

# Q&A's Nieuwe bekostiging

## Algemeen

1. **Waarom een nieuw bekostigingssysteem?**  
In het regeerakkoord hebben politieke partijen afspraken gemaakt over onder meer resultaatbeloning en populatiebekostiging in de zorg. In het verlengde daarvan hebben huisartsen, zorgverzekeraars en het ministerie van VWS in de zomer van 2013 een zorgakkoord gesloten. In het zorgakkoord wordt een aantal ontwikkelingen ingezet die resultaatbeloning en populatiebekostiging mogelijk moeten maken, waaronder de ontwikkeling van een nieuwe bekostiging voor de huisartsenzorg. Deze moet meer ruimte geven voor resultaatbeloning, innovatie en programmatische multidisciplinaire ketenzorg.
2. **Wat zijn de verbeteringen van het nieuwe systeem t.o.v. het bestaande?**  
Het is de bedoeling dat de nieuwe bekostiging meer ruimte biedt voor resultaatbeloning, innovatie en programmatische multidisciplinaire ketenzorg
3. **Wat zijn de nadelen van het nieuwe systeem t.o.v. het bestaande?**  
Het was de bedoeling dat het nieuwe systeem eenvoudiger zou worden dan het huidige. De LHV is er niet van overtuigd dat dit het geval is. Daarnaast kent de nieuwe bekostiging een belangrijk aantal aandachtspunten. Wilt u precies weten welke dit zijn, lees dan hier de volledige LHV-analyse van de NZa beleidsregels  
[[https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv\\_nl/uploads/dossiers/lhv\\_analyse\\_beleidsregel\\_nza\\_tariefbeschikking\\_2015\\_def.pdf](https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv_nl/uploads/dossiers/lhv_analyse_beleidsregel_nza_tariefbeschikking_2015_def.pdf) ]
4. **Als het nieuwe systeem er per 1 januari is, verandert er dan de komende jaren niets meer?**  
Op 1 januari 2015 worden de eerste gecontroleerde stappen gezet naar een nieuwe bekostiging voor de huisartsenzorg. Het is de bedoeling dat de nieuwe bekostiging in 2016 en 2017 verder wordt doorontwikkeld en uitgerold om in 2018 te komen tot het eindmodel.
5. **Wat is de rol van de LHV bij de totstandkoming van de nieuwe bekostiging?**  
De LHV is één van de ondertekenaars van het zorgakkoord 2013 en is daarmee ook één van de partijen (samen met Ineen, verzekeraars en het ministerie van VWS) die meedenkt over hoe de nieuwe bekostiging voor de huisartsenzorg eruit moet komen te zien. Voor de LHV voldeed de huidige bekostiging prima. De wens lag echter bij overheid en verzekeraars om te komen tot een nieuw systeem. De LHV kiest ervoor om nauw betrokken te zijn bij de totstandkoming van de nieuwe bekostiging, om de belangen van huisartsen en patiënten zo goed mogelijk te bewaken. Dit heeft er onder andere toe geleid dat in 2015 alleen de eerste voorzichtige stappen worden genomen én dat er o.a. garanties zijn voor de bescherming van het basishuisartsenzorg.
6. **Wat vindt de LHV van het nieuwe systeem?**  
De LHV heeft er voor gekozen om betrokken te zijn bij de ontwikkeling van de nieuwe bekostiging. Want de LHV vindt dat de uitgangspunten van de huisartsen terug moeten komen in de wijze van bekostiging. Bovendien mogen er op praktijkniveau geen schokeffecten optreden. Een uitgangspunt wat ook verzekeraars expliciet onderschrijven. Dit heeft er onder andere toe geleid dat in 2015 alleen de eerste voorzichtige stappen worden genomen én dat er garanties zijn voor de bescherming van het basishuisartsenzorg.
7. **Wat is de inzet van de LHV tot 2018?**  
Voor de LHV is het belangrijk dat alle stappen naar de nieuwe bekostiging gecontroleerd en weloverwogen worden genomen. Op basis van gedegen effectanalyses. En dat er met name geen

schokeffecten op praktijkniveau optreden, zoals afgesproken met de verzekeraars. Dat zal ook komende jaren onze inzet zijn.

8. Wat heeft de LHV gedaan om negatieve effecten te voorkomen?

De LHV heeft er voor gekozen om betrokken te zijn bij de ontwikkeling van de nieuwe bekostiging. Want de LHV vindt dat de uitgangspunten van de huisartsen terug moeten komen in de wijze van bekostiging. Bovendien mogen er op praktijkniveau geen schokeffecten optreden. Dit heeft er onder andere toe geleid dat in 2015 alleen de eerste voorzichtige stappen worden genomen én dat er garanties zijn voor de bescherming van het basishuisartsenzorg.

9. Waar maakt de LHV zich nog zorgen over?

Het is belangrijk dat de omzetten van huisartspraktijken op peil blijven. De invulling van resultaatbekostiging in segment 3 is nog een punt van aandacht tussen huisartsen en zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars willen een systeem invoeren waarbij mogelijk grote schokeffecten voor praktijken optreden. Het principe is dat alleen relatieve prestaties beloond worden. Doet een huisarts het beter dan zijn/haar collega” in plaats van “heeft de praktijk een positieve ontwikkeling laten zien”. Bovendien kan het in de voorgestelde systematiek tot twee jaar duren voordat een praktijk betaald krijgt voor een prestatie. Waarbij de beloning deels ook afhangt van de prestaties in de tweede lijn. Ter illustratie: zorgverzekeraars willen een klein deel van de vergoeding voor kleine chirurgie afhankelijk maken van de mate waarin ziekenhuizen hun productie aan kleine chirurgie verkleinen. Volgens de LHV strookt dit niet met de gemaakte afspraken De LHV is hier intensief over in gesprek met zorgverzekeraars.

