



Beleidsregel overige geneeskundige zorg - BR/REG-27153

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: https://puc.overheid.nl/doc/PUC_817785_22. Controleer altijd of u de actuele versie in handen hebt.

Geldig vanaf: 01-01-2027 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-27153

Permalink: https://puc.overheid.nl/doc/PUC_817785_22

Soort document:

Type: Beleid en regels - Beleidsregel

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

Versie en datums:

Versie: 1

Geldend vanaf: 01-01-2027 tot en met [nog niet bekend]

Laatste wijziging: 30-06-2026

Overige referentiedatums in het document: 23-06-2026

Publicatiegegevens:

Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Kanaal: NZa

Vorm: origineel PUC document

Referentienummer: PUC_817785_22

Toegankelijkheid: Intern

Publicatiedatum: 30-06-2026

Taal: nl

Verrijking gepubliceerd bij document:

Thema: Podothérapie

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 beleidsregel.....	16
Artikel 7 Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel.....	17
Toelichting.....	18
.....	

Beleidsregel overige geneeskundige zorg - BR/REG-27153

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 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

a. Prestatiestructuur

Het leveren van preventieve voetzorg aan patiënten met een verhoogd risico op voetulcera, vanwege verlies van protectieve sensibiliteit van de voeten, verminderde doorbloeding van de voeten, verhoogde druk op de huid mogelijk in combinatie met een kwetsbare huid, ten gevolge van een medische aandoening of een medische behandeling, zoals door het Zorginstituut omschreven in het 'Standpunt Voetzorg voor mensen met diabetes mellitus' en 'Notitie verduidelijking standpunt Voetzorg voor mensen met diabetes mellitus'. Eveneens kan preventieve voetzorg worden geleverd aan patiënten met een verhoogd risico op voetulcera, vanwege een voetulcus of amputatie in de voorgeschiedenis, een inactieve Charcotvoet, eindstadium nierfalen of nierdialyse, zoals door het Zorginstituut omschreven in het 'Standpunt Voetzorg voor mensen met diabetes mellitus' en 'Notitie verduidelijking standpunt Voetzorg voor mensen met diabetes mellitus'. De te declareren prestaties omvatten het totaalpakket aan werkzaamheden, voor zover deze door het Zorginstituut Nederland geduid zijn als geneeskundige zorg die ten laste van de basisverzekering kan worden gebracht.

Preventieve voetzorg kent de volgende prestatiestructuur:

1. *Jaarlijks gerichte voetcontrole om te beoordelen of iemand met verhoogde risicovoeten mogelijk wonden heeft/krijgt*

Jaarlijks gerichte voetcontrole ter beoordeling of iemand met verhoogd risico op voetproblematiek (opnieuw) wonden kan ontwikkelen. De prestatie omvat anamnese, voetonderzoek en risico-inventarisatie bij verhoogd risico op voetulcera. Het tarief behorende bij deze prestatie is gebaseerd op een gemiddelde inspanning per voetcontrole. De prestatie kan in totaal één keer per twaalf maanden in rekening worden gebracht als is voldaan aan de prestatiebeschrijving.

2. *Preventieve voetzorg om hoog risicovoeten zonder lokaal verhoogde druk te beschermen tegen het krijgen van wonden*

Er is sprake van verlies van protectieve sensibiliteit (PS) in combinatie met aanwijzingen voor perifeer arterieel vaatlijden (PAV) zonder tekenen van lokaal verhoogde druk. De prestatie omvat het volgende pakket aan werkzaamheden bij hoog risico op voetulcera:

- meer frequent gericht voetonderzoek, inclusief de daaruit volgende diagnostiek en behandeling van risicofactoren zoals huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standsafwijkingen bij patiënten met een verhoogd risico op ulcera; en
- behandeling van risicofactoren bij patiënten met een hoog risico op ulcera; en
- Indien benodigd, maar beiden in ieder geval één keer per twaalf maanden:
 - educatie en initiëren van aanpassing van leefstijlfactoren als onderdeel van de behandelcyclus; en
 - advisering over adequaat schoeisel en/of advisering over andere hulpmiddelen.

De prestatie kan één keer per drie maanden in rekening worden gebracht als is voldaan aan de prestatiebeschrijving en als één keer per twaalf maanden de prestatie 'jaarlijks gerichte voetcontrole om te beoordelen of iemand met verhoogde risicovoeten mogelijk wonden heeft/krijgt' is uitgevoerd.

