 16-06-2022 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-22145b

Permalink: http://puc.overheid.nl/doc/PUC_712631_22

Soort document:

Type: Beleid en regels - Beleidsregel

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

Versie en datums:

Versie: 1

Geldig vanaf: 16-06-2022 tot en met [nog niet bekend]

Laatste wijziging: 16-06-2022

Publicatiegegevens:

Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Kanaal: NZa

Vorm: origineel PUC document

Referentienummer: PUC_712631_22

Toegankelijkheid: Intern

Publicatiedatum: 16-06-2022

Taal: nl

Verrijking gepubliceerd bij document:

Thema: Podotherapie

Inhoudsopgave

Artikel 1 Begripsbepalingen.....	5
Artikel 2 Doel van de beleidsregel.....	6
Artikel 3 Reikwijdte.....	7
Artikel 4 Voorwaarden, voorschriften en beperkingen.....	8
Artikel 5 Prestatiebeschrijvingen en tarieven.....	9
Artikel 6 Intrekken oude beleidsregels.....	19
Artikel 7 Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel.....	20
Toelichting.....	21

Beleidsregel overige geneeskundige zorg - BR/REG-22145b

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.

Gelet op artikel 59, aanhef en onder a, van de Wmg, heeft de minister van VWS met brief van 4 juni 2021, met kenmerk 2369290-1009887-PZO, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 van de Wmg, aan de NZa gegeven. Deze aanwijzing dateert van 4 juni 2021 en heeft als kenmerk 2369290-1009887-PZO.

Gelet op artikel 59, aanhef en onder a, van de Wmg, heeft de minister voor Langdurige Zorg en Sport met brief van 18 mei 2022, met kenmerk 3366568-1028982-PZO, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 van de Wmg, aan de NZa gegeven. Deze aanwijzing dateert van 18 mei 2022 en heeft als kenmerk 3366568-1028982-PZO.

Artikel 1 Begripsbepalingen

In deze beleidsregel wordt, tenzij anders vermeld, verstaan onder:

Zorgaanbieder:

1°. natuurlijk persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg in de zin van de Wmg verleent als bedoeld in artikel 1, aanhef en onder c, van de Wmg;

2°. natuurlijk persoon of rechtspersoon voor zover deze tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met het verlenen van zorg door een zorgaanbieder als bedoeld onder 1°.

Artikel 2 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 3 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 4 Voorwaarden, voorschriften en beperkingen

De prestaties zoals vermeld in artikel 5 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 5 Prestatiebeschrijvingen en tarieven

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

a. Prestatiestructuur

Het leveren van geneeskundige zorg in het kader 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 infectieziektebestrijding 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 5.1.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 hulpverlening 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. Preventieve voetzorg bij diabetes mellitusa

a. Prestatiestructuur

Het leveren van preventieve voetzorg aan patiënten met diabetes mellitus ter preventie van voetulcera. De te declareren prestaties omvatten het totaalpakket aan werkzaamheden binnen de zorgprofielen, zoals (zorginhoudelijk) beschreven in de 'Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera' en de richtlijn Diabetische Voet, voor zover deze door het Zorginstituut Nederland geduid zijn als geneeskundige zorg die ten laste van de basisverzekering kan worden gebracht.

Preventieve voetzorg bij diabetes mellitus kent de volgende prestatiestructuur:

1. Jaarlijks voetonderzoek om te beoordelen of iemand met diabetes risicovoeten mogelijk wonden krijgt (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. Preventieve voetzorg bij mensen met diabetes om hoog risicovoeten te beschermen tegen het krijgen van wonden (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. Preventieve voetzorg bij mensen met diabetes om hoog risicovoeten met verhoogde druk te beschermen tegen het krijgen van wonden (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. Preventieve voetzorg bij mensen met diabetes om zeer hoog risicovoeten te beschermen tegen het (opnieuw) krijgen van wonden (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 zorg aan huis

In het geval de zorgaanbieder de patiënt thuis behandelt vanwege de gezondheidstoestand van de patiënt, kan een toeslag voor zorg 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 zorg in een instelling

In het geval de zorgaanbieder de patiënt, vanwege de gezondheidstoestand van de patiënt, in een instelling als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen behandelt, kan een toeslag voor zorg 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;
- Deze prestatie mag alleen in rekening worden gebracht wanneer er daadwerkelijk reistijd en reiskosten naar de instelling gemaakt worden voor behandeling van de patiënt.

b. Begrenzing en beperking van de prestatie

De prestaties in artikel 5.2.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 5.2.a onder verantwoordelijkheid van de declarerende zorgaanbieder wordt of kan worden geleverd. De declarerende zorgaanbieder fungeert daarbij als hoofdaannemer van het gehele zorgprofiel.