Daarnaast horen wij dat er problemen zijn bij de contractering van segment 2. Hoewel de rechtstreekse onderhandeling plaatsvinden tussen zorggroepen en zorgverzekeraars, worden de huisartsen die de programmatische zorg moeten leveren indirect geraakt als de ketenzorgtarieven afkalven. Het is belangrijk dat huisartsen hun zorggroep scherp houden en benadrukken dat er rekening moet worden gehouden met een component voor praktijkkosten in de afspraken over segment 2. Meer hierover leest u hier. [link: [https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv\\_nl/uploads/dossiers/onderbouwing\\_nza-tarieven.pdf](https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv_nl/uploads/dossiers/onderbouwing_nza-tarieven.pdf)]

10. 2015 is een transitiejaar. Hoe wordt gemonitord wat de effecten zijn van deze verschuiving?

In het zorgakkoord is afgesproken dat de declaratiecijfers per kwartaal gemonitord worden en besproken worden door huisartsen en verzekeraars om daar waar nodig bij te sturen.

11. Krijg ik vanaf 2015 extra administratieve lasten?

Vermindering van de administratieve lasten is een doelstelling van de nieuwe bekostiging. Maar het is onduidelijk of dat met ingang van 2015 ook gerealiseerd wordt. Vermindering hangt direct samen met de invulling die individuele verzekeraars geven aan de nieuwe bekostiging. Met name daar waar het gaat om resultaatbeloning in segment 3.

### **Effecten op omzet**

1. Lopen huisartsen het risico om gekort te worden bij deze nieuwe bekostigingssystematiek?

Wanneer tarieven door de overheid worden gereguleerd is er altijd een risico op een korting bij geconstateerde overschrijdingen. Een van de afspraken uit het zorgakkoord is echter dat de kostenontwikkeling en daarmee mogelijke over- en onderschrijding van het macrokader per kwartaal gemonitord worden, zodat er kan worden bijgestuurd. De LHV houdt hier dus de vinger aan de pols.

2. Wat is de invloed van de nieuwe bekostiging op mijn omzet?

Dat zal vooral afhangen van de afspraken met verzekeraars in segment 3. Bij gelijkblijvende volumes voor zorg die nu in segment 1 en 2 zit, zal de omzet naar verwachting gelijk blijven. De basisvoorziening huisartsenzorg (segment 1) is gereguleerd en beschermd. En partijen

verwachten dat segment 2 in omvang gaat groeien, bijvoorbeeld als gevolg van het toevoegen van astma. Landelijk is ook afgesproken dat de middelen voor segment 3 (112 mln) in zijn geheel worden besteed. Verzekeraars hebben die garantie afgegeven. De wijze waarop dit gebeurt en het moment van uitbetalen kan echter per verzekeraar verschillen. Meer hierover leest u hier [<https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/resultaatbeloning-punt-van-aandacht-bekostiging-huisartsenzorg-2015>]

3. Op welke onderwerpen ga ik minder verdienen?

Op sommige M&I's en mogelijk ketenzorg. Omdat hier vrije prijzen gelden is de te verwachte omzet op deze componenten afhankelijk van de voorstellen van zorgverzekeraars en de verdiensten van deelname aan een zorggroep. Enkele verzekeraars hebben bijvoorbeeld al aangegeven sommige M&I's lager te belonen of bepaalde M&I's die samenhangen met ketenzorg te integreren in S2. Het is belangrijk om op deze punten de afspraken uit 2014 te vergelijken met de voorstellen voor 2015. In zijn algemeenheid geven verzekeraars aan niet te willen dat huisartsen er met de nieuwe bekostiging op achteruit gaan. Landelijk is het immers mogelijk om 2,5% te groeien en zelfs meer als er specifieke afspraken gemaakt worden over substitutie vanuit de 2<sup>e</sup> lijn. Praktijken die negatief denken uit te komen adviseren wij ook contact te zoeken met de relatiemanager van hun preferente zorgverzekeraar en/of hun LHV-regiomanager.

4. Ik overweeg een flinke investering te doen. Is het verstandig om daar mee te wachten, gezien de veranderingen?

Of het verstandig is te investeren hangt niet alleen af van de uitwerkingen van de nieuwe bekostigingssystematiek. Grote investeringen (nieuwbouw, renovatie, personele uitbreidingen) moeten zich op lange termijn terugverdienen. Daarbij zijn zaken als veranderingen in de bevolkingsopbouw, toekomstplannen van concurrenten en stakeholders en/of regionale ontwikkelingen ook van belang. U zult de verwachte samenhangende opbrengsten en kosten moeten inschatten en op basis daarvan beoordelen of het "loont". In alle gevallen is het verstandig contact te zoeken met uw bank voor advies over toekomstige investeringsbeslissingen. Zij kennen de lokale markt vaak als geen ander en kunnen uw adviseren over eventuele risico's, kansen en bedreigingen. Denkt u over een verbouwing, neem dan ook eens contact met de Bouwadviesgroep [[link: https://www.lhv.nl/thema/bouwadviesgroep-lhv](https://www.lhv.nl/thema/bouwadviesgroep-lhv) ]

### **Wijze van declareren**

1. Verandert er iets in de wijze van declareren?

Het declaratieproces zal niet wijzigen in 2015. U kunt in 2015 op dezelfde wijze declareren als nu, dus zelf vanuit uw HIS of via een declaratieservice. De inschrijftarieven blijven per kwartaal gedeclareerd, en de consulten en verrichtingen kunt u met dezelfde frequentie blijven declareren als u gewend bent.