3. *Preventieve voetzorg om hoog risicovoeten met lokaal verhoogde druk te beschermen tegen het krijgen van wonden*

Er is sprake van:

- aanwijzingen voor perifere arterieel vaatlijden (PAV) in combinatie met tekenen van lokaal verhoogde druk; of
- verlies van protectieve sensibiliteit (PS) in combinatie met tekenen van lokaal verhoogde druk; of
- verlies van PS in combinatie met aanwijzingen voor PAV en tekenen van lokaal verhoogde druk.

De prestatie omvat het volgende pakket aan werkzaamheden bij hoog risico op voetulcera:

- meer frequent gericht voetonderzoek, inclusief de daaruit volgende diagnostiek en behandeling van risicofactoren zoals huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standsafwijkingen bij patiënten met een verhoogd risico op ulcera; en
- behandeling van risicofactoren bij patiënten met een hoog risico op ulcera; en
- Indien benodigd, maar beiden in ieder geval één keer per twaalf maanden:
 - educatie en initiëren van aanpassing van leefstijlfactoren als onderdeel van de behandelcyclus; en
 - advisering over adequaat schoeisel en/of advisering over andere hulpmiddelen.

De prestatie kan één keer per drie maanden in rekening worden gebracht als is voldaan aan de prestatiebeschrijving en als één keer per twaalf maanden de prestatie 'jaarlijks gerichte voetcontrole om te beoordelen of iemand met verhoogde risicovoeten mogelijk wonden heeft/krijgt' is uitgevoerd.

4. Preventieve voetzorg om zeer hoog risicovoeten te beschermen tegen het (opnieuw) krijgen van wonden

Er is sprake van:

- voetulcus of amputatie in de voorgeschiedenis; of
- inactieve Charcot-voet; of
- eindstadium nierfalen (eGFR < 15ml/min) of nierdialyse.

De prestatie omvat het volgende pakket aan werkzaamheden bij een sterk verhoogd risico op voetulcera:

- meer frequent gericht voetonderzoek, inclusief de daaruit volgende diagnostiek en behandeling van risicofactoren zoals huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standsafwijkingen bij patiënten met een sterk verhoogd risico op ulcera; en
- behandeling van risicofactoren bij patiënten met een sterk verhoogd risico op ulcera; en
- Indien benodigd, maar beiden in ieder geval één keer per twaalf maanden:
 - educatie en initiëren van aanpassing van leefstijlfactoren als onderdeel van de behandelcyclus; en
 - advisering over adequaat schoeisel en/of advisering over andere hulpmiddelen.

De prestatie kan één keer per drie maanden in rekening worden gebracht als is voldaan aan de prestatiebeschrijving en als één keer per twaalf maanden de prestatie 'jaarlijks gerichte voetcontrole om te beoordelen of iemand met verhoogde risicovoeten mogelijk wonden heeft/krijgt' is uitgevoerd.

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 pakket aan werkzaamheden zoals beschreven in artikel 5.2.a onder verantwoordelijkheid van de declarerende zorgaanbieder is geleverd. De declarerende zorgaanbieder fungeert daarbij als hoofdaannemer van het pakket aan werkzaamheden.

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 5.5 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 zorgaanbieders voor patiënten binnen de prestatiebeschrijvingen. Het tarief behorende bij de prestaties 2 tot en met 4 is gebaseerd op een gemiddelde driemaandelijke inspanning.

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 niveau 2026.

Prestatie	Maximumtarief (Definitief niveau 2026)	Opslag
Jaarlijks gerichte voetcontrole om te beoordelen of iemand met verhoogde risicovoeten mogelijk wonden heeft/krijgt	€ 51,28	
Preventieve voetzorg om hoog risicovoeten zonder lokaal verhoogde druk te beschermen tegen het krijgen van wonden	€ 78,34	€ 32,29
Preventieve voetzorg om hoog risicovoeten met lokaal verhoogde druk te beschermen tegen het krijgen van wonden	€ 120,13	€ 39,88
Preventieve voetzorg om zeer hoog risicovoeten te beschermen tegen het (opnieuw) krijgen van wonden	€ 165,71	€ 43,68

De onder artikel 5.2.a beschreven prestaties 5 en 6 kennen maximumtarieven, welke zijn weergegeven op definitief niveau 2026.

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 niveau 2026)
Toeslag voor zorg aan huis	€ 27,83
Toeslag voor zorg in een instelling	€ 9,28

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 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 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 € 1.040,48 (definitief niveau 2026).