Indien een (deel van de) prestatie(s) wordt uitbesteed aan een onderaannemer (uitvoerende zorgaanbieder), dient gebruik te worden gemaakt van de prestatie onderlinge dienstverlening in artikel 5.4 van deze beleidsregel.

c. Tariefsoort en -hoogte

De onder artikel 5.2.a beschreven prestaties 1 tot en met 4 kennen maximumtarieven, gebaseerd op de gemiddelde inzet van zorgzorgaanbieders 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 2021.

Prestatie	Maximumtarief (definitief 2021)	Opslag
Jaarlijks voetonderzoek om te beoordelen of iemand met diabetes risicovoeten mogelijk wonden krijgt (zorgprofiel 1)	€ 39,77	
Preventieve voetzorg bij mensen met diabetes om hoog risicovoeten te beschermen tegen het krijgen van wonden (zorgprofiel 2)	€ 282,79	€ 100,15
Preventieve voetzorg bij mensen met diabetes om hoog risicovoeten met verhoogde druk te beschermen tegen het krijgen van wonden (zorgprofiel 3)	€ 412,40	€ 123,72
Preventieve voetzorg bij mensen met diabetes om zeer hoog risicovoeten te beschermen tegen het (opnieuw) krijgen	€ 553,79	€ 135,50

De onder artikel 5.2.a beschreven prestaties 5 en 6 kennen maximumtarieven, welke zijn weergegeven op definitief niveau 2021.

De toeslag voor zorg aan huis (prestatie 5) of in een instelling (prestatie 6) kunnen uitsluitend in rekening worden gebracht wanneer er zorg, vallende onder de in artikel 5.2.a beschreven prestaties 1, 2, 3 of 4, aan de patiënt wordt geleverd.

Prestatie	Maximumtarief (definitief 2021)
Toeslag voor zorg aan huis	€ 21,58
Toeslag voor zorg in een instelling	€ 7,19

Alle tarieven worden 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. Het tarief wordt vastgesteld op basis van een voorcalculatie voor jaar t en de definitieve index van jaar t-1.

3. Koemelkallergie-test

a. Prestatiestructuur

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 5.3.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 € 809,72 (definitief niveau 2021).

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). Voor de voorlopige indexaties 2022 sluit de NZa incidenteel aan op de ramingen uit de Macro Economische Verkenning van het Centraal Planbureau. Dit geldt zowel voor de personele index als de materiële index. 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 één andere zorgverzekeraar.

4. Onderlinge dienstverlening

a. Prestatiestructuur

Onderlinge dienstverlening betreft de levering van een (deel)prestatie of van een geheel van prestaties door een 'andere zorgaanbieder' in opdracht van een 'zorgaanbieder'. De andere zorgaanbieder wordt in dit kader ook wel aangeduid als de 'uitvoerende zorgaanbieder'. De zorgaanbieder wordt in dit kader ook wel aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'.

De uitvoerende zorgaanbieder heeft de mogelijkheid om (onderdelen van) de prestaties op het gebied van overige geneeskundige zorg met inachtneming van de geldende maximumtarieven, in opdracht van de opdrachtgevende zorgaanbieder via onderlinge dienstverlening in rekening te brengen aan de opdrachtgevende zorgaanbieder.

b. Tariefsoort en -hoogte

De tarieven voor de prestatie onderlinge dienstverlening zijn vrij onderhandelbaar. Het overeengekomen tarief mag echter niet hoger zijn dan het door de NZa vastgestelde maximumtarief voor de bij de zorg behorende prestatie.