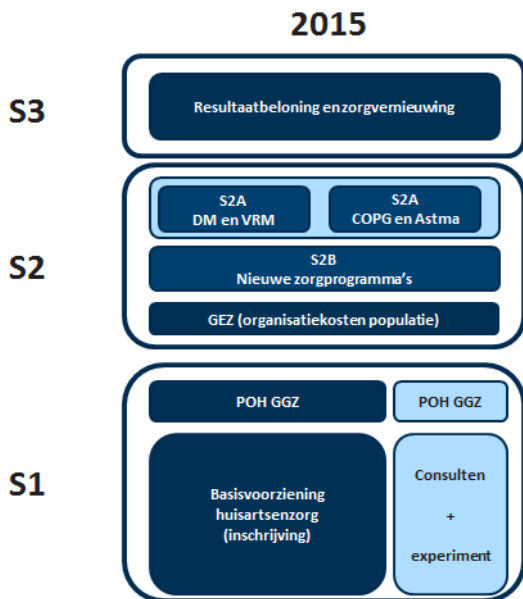
2. Moet ik in mijn HIS nog ergens op letten, of wijst zich alles vanzelf?

Uw HIS-leverancier zal ervoor zorgen dat de nieuwe prestaties, bijbehorende codes en tarieven worden ingevoerd in uw HIS, zoals ieder jaar. Uw HIS-leverancier zal u wijzen op de wijzigingen. Houdt de berichtgeving van uw HIS-leverancier hierover in de gaten.

### **Het nieuwe bekostigingssysteem in hoofdlijnen**

1. Hoe ziet het nieuwe bekostigingssysteem er uit

De activiteiten van de huisarts worden in drie segmenten opgedeeld. Segment 1 staat voor de basishuisartsenzorg, segment 2 voor multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg en segment 3 voor resultaatbeloning op praktijkniveau en innovaties.



2. Wat houdt segment 1 in?

Het eerste segment bestaat voor het overgrote deel uit de reguliere basiszorg die de huisarts levert; de kern van het vak dus.

- De basis huisartsenzorg in het eerste segment gaat redelijk ongewijzigd door.
- Een deel van de huidige M&I-verrichtingen valt van 1 januari 2015 onder segment 1. Bekostiging geschiedt deels via het inschrijftarief en deels via een dubbel consulttarief.. Het gaat hierbij onder andere om IUD inbrengen, Cyriax-injecties en het postoperatief consult.
- Een ander deel van de M&I-verrichtingen krijgt een apart tarief binnen het eerste segment. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om chirurgie en intensieve zorg.

Meer over segment 1 en waar u op moet letten leest u [hier](#)

[[https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv\\_nl/uploads/dossiers/lhv\\_analyse\\_beleidsregel\\_nza\\_tariefbeschikking\\_2015\\_def.pdf](https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv_nl/uploads/dossiers/lhv_analyse_beleidsregel_nza_tariefbeschikking_2015_def.pdf)]

3. Wat houdt segment 2 in?

Binnen dit segment worden de multidisciplinaire ketens voor chronische zorg bekostigd waarover landelijk overeenstemming bestaat. Nu zijn dat diabetes, COPD en cardiovasculair risicomangement. In 2015 komt hier astma bij. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat er in de toekomst meer ketens worden toegevoegd. Dit gebeurt alleen als er landelijk overeenstemming is over de aanpak en de onderliggende zorgstandaarden. Ook de bestaande GEZ-regeling wordt hier in 2015 veiliggesteld.

Meer over segment 2 en waar u op moet letten leest u [hier](#)

[[https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv\\_nl/uploads/dossiers/lhv\\_analyse\\_beleidsregel\\_nza\\_tariefbeschikking\\_2015\\_def.pdf](https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv_nl/uploads/dossiers/lhv_analyse_beleidsregel_nza_tariefbeschikking_2015_def.pdf)]

4. Wat houdt segment 3 in?

Dit is de plek waar resultaten (op praktijkniveau) beloond kunnen worden en waar zorginnovatie gestimuleerd kan worden. Dit segment is dus een kraamkamer van vernieuwing. Veel van de bestaande M&I-verrichtingen en –modules krijgen hierin een plek, in nieuwe prestaties. Denk bijvoorbeeld aan afspraken over doorverwijzen, doelmatig voorschrijven, diagnostiek, service en bereikbaarheid, en e-health.

-

- Bij service kunt u denken aan het bieden van een avondspreekuur, het bieden van telefonische bereikbaarheid de hele dag of het stimuleren van het online afspraken maken
- De LHV gaat samen met verzekeraars nadenken over deze resultaatgebieden. Op die manier is gegarandeerd dat resultaatbeloning pas ingevoerd wordt als er gevalideerde indicatoren zijn. Het NHG speelt een belangrijke rol bij het vaststellen van indicatoren. Meer over segment 3 en waar u op moet letten leest u [hier](https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv_nl/uploads/dossiers/lhv_analyse_beleidsregel_nza_tariefbeschikking_2015_def.pdf) [https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv\_nl/uploads/dossiers/lhv\_analyse\_beleidsregel\_nza\_tariefbeschikking\_2015\_def.pdf]

5. In segment 1 zit de basishuisartsenzorg. Kan die financieel in de verdrukking komen als de segmenten 2 en 3 groeien?

Nee, er wordt per segment afgerekend. Met andere woorden: de basishuisartsenzorg komt niet in het geding als de uitgaven in de andere segmenten teveel stijgen.