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 restitutiepolicen aanbiedt onder de voorwaarde dat er een overeenkomst is met minimaal één andere zorgverzekeraar.

4. Valrisicobeoordeling

a. Prestatiestructuur

De valrisicobeoordeling bij een hoog valrisico vindt plaats aan de hand van een gestructureerde vragenlijst waarmee alle factoren worden nagegaan die een rol kunnen spelen bij het individuele valrisico. De valrisicobeoordeling resulteert in een individueel advies aan de patiënt waarin eventuele verwijzingen naar zorgaanbieders en/of interventies zijn opgenomen. Twee of drie maanden na het advies kan een evaluatie plaatsvinden met de patiënt waarin wordt besproken in hoeverre het advies is opgevolgd en of andere acties ingezet kunnen worden.

De prestatie wordt in tijdseenheden van 15 minuten gedeclareerd. Dit betekent dat de behandeltijd dient te worden afgerond naar het dichtstbijzijnde veelvoud van 15 minuten. De afronding van de behandeltijd mag niet uitkomen op minder dan 15 minuten.

b. Begrenzing en beperking van de prestatie

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 5.5 van deze beleidsregel.

c. Tariefsoort en -hoogte

De onder artikel 5.4.a beschreven prestatie kent een maximumtarief van € 22,48 per 15 minuten (definitief niveau 2026).

Het tarief is gebaseerd op:

- een gewogen gemiddelde over de gemiddelde kostprijzen binnen de paramedische- en huisartsenzorg;

- in de tarieven is daarnaast een rentevergoeding op het genormeed eigen vermogen (VGREV) opgenomen van 1,17%; en
- jaarlijks vindt een aanpassing (indexering) plaats van de tariefcomponenten (loon en materieel).

De precieze onderbouwing van het maximumtarief staat in het 'Verantwoordingsdocument; Toelichting op de berekening van het tarief valrisicobeoordeling', dat integraal onderdeel is van deze beleidsregel.

Voor de prestatie valrisicobeoordeling geldt de mogelijkheid tot een verhoogd maximumtarief. Het maximumtarief kan ten hoogste met 10% worden verhoogd indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en zorgverzekeraar ten grondslag ligt. Dit verhoogde maximumtarief kan uitsluitend in rekening worden gebracht aan (a) de zorgverzekeraar met wie het verhoogde maximumtarief schriftelijk is overeengekomen of (b) de verzekerde ten behoeve van wie een zorgverzekering met betrekking tot de valrisicobeoordeling is gesloten bij een zorgverzekeraar met wie een zodanig verhoogd maximumtarief schriftelijk is overeengekomen. Een tarief dat niet hoger is het maximumtarief kan aan eenieder in rekening worden gebracht.

5. 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.

Artikel 6 Intrekken oude beleidsregel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de Beleidsregel overige geneeskundige zorg, met kenmerk BR/REG-24143a, ingetrokken.

Artikel 7 Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel

Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel

De Beleidsregel overige geneeskundige zorg, met kenmerk BR/REG-24143a, 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 1 januari 2027.

Het 'Verantwoordingsdocument; Toelichting op de berekening van het tarief valrisicobeoordeling' is integraal onderdeel van deze beleidsregel.

Ingevolge artikel 5, aanhef en onder e, van de Bekendmakingswet, zal deze beleidsregel in de Staatscourant worden geplaatst, met uitzondering van het 'Verantwoordingsdocument; Toelichting op de berekening van het tarief valrisicobeoordeling', dat uitsluitend ter inzage wordt gelegd bij de NZa en te raadplegen is op www.nza.nl.

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;
- Koemelkallergie-test;
- Valrisicobeoordeling.

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

Artikel 5.2.a, onderdelen 1 tot en met 4: volgorde in rekening brengen prestaties

In onderstaande tabel is een voorbeeld opgenomen van het declaratieproces van de prestatie preventieve voetzorg om hoog risicovoeten zonder lokaal verhoogde druk te beschermen tegen het krijgen van wonden.