5. Medische verklaring in het kader van de Wet zorg en dwang – rechterlijke machtiging

a. Prestatiestructuur

Het opstellen van een medische verklaring door een ter zake kundige arts ten behoeve van het verzoek van het CIZ tot het verlenen van een rechterlijke machtiging zoals omschreven in de Wet zorg en dwang.

Alle werkzaamheden die worden uitgevoerd in het kader van de medische verklaring voor de rechterlijke machtiging vallen onder deze prestatiebeschrijving en kunnen niet apart in rekening worden gebracht.

Het maximumtarief kan dus in rekening worden gebracht per medische verklaring.

Deze prestaties mag ook in rekening worden gebracht wanneer alle werkzaamheden zijn uitgevoerd, maar er uiteindelijk wordt besloten geen medische verklaring op te stellen.

b. Tariefsoort en -hoogte

De onder artikel 5, vijfde lid, onderdeel a beschreven prestatie kent een maximumtarief.

Het maximumtarief voor deze prestatie is opgebouwd uit de volgende elementen:

- De opbouw van de prestatie uitgedrukt in aantal minuten (in)direct patiëntgebonden tijd;
- Een tarief per 60 minuten (in)direct patiëntgebonden tijd. Het aantal uren direct en indirect patiëntgebonden tijd in de prestatie vermenigvuldigd met het tarief per 60 minuten vormt het maximumtarief van de prestatie.

De prestatie 'Medische verklaring in het kader van de Wet zorg en dwang – rechterlijke machtiging' is een integrale prestatie en bevat zowel de direct als de indirect patiëntgebonden tijd.

Voor de opbouw van deze prestatie gaan we uit van de volgende gemiddelde tijdsbesteding:

Vorbereiden en beoordelingsgesprek: 2,5 uur

Rapportage: 1 uur

Reistijd: 1,5 uur

Bij deze prestatie wordt dus uitgegaan van een gemiddelde tijdsbesteding van 5 uur.

Het tarief per 60 minuten is als volgt opgebouwd:

- Directe personeelskosten: gemiddelde loonkosten binnen de range van FWG schalen 60-65 (artsen verstandelijk gehandicapten) en 65-75 (specialisten ouderengeneeskunde);
- Productiviteit:70,6%;
- Indirecte kosten: opslagpercentage van 30,6%, gelijk aan de tarifiering binnen verpleging en verzorging;
- VGREV: opslagpercentage voor gedeerd rendement op eigen vermogen van 1,17%;
- Prijsindexatie naar het betreffende tariefjaar van de kostenonderdelen loon, materieel en kapitaal.

6. Medische verklaring in het kader van de Wet zorg en dwang – inbewaringstelling

a. Prestatiestructuur

Het opstellen van een medische verklaring door een ter zake kundige arts ten behoeve van een beschikking tot inbewaringstelling van de burgemeester van de gemeente waarin de betreffende persoon zich bevindt zoals omschreven in de Wet zorg en dwang.

Alle werkzaamheden die worden uitgevoerd in het kader van de medische verklaring voor de inbewaringstelling vallen onder deze prestatiebeschrijving en kunnen niet apart in rekening worden gebracht.

Het maximumtarief kan dus in rekening worden gebracht per medische verklaring.

Indien er geen medische verklaring voor een inbewaringstelling wordt opgesteld kan deze prestatie niet in rekening worden gebracht. Hiervoor kan de prestatie 'Beoordeling tot inbewaringstelling zonder afgifte medische verklaring in het kader van de Wet zorg en dwang' in rekening worden gebracht, indien wordt voldaan aan alle voorwaarden van die prestatie.

b. Tariefsoort en – hoogte

De onder artikel 5, zesde lid, onderdeel a beschreven prestatie kent een maximumtarief.

Het maximumtarief voor deze prestatie is opgebouwd uit de volgende elementen:

- De opbouw van de prestatie uitgedrukt in aantal minuten (in)direct patiëntgebonden tijd;
- Een tarief per 60 minuten (in)direct patiëntgebonden tijd. Het aantal uren direct en indirect patiëntgebonden tijd in de prestatie vermenigvuldigd met het tarief per 60 minuten vormt het maximumtarief van de prestatie;
- Kosten software.