#### **Ingezoomd (a): financiering praktijkkosten**

1. Ik hoor dat ik via het inschrijf- en consulttarief niet langer 100% van mijn praktijkkosten betaald krijg, maar slechts 77%. Klopt dat, en zo ja, waar blijft de resterende 23%?  
In het verleden werd 100% van praktijkkosten toegerekend aan het inschrijf- en consulttarief. Uit het kostenonderzoek van de NZa over 2009 en 2010 is echter gebleken dat de gemiddelde huisartspraktijk 77% van zijn omzet behaalt uit werkzaamheden waarvoor de NZa de tarieven vaststelt en 23% uit werkzaamheden waarvoor vrije prijzen gelden. Om die reden rekent de NZa al vanaf 2014 77% van de arbeidskosten- en praktijkkostenvergoedingen toe aan de inschrijf- en consulttarieven. De inschrijf- en consulttarieven voor 2014 (en nu ook 2015) zijn ten opzichte van 2013 nagenoeg gelijk gebleven omdat deze 77% wordt berekend over substantieel hogere arbeidskosten- en praktijkkostenbestandsdeel. Meer over dit onderwerp leest u hier [link: [https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv\\_nl/uploads/dossiers/onderbouwing\\_nza-tarieven.pdf](https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv_nl/uploads/dossiers/onderbouwing_nza-tarieven.pdf)]
2. Moet ik die 23% uitonderhandelen met de verzekeraar?  
Omdat wordt verwacht dat een deel van de arbeids- en praktijkkosten uit opbrengsten voor M&I's en ketenzorg moeten komen, is het belangrijk om na te gaan welke afspraken er met de verzekeraar (of soms ook zorggroep) zijn gemaakt over de praktijkkosten en de personele inzet van bijvoorbeeld de POH. Wanneer het onduidelijk is of er voorheen afspraken gemaakt zijn op basis van bijvoorbeeld integrale tarieven (in S2), is het raadzaam dat vanaf 2015 alsnog duidelijk af te spreken. Het wordt dan in ieder geval voor de toekomst helder welk deel van het tarief gebruikt kan worden voor de dekking van de praktijkkosten. Meer over dit onderwerp leest u hier [link: [https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv\\_nl/uploads/dossiers/onderbouwing\\_nza-tarieven.pdf](https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv_nl/uploads/dossiers/onderbouwing_nza-tarieven.pdf)]  
In praktijken waar weinig tot geen ketenzorg of M&I's wordt geleverd zal het nodig zijn om een meer dan gemiddeld aantal patiënten (>2168) te hebben ingeschreven en/of een meer dan gemiddeld aantal consulten (>8882) te leveren om zo de (gemiddelde) praktijkkosten te kunnen dekken.
3. Wat vindt de LHV van deze toerekening van kosten?  
Het is redelijk om te verwachten dat huisartsen anno 2014 een deel van hun praktijkkosten uit M&I's en ketenzorg halen. Dat betekent echter ook dat het belangrijk is om in de tarieven voor M&I's en ketenzorg (naast de vergoeding voor personeelskosten) een bedrag voor praktijkkosten aan te wijzen. Meer hierover leest u hier: [link: [https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv\\_nl/uploads/dossiers/onderbouwing\\_nza-tarieven.pdf](https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv_nl/uploads/dossiers/onderbouwing_nza-tarieven.pdf) ]

#### **Ingezoomd (b): financiering M&I's**

1. Wat gaat er in 2015 gebeuren met de M&I's?  
Met de invoering van het drie segmenten model is er een begin gemaakt met de beoordeling van de M&I-verrichtingen lijst. Achttien verrichtingen hebben een nieuwe manier van bekostigen gekregen vanaf 2015. De overige 26 verrichtingen zullen in 2015 nog als aparte M&I-verrichting blijven bestaan.

Van de 18 M&I-verrichtingen die een nieuwe manier van bekostigen krijgen, is er over een 9-tal verrichtingen besloten deze als aparte prestatie op te nemen in segment 1. Deze verrichtingen krijgen een door de NZa vastgesteld tarief. Enkele verrichtingen hiervan zijn samengevoegd, zodat er 5 verrichtingen overblijven. Het betreft de volgende verrichtingen:

*Overige S1-verrichtingen per 2015 (voorheen M&I-verrichtingen)*

- Chirurgie (v.h. M&I-verrichting 13012 ,13047, 13048)
- Intensieve Zorg, dag (v.h. M&I-verrichting 13034, 13035)
- Intensieve Zorg , ANW (v.h. M&I-verrichting 13036, 13037)
- Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris (v.h. M&I-verrichting 13015)
- Oogboring (v.h. M&I-verrichting 13024)

De exacte tarieven vindt u [hier](#) [link:

[https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv\\_nl/uploads/dossiers/mi\\_factsheet.pdf](https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv_nl/uploads/dossiers/mi_factsheet.pdf)]

Over de andere negen M&I-verrichtingen is afgesproken dat ze in 2015 als aparte declarabele verrichting vervallen, maar dat historische omzet voor deze verrichtingen overeind blijft via het kunnen declareren van een dubbel consult/visite in combinatie met een aanpassing van het inschrijftarief 2015.