Prestatie	Startdatum	Einddatum	Declareren vanaf
Jaarlijks gerichte voetcontrole om te beoordelen of iemand met verhoogde risicovoeten mogelijk wonden heeft/krijgt	8 januari 2027	8 januari 2027	8 januari 2027
Preventieve voetzorg om hoog risicovoeten zonder lokaal verhoogde druk te beschermen tegen het krijgen van wonden	12 februari 2027	12 mei 2027	12 mei 2027
Preventieve voetzorg om hoog risicovoeten zonder lokaal verhoogde druk te beschermen tegen het krijgen van wonden	12 mei 2027	12 augustus 2027	12 augustus 2027
Preventieve voetzorg om hoog risicovoeten zonder lokaal verhoogde druk te beschermen tegen het krijgen van wonden	12 augustus 2027	12 november 2027	12 november 2027
Preventieve voetzorg om hoog risicovoeten zonder lokaal verhoog-	12 november 2027	12 februari 2028	12 februari 2028

de druk te beschermen tegen het krijgen van wonden			
--	--	--	--

Artikel 5.2.a, onderdelen 5 en 6: Toeslag voor zorg aan huis en in een instelling

De tijd en reiskosten voor het verlenen van ambulante preventieve 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 Valrisicobeoordeling

Op 17 maart 2022 heeft Zorginstituut Nederland (ZIN) een duiding uitgebracht over valpreventie. Ondanks deze duiding ontbrak het aan voldoende duidelijkheid om tot een passende zorgorganisatie te komen. ZIN heeft in maart 2023 middels een addendum een bijdrage geleverd aan het wegnemen van deze onduidelijkheid. Het addendum uit 2023 (Addendum bij het rapport Valpreventie, Twee domeinen aan zet) en de duiding uit 2022 (rapport Valpreventie, Twee domeinen aan zet) zijn als basis gebruikt voor de totstandkoming van de prestatie valrisicobeoordeling. De valrisicobeoordeling wordt uitgevoerd in vervolg op een valrisicotest, waaruit moet blijken dat een valrisicobeoordeling afgenomen moet worden. De valrisicotest valt buiten de prestatie valrisicobeoordeling.

Uit de duiding volgt dat bij een valrisicobeoordeling, aan de hand van een gestructureerde vragenlijst, alle factoren nagegaan worden die een rol kunnen spelen bij het individuele valrisico. In principe vindt een valrisicobeoordeling eenmalig plaats.

Een herbeoordeling is evenwel mogelijk als de omstandigheden van de patiënt zijn gewijzigd (bijvoorbeeld als er sprake is van een nieuwe aandoening). Voor een herbeoordeling moet, om aan de prestatieomschrijving te voldoen, bij elke factor die in de gestructureerde vragenlijst is opgenomen, een medisch inhoudelijke afweging plaatsvinden of die factor opnieuw beoordeeld moet worden of, wegens een onveranderde situatie op dat onderdeel, overgeslagen kan worden.

Nadat de vragenlijst is afgenomen ontvangt de patiënt een persoonlijk advies, waaronder eventuele verwijzingen naar zorgaanbieders en/of interventies. Een verwijzing naar geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden kan alleen gedaan worden door huisartsen en categorieën zorgaanbieders die door de zorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst hiervoor zijn aangewezen (zie artikel 14, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet).

Twee of drie maanden nadat de patiënt het persoonlijk advies heeft ontvangen, kan een evaluatie plaatsvinden met de patiënt waarin wordt besproken in hoeverre het advies is opgevolgd en of andere acties ingezet kunnen worden. Dit evaluatiemoment valt onder de prestatie valrisicobeoordeling. De prestatie valrisicobeoordeling kan, nadat dit evaluatiemoment heeft plaatsgevonden, hiervoor afzonderlijk in rekening worden gebracht. Dit betekent dat de prestatie valrisicobeoordeling op twee momenten in

rekening kan worden gebracht; 1) nadat de vragenlijst is afgenomen en advies is verstrekt en 2) nadat de evaluatie heeft plaatsgevonden.

Patiëntgerichte werkzaamheden, zoals verslaglegging, communicatie en correspondentie, maken onderdeel uit van (het tarief van) de valrisicobeoordeling. Indirecte tijd kan niet (apart) in rekening worden gebracht bij de patiënt en/of bij de verzekeraar. Alleen directe tijd (waarbij de zorgverlener contact met de patiënt heeft) kan worden gedeclareerd.

Er zijn geen harde randvoorwaarden waaraan moet zijn voldaan om tot een verruiming van het maximumtarief over te gaan. De voorwaarde van een contract met een zorgverzekeraar geeft een waarborg dat deze middelen enkel worden ingezet waar dit volgens de inkoper noodzakelijk/wenselijk is vanuit het oogpunt van doelmatigheid, doeltreffendheid of vanuit de zorgplicht van een verzekeraar.

Artikel 5.5 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.