De prestatie 'Medische verklaring in het kader van de Wet zorg en dwang – inbewaringstelling' is een integrale prestatie en bevat zowel de direct als de indirect patiëntgebonden tijd.

Voor de opbouw van deze prestatie gaan we uit van de volgende gemiddelde tijdsbesteding:

Vorbereiden en beoordelingsgesprek: 2,5 uur

Rapportage:1 uur

Reistijd:1,5 uur

Wachttijd:2 uur

Bij deze prestatie wordt dus uitgegaan van een gemiddelde tijdsbesteding van 7 uur voor de ter zake kundige arts.

Voor de ondersteunende/begeleidende zorgverlener wordt bij deze prestatie uitgegaan van een gemiddelde tijdsbesteding van 4,9 uur (70% van 7 uur).

Het tarief per 60 minuten is als volgt opgebouwd:

- Directe personeelskosten:
- gemiddelde loonkosten binnen de range van FWG schalen 60-65 (artsen verstandelijk gehandicapten) en 65-75 (specialisten ouderengeneeskunde);
- gemiddelde loonkosten binnen de range van FWG schalen 45-55 (verpleegkundigen);
- Productiviteit: 70,6%
- Indirecte kosten: opslagpercentage van 30,6%, gelijk aan de tarifiering binnen verpleging en verzorging;
- VGREV: opslagpercentage voor gedeerd rendement op eigen vermogen van 1,17%;
- Prijsindexatie naar het betreffende tariefjaar van de kostenonderdelen loon, materieel en kapitaal.

7. Beoordeling tot inbewaringstelling zonder afgifte medische verklaring in het kader van de Wet zorg en dwang

a. Prestatiestructuur

Deze prestatie kan in rekening worden gebracht wanneer:

- er een beoordeling heeft plaatsgevonden door een ter zake kundige arts ten behoeve van een beschikking tot inbewaringstelling van de burgemeester van de gemeente waarin de betreffende persoon zich bevindt zoals omschreven in de Wet zorg en dwang;
- de benodigde medische verklaring voor de inbewaringstelling door de ter zake kundige arts niet wordt afgegeven;
- alle andere werkzaamheden die nodig zijn voor het afgeven van een medische verklaring wel zijn uitgevoerd.

Alle werkzaamheden die worden uitgevoerd in het kader van de beoordeling tot de inbewaringstelling in het kader van de Wet zorg en dwang vallen onder deze prestatiebeschrijving en kunnen niet apart in rekening worden gebracht.

Het maximumtarief kan dus per beoordeling in rekening worden gebracht.

b. Tariefsoort en -hoogte

De onder artikel 5, zevende lid, onderdeel a beschreven prestatie kent een maximumtarief.

Het maximumtarief voor deze prestatie is opgebouwd uit de volgende elementen:

- De opbouw van de prestatie uitgedrukt in aantal minuten (in)direct patiëntgebonden tijd;
- Een tarief per 60 minuten (in)direct patiëntgebonden tijd. Het aantal uren direct en indirect patiëntgebonden tijd in de prestatie vermenigvuldigd met het tarief per 60 minuten vormt het maximumtarief van de prestatie.

De presentatie 'Beoordeling tot inbewaringstelling in het kader van de Wet zorg en dwang' is een integrale prestatie en bevat zowel de direct als de indirect patiëntgebonden tijd.

Voor de opbouw van deze prestatie gaan we uit van de volgende gemiddelde tijdsbesteding:

Vorbereiden en beoordelingsgesprek: 2,5 uur

Rapportage: 1 uur

Reistijd: 1,5 uur

Bij deze prestatie wordt dus uitgegaan van een gemiddelde tijdsbesteding van 5 uur voor de ter zake kundige arts.

Voor de ondersteunende/begeleidende zorgverlener wordt bij deze prestatie uitgegaan van een gemiddelde tijdsbesteding van 3,5 uur (70% van 5 uur).