Het betreft de volgende verrichtingen:

- Dubbel consult declareren bij:
  - o Postoperatief consult, incl. verwijdering hechtmateriaal, in de praktijk (13016)
  - o Verrichting ter vervanging van specialistenbezoek (13018)
  - o Trombosebeen (13019)
  - o Varices sclerosering (13020)
  - o Therapeutische injectie (Cyriax) (13023)
  - o Aanmeten en plaatsen pessarium (13025)
  - o IUD (13042)
- Dubbele visite declareren bij:
  - o Postoperatief consult, incl. verwijdering hechtmateriaal, thuis (13017)
- Dubbele visite passant declareren bij:
  - o Kortdurende opname (13046)

## 2. Waarom moet er iets veranderen aan de M&I's?

In het zorgakkoord 2013 is afgesproken om de M&I-verrichtingen tegen het licht te houden, en daar waar mogelijk op een andere wijze te bekostigen. De herziening van de M&I-verrichtingenlijst was al langer een wens van de overheid en zorgverzekeraars. Met name zorgverzekeraars zien de bekostiging per verrichting als een productieprikkel, en willen toe naar minder prestatiebekostiging en meer uitkomstbekostiging. De LHV heeft dit lang tegen weten te houden. De wijzigingen die nu plaatsvinden, kunnen wat de LHV betreft alleen onder strikte voorwaarden. Meer over dit onderwerp leest u [hier](#) [link: [https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv\\_nl/uploads/dossiers/mi\\_factsheet.pdf](https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv_nl/uploads/dossiers/mi_factsheet.pdf)]

## 3. Hoe zijn deze keuzes tot stand gekomen?

Na het Zorgakkoord is er een werkgroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van de LHV, zorgverzekeraars en de overheid, om de verrichtingen afzonderlijk te toetsen. Er is getoetst aan de volgende criteria:

- Is het een prestatie die men ziet als onderdeel van de basishuisartsenzorg
- is de omvang relevant, doen bijna alle huisartsen deze verrichting,
- doen huisartsen deze verrichting in ongeveer gelijke mate

- is extra stimuleren of resultaten belonen via S3 mogelijk en/of wenselijk.

Afhankelijk van de antwoorden op deze vragen zijn a) verschillende M&I-verrichtingen als aparte prestatie met een max-tarief ondergebracht in S1 b) M&I-verrichtingen vervallen en kan voortaan een dubbel consult gedeclareerd worden in combinatie met een iets hoger inschrijftarief c) verschillende verrichtingen op de zogenaamde doorontwikkelagenda geplaatst. Deze laatste categorie zal zo mogelijk de komende jaren ondergebracht worden in het nieuwe bekostigingsmodel.

4. Ik hoor dat we voor een spiraal slechts 18 euro krijgen. Klopt dat?

Nee, dit klopt niet helemaal. Het klopt dat er voor het plaatsen of verwijderen van een spiraal in 2015 een dubbel consult (à € 18,08) kan worden gedeclareerd. Er is echter ook geld toegevoegd aan het inschrijftarief voor het plaatsen van een spiraal, namelijk € 0,16 per ingeschreven patiënt (€ 0,04 maal 4 kwartalen) . Een voorbeeldberekening laat het effect zien wanneer u 10 spiralen per jaar zet (het gemiddelde per praktijkhouder per jaar):

	Aantal	Tarief	Aantal inschrijvingen	Tariefopslag (totaal van 4 kwartalen)	Totaal	
Opbrengsten IUD 2014	10	€ 55,77	2.168	-	€ 557,71	
Opbrengsten IUD 2015	10	€ 18,08	2.168	€ 0,16	€ 521,07	(€180+€340)
					€ 36,63	Vershil
					6,57%	% tbv segment 3

Uw situatie wijkt per definitie af van bovenstaande berekening op basis van gemiddelden. Wanneer u meer spiralen zet (obv 2.168 patiënten) dan zal deze specifieke wijziging uw omzet nadelig beïnvloeden. Zet u er minder, dan zal het uw omzet positief beïnvloeden.

5. Wat betekent dit voor:

- a. Postoperatief consult, incl. verwijdering hechtmateriaal, in de praktijk (13016)  
Dubbel consult declareren, plus een kleine opslag op het inschrijftarief.
- b. Verrichting ter vervanging van specialistenbezoek (13018)  
Dubbel consult declareren, plus een kleine opslag op het inschrijftarief.
- c. Trombosebeen(13019)  
Dubbel consult declareren, plus een kleine opslag op het inschrijftarief.
- d. Varices sclerosering (13020)  
Dubbel consult declareren, plus een kleine opslag op het inschrijftarief.
- e. Therapeutische injectie (Cyriax) (13023)  
Dubbel consult declareren, plus een kleine opslag op het inschrijftarief.
- f. Aanmeten en plaatsen pessarium (13025)  
Dubbel consult declareren, plus een kleine opslag op het inschrijftarief.
- g. IUD(13042)  
Dubbel consult declareren, plus een kleine opslag op het inschrijftarief.
- h. Postoperatief consult, incl. verwijdering hechtmateriaal, thuis (13017)  
Dubbele visite declareren, plus een kleine opslag op het inschrijftarief.
- i. Kortdurende opname (13046)  
Dubbele visite passant declareren, plus een kleine opslag op het inschrijftarief.

Daarnaast de M&I-verrichtingen die als aparte prestatie ondergebracht worden in S1. Hiervoor heeft de NZa een maximumtarief afgegeven, dat dekking moet bieden voor de kosten (arbeid

en praktijkkosten). In 2015 zal de NZa de tarieven opnieuw vaststellen op basis van onderzoek naar de werkelijke kosten van deze verrichting.