Het tarief per 60 minuten is als volgt opgebouwd:

- Directe personeelskosten:
- gemiddelde loonkosten binnen de range van FWG schalen 60-65 (artsen verstandelijk gehandicapten) en 65-75 (specialisten ouderengeneeskunde);
- gemiddelde loonkosten binnen de range van FWG schalen 45-55 (verpleegkundigen);
- Productiviteit: 70,6%
- Indirecte kosten: opslagpercentage van 30,6%, gelijk aan de tarifiering binnen verpleging en verzorging;
- VGREV: opslagpercentage voor gedeerd rendement op eigen vermogen van 1,17%;
- Prijsindexatie naar het betreffende tariefjaar van de kostenonderdelen loon, materieel en kapitaal.

8. Verschijnen ter zitting in het kader van de Wet zorg en dwang, per zitting

a. Prestatiestructuur

Bij het verschijnen ter zitting in het kader van de Wet zorg en dwang wordt een zorgverlener door de rechter gevraagd om een toelichting te geven op de meest actuele geestestoestand van de cliënt en de noodzakelijk geachte zorg. Hierdoor wordt de kwaliteit van de rechterlijke beslissing en daarmee de kwaliteit van de zorg geborgd.

De prestatie kan in rekening worden gebracht indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- De zorgverlener is op verzoek van de rechtbank ter zitting verschenen.
- Ten aanzien van de cliënt waarvoor de zorgverlener op verzoek van de rechtbank ter zitting is verschenen, is eerder één van de volgende prestaties gedeclareerd:
 - Medische verklaring in het kader van de Wet zorg en dwang – rechterlijke machtiging; of
 - Medische verklaring in het kader van de Wet zorg en dwang – inbewaringstelling.

De prestatie kan per zitting in rekening worden gebracht.

b. Tariefsoort en –hoogte

De onder artikel 5, achtste lid, onderdeel a beschreven prestatie kent een maximumtarief.

Voor de opbouw van deze prestatie gaan we uit van de volgende gemiddelde tijdsbesteding:

Aanwezigheid zitting: 0,5 uur

Het tarief per 60 minuten is als volgt opgebouwd:

- Directe personeelskosten:
 - gemiddelde loonkosten binnen de range van FWG schalen 60-65 (artsen verstandelijk gehandicapten) en 65-75 (specialisten ouderengeneeskunde);
 - gemiddelde loonkosten binnen de range van FWG schalen 45-55 (verpleegkundigen);
 - De gemiddelde loonkosten arts verstandelijk gehandicapten/specialisten ouderengeneeskunde en de gemiddelde loonkosten verpleegkundigen tellen respectievelijk voor 60% en 40% mee in de opbouw van het tarief;

- Productiviteit: 70,6%
- VGREV: opslagpercentage voor gedeerd rendement op eigen vermogen van 1,17%;
- Prijsindexatie naar het betreffende tariefjaar van de kostenonderdelen loon, materieel en kapitaal.

9. Reistoelag zorgverlener bij verschijnen ter zitting in het kader van de Wet zorg en dwang, per 10 minuten

a. Prestatiestructuur

De prestatie Reistoelag zorgverlener bij verschijnen ter zitting in het kader van de Wet zorg en dwang, per 10 minuten kan alleen in rekening worden gebracht als de zorgverlener reistijd heeft gemaakt om bij de locatie waar de rechtszitting plaatsvindt te verschijnen, ter verantwoording van een medische verklaring in het kader van een rechterlijke machtiging of verlenging van de inbewaringstelling.

De prestatie is ter compensatie van tijd en kan in rekening worden gebracht indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- De prestatie kan alleen in rekening worden gebracht in combinatie met de prestatie Verschijnen ter zitting in het kader van de Wet zorg en dwang, per zitting;
- De prestatie geldt per oproep om ter zitting te verschijnen per cliënt.

De prestatie wordt uitsluitend naar evenredigheid van de werkelijke tijd voor deze prestatie in tijdseenheden van tien minuten gedeclareerd. Dit betekent dat de behandeltime dient te worden afgerond naar het dichtstbijzijnde veelvoud van tien minuten.

b. Tariefsoort en -hoogte

De onder artikel 5, negende lid, onderdeel a beschreven prestatie kent een maximumtarief.

De reistoelag bestaat uit het aantal minuten reistijd keer de kostprijs van een zorgverlener per minuut. De kostprijs per minuut is gebaseerd op 60% van de gemiddelde loonkosten binnen de range van FWG schalen 60-65 (artsen verstandelijk gehandicapten) en 65-75 (specialisten ouderengeneeskunde) en 40% van de gemiddelde loonkosten binnen de range van FWG schalen 45-55 (verpleegkundigen).

10. Verblijf bij inbewaringstelling voor cliënten met een (vermoeden van een) verstandelijke beperking

a. Begrippen

Onder deze prestatie wordt, tenzij anders vermeld, verstaan onder:

verblijf: Zorg als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit Zorgverzekering, voor zover het gaat om verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plagen te bieden, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

psychologische zorg binnen het verblijf: Zorg verleend door gedragsdeskundigen aan patiënten tijdens het verblijf, passende bij de indicatie voor verblijf, op verzoek van de huisarts of specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten. Deze zorg valt onder de Zvw-prestatie 'zorg zoals klinisch psychologen die plagen te bieden', en wordt geleverd aan patiënten met (een vermoeden van) gedragsmatige en/of cognitieve problematiek, en niet zijnde (specialistische) geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. De zorgverlener moet bevoegd en bekwaam zijn om de zorg voor patiënten met gedragsmatige en/of cognitieve problematiek te leveren.

kalenderdag: één dag, de tijdsduur van 24 uur - van middernacht tot de eerstvolgende middernacht - waarvoor op de kalender een datum staat.

b. Prestatiestructuur

De prestatie 'Verblijf bij inbewaringstelling voor cliënten met een (vermoeden van een) verstandelijke beperking' bevat de zorg ten tijde van een gedwongen opname met inbewaringstelling (IBS) aan cliënten met een (vermoeden van een) verstandelijke beperking. De cliënt is aangewezen op crisiszorg, blijkende uit het feit dat de IBS is opgelegd.

De prestatie omvat de volgende componenten:

a. Verblijf:

- Verblijf voor zorg die medisch noodzakelijk is. Hierbij is inbegrepen de huisvestingskosten, inventaris, eten en drinken, schoonmaak, linnengoed, outillagemiddelen, etc.
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging.
- De geneeskundige zorg geleverd door de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten. Bij de geneeskundige zorg is ook de diagnostiek, voor zover uitgevoerd door de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten, inbegrepen. Indien een specialist ouderengeneeskunde een geriatrisch assessment uitvoert ten behoeve van toegang tot de geriatrisch revalidatiezorg, is dit niet opgenomen in de integrale prestaties van het eerstelijnsverblijf.
- De psychologische zorg binnen het verblijf, die samenhangt met de indicatie voor opname in het verblijf.
- De paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) binnen het verblijf, die samenhangt met de indicatie voor opname in het verblijf.

b. De zorg zoals psychiaters die plegen te bieden;

c. Farmaceutische zorg:

- Kosten van geneesmiddelen vallen buiten het tarief en moeten apart in rekening worden gebracht als declaratie binnen de farmaceutische zorg. In de totstandkoming van de tarieven voor het verblijf bij inbewaringstelling voor cliënten met een (vermoeden van een) verstandelijke beperking zijn geneesmiddelen uit de kosten van het verblijf gehaald.
- Omdat uitsluitend de kosten van geneesmiddelen buiten de tarieven om gedeclareerd moeten worden, maken de kosten die verband houden met de terhandstelling en hulpmiddelen alsmede de kosten voor dieetpreparaten wel onderdeel uit van het tarief. Onder dieetpreparaten worden diverse voedingsdranken, sondevoeding en metabole preparaten geschaard. Ook de kosten van eiwit- en vetpreparaten maken onderdeel uit van het tarief.
- Toebehoren als infusievloeistof of wanneer een geneesmiddel reeds in een injectienaald is verpakt, maken geen onderdeel uit van het tarief voor verblijf en moeten als declaratie binnen de farmaceutische zorg gedeclareerd worden.