- j. Chirurgie (v.h. M&I-verrichting 13012 ,13047, 13048)  
Deze M&I-verrichtingen zijn samengevoegd tot één aparte prestatie en opgenomen in segment 1. Deze verrichting krijgt een door de NZa vastgesteld tarief, voor 2015: € 76,40
- k. Intensieve Zorg, dag (v.h. M&I-verrichting 13034, 13035)  
Deze M&I-verrichtingen zijn samengevoegd tot één aparte prestatie en opgenomen in segment 1. Deze verrichting krijgt een door de NZa vastgesteld tarief, voor 2015: € 65,25
- l. Intensieve Zorg , ANW(v.h. M&I-verrichting 13036, 13037)  
Deze M&I-verrichtingen zijn samengevoegd tot één aparte prestatie en opgenomen in segment 1. Deze verrichting krijgt een door de NZa vastgesteld tarief, voor 2015: € 112,83
- m. Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris (v.h. M&I-verrichting 13015)  
Deze M&I-verrichting is als aparte prestatie opgenomen in segment 1. Deze verrichting krijgt een door de NZa vastgesteld tarief, voor 2015: € 51,39
- n. Oogboring (13024)  
Deze M&I-verrichting is als aparte prestatie opgenomen in segment 1. Deze verrichting krijgt een door de NZa vastgesteld tarief, voor 2015: € 48,94

#### 6. Welke M&I's veranderen niet?

In 2015 zijn er nog 26 M&I-verrichtingen die met een contract met de verzekeraar nog als aparte M&I-verrichting gedeclareerd kunnen worden. Over deze 26 'buiten-scope' M&I-verrichtingen zal de NZa in de 2e helft van dit jaar adviseren met de bedoeling om deze 'buiten-scope' M&I-verrichtingen in 2016 in het segmentenmodel te plaatsen. Het gaat om:

- 13000 Audiometrie
- 13001 Diagnostiek met behulp van Doppler
- 13003 Tympanometrie
- 13004 Longfunctiemeting
- 13005 ECG diagnostiek
- 13006 Spleetlamponderzoek
- 13007 Telezorg op de waddeneilanden
- 13008 Bloeddrukmeting 24 uur, hypertensiemeting
- 13009 Teledermatologie
- 13010 Cognitieve functie test (MMSE)
- 13011 Hartritmestoornissen
- 13027 MRSA screening
- 13029 Diabetes begeleiding per jaar
- 13030 Diabetes consult instellen insuline
- 13031 COPD gestuctureerde zorg per jaar
- 13032 Palliatieve consultatie, visite
- 13033 Palliative consultatie, telefonisch
- 13038 Euthanasie
- 13043 Gestuctureerde huisartsenzorg in verzorgingshuis, per kwartaal
- 13044 Gestuctureerde huisartsenzorg maatschap. opvang, per kwartaal
- 13045 Abdominale echografie
- 13013 chirurgie in geval van cosmetiek
- 13021 varices sclerosering in geval van cosmetiek
- 13039 Reizigersadviesing
- 13040 Sterilisatie man (vasectomie)
- 13041 Besnijdenis (Circumcisie)



7. Wat gaat er na 2015 met de overige M&I's gebeuren?

Dat is nog niet duidelijk. Over deze 26 'buiten-scope' M&I-verrichtingen zal de NZa in de 2e helft van dit jaar adviseren met de bedoeling om deze 'buiten-scope' M&I-verrichtingen in 2016 in het segmentenmodel te plaatsen.

8. Wat betekent deze verandering voor mijn praktijkomzet?

Dat is afhankelijk van de hoeveelheid M&I-verrichtingen die u doet. Van een negental M&I-verrichtingen is afgesproken ze onder te brengen in segment 1, de basishuisartsenzorg. Het gaat dan in totaal om ongeveer 26 mln euro. Afgesproken is dat die 26 mln op 3 manieren terugkomt bij de huisarts:

1. Er kan voor deze verrichtingen nog steeds een dubbel consult of visite gedeclareerd worden. Hiermee is ongeveer 15 mln gemoeid.
2. Een klein deel (1 mln) is ondergebracht in segment 3 en kan door verzekeraars gebruikt worden om resultaten te stimuleren.
3. Het restant, ongeveer 10 mln is verwerkt in een ophoging van het inschrijftarief.

Samen zorgen deze drie afspraken ervoor dat de gemiddelde omzet van deze 9 verrichtingen op peil blijven (voor de gemiddelde praktijk), mits de huisarts deze verrichtingen ook in 2015 blijft doen.

Daarnaast staat het verzekeraars vrij om deze verrichtingen via segment 3 extra te belonen. Bijvoorbeeld om te voorkomen dat deze verrichtingen tegen hogere tarieven in de 2e lijn worden uitgevoerd. Het is dus zaak om in uw contract na te gaan of daar iets over opgenomen is door de zorgverzekeraar in segment 3.

9. Ben ik verplicht om de M&I's die nu in het consulttarief verrekend zijn, te blijven doen?

U bent niets verplicht, maar de gedachte is wel dat huisartsen in 2015 deze basishuisartsenzorg blijven bieden aan ingeschreven patiënten. De totale financiering blijft door de combinatie van dubbel consult en een iets hoger inschrijftarief ook op niveau. De gedachte is verder dat verzekeraars een verdere toename kunnen stimuleren of belonen via afspraken in segment 3.

10. Als blijkt dat er (te) negatieve effecten zijn, wat gebeurt er dan?

De LHV wil scherp in de gaten houden hoe deze negen M&I's zich in 2015 ontwikkelen. Ook gaat de LHV bewaken hoe verzekeraars deze prestaties via segment 3 stimuleren of belonen. Want in veel gevallen (o.a. IUD, Cyriax) is er ook een percentage afgeroomd om gebruikt te worden voor belonen in segment 3. 2015 is een transitiejaar en mocht bijvoorbeeld blijken dat er in 2015 substantieel minder IUD's worden gezet in de huisartsenpraktijk dan in 2014, dan gaan wij hierover het gesprek aan met ministerie en zorgverzekeraars. Het leveren van zinnige en zuinige zorg van hoge kwaliteit staat namelijk voorop.