Deze prestatie is declarabel per kalenderdag en kan enkel gedeclareerd worden op dagen dat de cliënt aanwezig is ten tijde van de IBS.

c. *Tariefsoort en -hoogte*

De onder artikel 5, achtste lid, onderdeel b beschreven prestatie kent een maximumtarief.

Het maximumtarief voor deze prestatie is gebaseerd op het bestaande tarief voor de prestatie 'ghz crisiszorg zwaar (Z494)' zoals omschreven in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis, aangevuld met een opslagpercentage voor gederfd rendement op eigen vermogen (VGREV) van 1,17% (€ 540,50 per dag definitief niveau 2021). Het tarief is geschoond voor de kosten van geneesmiddelen (€ 0,09 per dag definitief niveau 2021). Kosten van geneesmiddelen vormen geen onderdeel van het integrale dagtarief.

Artikel 6 Intrekken oude beleidsregels

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de Beleidsregel overige geneeskundige zorg, met kenmerk BR/REG-22145a, ingetrokken.

Artikel 7 Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel

Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel

De Beleidsregel overige geneeskundige zorg, met kenmerk BR/REG-22145a, 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 van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin de beleidsregel ingevolge artikel 5, aanhef en onder e, van de Bekendmakingswet, wordt geplaatst, met dien verstande dat de artikelen 5.8, 5.9 en 5.10 terugwerken tot en met 1 januari 2021. De beleidsregel ligt ter inzage bij de NZa en is te raadplegen op www.nza.nl.

Citeertitel

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: Beleidsregel overige geneeskundige zorg.

Toelichting

Algemeen

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;
- Preventieve voetzorg bij diabetes mellitus;
- Koemelkallergie-test;
- Medische verklaring in het kader van de Wet zorg en dwang – rechterlijke machtiging;
- Medische verklaring in het kader van de Wet zorg en dwang – inbewaringstelling;
- Beoordeling tot inbewaringstelling zonder afgifte medische verklaring in het kader van de Wet zorg en dwang;
- Verschijnen ter zitting in het kader van Wet zorg en dwang, per zitting;
- Reistoelag zorgverlener bij verschijnen ter zitting in het kader van de Wet zorg en dwang, per 10 minuten;
- Verblijf bij inbewaringstelling voor cliënten met een (vermoeden van een) verstandelijke beperking.

Tarieven

Op basis van de uitgangspunten beschreven in deze beleidsregel stelt de NZa prestaties met maximumtarieven vast in een beschikking. Deze prestaties met maximumtarieven staan 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.

In de beleidsregel staat opgenomen op welke wijze de tarieven voor de beschreven prestaties tot stand komen. Hiervoor worden de basisbedragen op definitief niveau jaar t-1 weergegeven en daarbij aangegeven dat de tarieven vervolgens jaarlijks geïndexeerd worden. Doel van het indexeren van de tarieven is de zorgaanbieders te corrigeren voor de te verwachte inflatie. Het tarief dat is weergegeven in de prestatie- en tariefbeschikking wordt daarmee vastgesteld op basis van een (gewogen) voorcalculatie voor jaar t en de definitieve index van jaar t-1.

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.

Artikelsgewijs

Artikel 5.1 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.

Artikel 5.2 Preventieve voetzorg bij diabetes mellitus

Toeslag voor zorg aan huis en in een instelling

De tijd en reiskosten voor het verlenen van ambulante preventieve 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.

Door branchepartijen kan in richtlijnen worden vastgelegd wanneer een behandeling niet meer in de praktijk van de zorgaanbieder kan plaatsvinden.

De toeslag voor zorg in een instelling is voor de situaties waarin de zorg plaatsvindt binnen de muren van een instelling als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen. De toeslag kan onder de omschreven voorwaarden in rekening worden gebracht. De toeslag kan per patiënt in rekening worden gebracht, ook als patiënten in een instelling op hetzelfde adres wonen. Zorgaanbieders die hun behandeling binnen de muren van de instelling uitvoeren en buiten het woon-werkverkeer geen reistijd en reiskosten maken voor behandeling van de patiënt in de instelling, kunnen deze toeslag niet in rekening brengen.