11. Is mijn zorgverzekeraar verplicht om mij in segment 3 een financiële stimulans te bieden om M&I's te (blijven) verrichten?

Ja en nee. Er is geen verplichting om specifiek per M&I-verrichting een vergoeding via segment 3 aan te bieden. Wel hebben de zorgverzekeraars de verplichting om het macro-bedrag dat gemoeid gaat met deze overheveling (de 6,9 procent afroaming) volledig in 2015 uit te keren via segment 3.

12. Wat is de rol van de LHV geweest in deze verandering?

Ministerie en zorgverzekeraars hebben al jaren de wens om de M&I's te verwerken in het inschrijftarief. Minder de afzonderlijke prestaties belonen, meer bekostigen op basis van resultaten/uitkomsten. Ook beoordelen veel verzekeraars de tarieven als (te) hoog. De LHV heeft het opschonen van de M&I-verrichtingen lang tegen weten te houden. In het in 2013 afgesloten zorgakkoord is afgesproken de M&I-verrichtingen zo mogelijk af te bouwen. De LHV is hierbij nauw betrokken, samen met verzekeraars en NHG. De wijzigingen die nu plaatsvinden, kunnen

wat de LHV betreft alleen onder strikte voorwaarden. Meer hierover leest u in de factsheet over de M&I's [link: [https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv\\_nl/uploads/dossiers/mi\\_factsheet.pdf](https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv_nl/uploads/dossiers/mi_factsheet.pdf)]

13. Zijn er veranderingen waarmee de LHV niet gelukkig is, en zo ja, wat gaat de LHV doen om deze terug te draaien?

Op specifieke M&I-verrichtingen had de LHV graag andere keuzes gezien. Bijvoorbeeld de IUD plaatsen als dubbel consult is niet de keuze van de LHV. Vervolgens is ook het apart stimuleren of belonen via segment 3 voor 2015 (nog) niet gerealiseerd. Terwijl er bij deze verrichtingen wel een percentage is afgeroomd voor stimulering/resultaatbeloning. Hier staat tegenover dat er voor 9 verrichtingen is bedongen dat die als aparte prestatie blijven bekostigd. De M&I chirurgie had bijvoorbeeld net als de IUD plaatsen als dubbel consult kunnen worden bekostigd, dit is gelukkig voorkomen. Wat betreft de verrichtingen die als dubbel consult moeten worden gedeclareerd, en dan met name de IUD plaatsen, wil de LHV scherp in de gaten wat dit met het volume van deze verrichtingen doet in 2015. De effecten zullen besproken worden met de partijen waarmee het Zorgakkoord is afgesloten. Meer hierover leest u in de factsheet over de M&I's [link: [https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv\\_nl/uploads/dossiers/mi\\_factsheet.pdf](https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv_nl/uploads/dossiers/mi_factsheet.pdf) ]

14. Had de LHV de verandering in de M&I's niet kunnen voorkomen?

Ministerie en zorgverzekeraars hebben al jaren de wens om de M&I's te verwerken in het inschrijftarief. De LHV heeft dit lang tegen weten te houden. De wijzigingen die nu plaatsvinden, kunnen wat de LHV betreft alleen onder strikte voorwaarden. Meer hierover leest u in de factsheet over de M&I's [link: [https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv\\_nl/uploads/dossiers/mi\\_factsheet.pdf](https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv_nl/uploads/dossiers/mi_factsheet.pdf)]

15. Zijn deze veranderingen geen verkapte korting op onze tarieven?

De LHV begrijpt dat de verschuiving van ondermeer het M&I IUD naar het inschrijftarief kan voelen als een verkapte bezuiniging op de tarieven. Daar waar je eerst rond de €55 kon declareren voor bijvoorbeeld IUD plaatsen, is dat nu nog circa € 18. Dit is een deel van het verhaal. Want tegelijkertijd is het inschrijftarief verhoogd en is er geld vrijgemaakt voor stimulering in S3. Een rekenvoorbeeld (zie onderaan) laat zien dat er – voor de gemiddelde huisartspraktijk – via het inschrijftarief een groot deel van de omzet toch nog binnenkomt. Wat ook betekent dat – eventuele stimulering in S3 buiten beschouwing gelaten - praktijken die minder dan gemiddeld IUD's zetten er qua omzet op vooruit gaan en praktijken die meer dan gemiddeld IUD's zetten er qua omzet op achteruit gaan. Dezelfde systematiek geldt ook voor de overige acht M&I's die verplaatst worden naar het inschrijftarief. Om het precieze effect van deze verschuiving op de omzet van een huisartsenpraktijk te berekenen, zal naar het totaalplaatje van deze negen verrichtingen moeten worden gekeken.

De LHV wil scherp in de gaten houden hoe deze negen M&I's zich in 2015 ontwikkelen. 2015 is een transitiejaar en mocht bijvoorbeeld blijken dat er in 2015 substantieel minder IUD's worden gezet in de huisartsenpraktijk dan in 2014, dan gaan wij hierover het gesprek aan met ministerie en zorgverzekeraars. Het leveren van zinnige en zuinige zorg van hoge kwaliteit staat namelijk voorop.

Huisartsen zetten in 2012 78.203 spiraaltjes. Daarmee is bijna 4,4 miljoen euro gemoeid. Dit vertaalt zich naar circa 10 spiraaltjes per normpraktijk.