Artikel 5.4 Onderlinge dienstverlening

Voor de onderlinge betaling vanuit een opdrachtgevende zorgaanbieder aan een uitvoerende zorgaanbieder is op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg een rechtsgeldige declaratietitel benodigd. Om die reden is in deze regelgeving ook de prestatie onderlinge dienstverlening geïntroduceerd. De uitvoerende zorgaanbieder brengt voor zijn inzet de prestatie onderlinge dienstverlening in rekening.

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.

Artikelen 5.5-5.10 Prestaties in het kader van de Wet zorg en dwang

De Wet zorg en dwang (Wzd) is op 1 januari 2020 van kracht geworden. De Wzd vervangt, tezamen met de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz), de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ). De Wzd regelt de rechten van mensen met een verstandelijke beperking of met een psychogeriatrische aandoening (bijvoorbeeld dementie) die onvrijwillige zorg (moeten) krijgen of onvrijwillig worden opgenomen in een zorginstelling.

Met ingang van 1 januari 2021 heeft de NZa een prestatiebeschrijving vastgesteld voor de medische verklaring in het kader van de Wzd. Vanaf 2022 is de prestatiebeschrijving gesplitst in drie prestatiebeschrijvingen, één voor de rechterlijke machtiging en twee voor de inbewaringstelling.

De prestatiebeschrijvingen in de Beleidsregel overige geneeskundige zorg zien op personen die niet in het bezit zijn van een Wlz-indicatie. Voor personen met een Wlz-indicatie zijn prestatiebeschrijvingen opgenomen in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg.

Rechterlijke machtiging

De prestatiebeschrijving ziet alleen op de toepassing van de Wzd voor personen zonder Wlz-indicatie, waarbij een opname benodigd is waartegen de betrokkene zich verzet. Voor deze opname is een rechterlijke machtiging nodig. Deze machtiging wordt afgegeven door de burgerlijke rechter op verzoek van het CIJ. Voor dit verzoek is een medische verklaring nodig van een ter zake kundige arts die de cliënt met oog op de machtiging kort te voren heeft onderzocht, maar niet bij diens behandeling betrokken was (d.w.z. minimaal één jaar geen zorg heeft verleend aan de cliënt). Inhoudelijk betekent dit dat deze zorgverlener moet vaststellen dat er sprake is van een relevante diagnose en dat de gediagnosticeerde aandoening dreigt te leiden tot 'ernstig nadeel' in de zin van de Wzd en dat de opname of het verblijf noodzakelijk en proportioneel is om dit 'ernstig nadeel' af te wenden. Dit is een zorginhoudelijke, diagnostische conclusie waarbij vooral het gedrag en geestesgesteldheid en mogelijk de somatiek van de betrokkene in het geding zijn.

Inbewaringstelling

Daarnaast is het mogelijk dat een burgemeester een inbewaringstelling gelast indien het ernstig nadeel zodanig onmiddellijk dreigend is dat een rechterlijke machtiging als bedoeld in artikel 24, eerste lid, van de Wet zorg en dwang niet kan worden afgewacht. Hiertoe is eveneens een medische verklaring nodig van een ter zake kundige arts. Hetgeen hiervoor over de medische verklaring voor de rechterlijke machtiging is vermeld is ook van toepassing voor de medische verklaring voor de inbewaringstelling.

De terzake kundige arts wordt tijdens het beoordelen van een cliënt in het kader van een inbewaringstelling (meestal) vergezeld door een psychiatrisch/gespecialiseerd verpleegkundige, vanwege de veiligheid en het verlenen van een aantal zorgtaken.

De toegevoegde wachttijd heeft onder andere betrekking op het wachten op dossier(s), de burgemeester, crisisplek en/of ambulance.

Reistoelag zorgverlener bij verschijnen ter zitting

De zitting kan bijvoorbeeld plaatsvinden op de rechtbank, bij de cliënt thuis of de instelling waar de cliënt verblijft.

Zorgverleners die hun behandeling binnen de muren van de instelling uitvoeren en buiten het woon-werkverkeer geen reistijd maken om ter zitting te verschijnen in de instelling, kunnen deze toeslag niet in rekening brengen. Als de zitting online plaatsvindt is het ook niet mogelijk om deze prestatie in rekening te brengen.