	Aantal	Tarief	Aantal inschrijvingen	Tariefopslag (totaal van 4 kwartalen)	Totaal	
Opbrengsten IUD 2014	10	€ 55,77	2.168	-	€ 557,71	
Opbrengsten IUD 2015	10	€ 18,08	2.168	€ 0,16	€ 521,07	(180+340)
					€ -36,63	Verschil

					= 6,57%	% tbv segment 3
--	--	--	--	--	---------	-----------------

### Ingezoomd (c): financiering POH (GGZ en S)

#### 1. Wat gaat er in 2015 gebeuren met de POH-regelingen

##### a. POH-GGZ

Inhoudelijk verandert er in de bekostiging van de POH-GGZ niet veel. Het tarief biedt ruimte om 12 uur per week per praktijk (van 2.350 patiënten) een GGZ praktijkondersteuner in te zetten en het is nog steeds mogelijk om het moduletarief in te zetten voor verscheidene zaken (personele inzet, de vergoeding van E-health en/of consultatieve raadpleging van gespecialiseerde aanbieders). Let op: er wordt dus nog steeds de oude vuistregel van 1fte/36 uur per 3 oude normpraktijken gehanteerd. De veranderingen hebben vooral betrekking op de tarieven. Zo is het consultatief voor de POH-GGZ voor 2015 gelijk getrokken met dat van een regulier consult (verlaging 3%) en is het module tarief verhoogd (+1%). Overall is de opbrengst per 1000 ingeschreven patiënten nagenoeg gelijk voor 2015 aan de opbrengst per 1000 ingeschreven patiënten voor 2014. Meer hierover in de factsheet POH-GGZ [link: [https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv\\_nl/uploads/dossiers/poh\\_ggz\\_factsheet.pdf](https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv_nl/uploads/dossiers/poh_ggz_factsheet.pdf) ]

##### b. POH-S

De plaatsing van de POH-S in de nieuwe bekostiging is nog niet afgerond. Daarom is afgesproken dat in 2015 de POH S niet alleen en exclusief in segment 2 bekostigd wordt. In segment 2 is de praktijkondersteuner onderdeel van de integrale programmatische multidisciplinaire zorg aan bijvoorbeeld diabetespatiënten. In 2015 kan de POH-S ook nog steeds bekostigd worden via een module (Module POH-S, module ouderenzorg, etc) en ook deels nog via het declareren van consulten/visites onder de verlengde arm van de huisarts. Natuurlijk kan een prestatie niet dubbel gedeclareerd worden.

#### 2. Waarom moet er iets veranderen aan de POH regeling?

De LHV is van mening dat de praktijkondersteuner somatiek een vaste plek als onderdeel van het reguliere huisartsteam verdient. En dat de praktijkondersteuner niet exclusief inzetbaar is bij programmatische multidisciplinaire zorg aan chronisch zieken (segment 2). Sterker nog, de LHV vindt dat de bekostiging van de POH-S moet aansluiten op de visie dat de praktijkondersteuner onlosmakelijk is verbonden aan de reguliere huisartspraktijk (segment 1).

#### 3. Wat gaat er na 2015 met de POH regelingen gebeuren?

Dat is nog onduidelijk en onderdeel van de ontwikkelagenda voor 2015 -2016. De LHV is van mening dat de praktijkondersteuner somatiek een vaste plek als onderdeel van het reguliere huisartsteam verdient. En dat de praktijkondersteuner niet exclusief inzetbaar is bij programmatische multidisciplinaire zorg aan chronisch zieken (segment 2). Sterker nog, de LHV vindt dat de bekostiging van de POH-S moet aansluiten op de visie dat de praktijkondersteuner onlosmakelijk is verbonden aan de reguliere huisartspraktijk (segment 1).

#### 4. Wat betekent deze verandering voor mijn praktijkomzet?

Dat is niet bekend en zal moeten blijken uit eventuele vervolgstappen in transitie naar een eindmodel.

#### 5. Is het verstandig om nu nog een POH-GGZ / S aan te nemen?

Of het verstandig is extra personeel aan te nemen hangt samen met de vraag of dit personeel zich in de toekomst ook terugverdient. Over de tarieven na 2015 is geen uitsluiting te geven. Indien mogelijk is het voor inzet van de praktijkondersteuning (POH-S bij programmatische zorg in S2A) verstandig

daar lange termijn afspraken met de verzekeraar (of zorggroep) over te maken en zodoende de financiële risico's te beperken.

6. Kan ik in 2015 mijn POH-GGZ/S nog blijven betalen?

Als de kosten voor inzet van praktijkondersteuning zich in 2014 lieten terugverdienen, dan zou dit voor 2015 ook moeten uitkomen. In ieder geval voor de inzet van een POH-GGZ (zie de factsheet POH-GGZ voor een voorbeeldberekening voor 2014 en 2015 [link: [https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv\\_nl/uploads/dossiers/poh\\_ggz\\_factsheet.pdf](https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv_nl/uploads/dossiers/poh_ggz_factsheet.pdf)]). Omdat de bekostiging van de POH-S onderdeel is van het vrije segment hangt het antwoord op deze vraag samen met de wijze waarop verzekeraars de POH-S wensen te bekostigen. Van enkele verzekeraars is bekend dat zij de modaliteiten die zij in 2014 hanteerde ook voor 2015 zullen toepassen.

7. Wat vindt de LHV van deze verandering?

Bekostigingstechnisch is er niet veel veranderd en de praktijkondersteuner is nog steeds een wenselijk verlengstuk van de huisarts. De huidige bekostigingsmodaliteiten blijven (vooralsnog) bestaan en het lijkt er op dat verzekeraars die mogelijkheden ook willen benutten. De LHV vindt wel dat er duidelijkheid moet komen over plaats en invulling van de praktijkondersteuners in het nieuwe bekostigingsmodel. Wij zijn van mening dat de praktijkondersteuner somatiek een vaste plek als onderdeel van het reguliere huisartsteam verdient. En dat de praktijkondersteuner niet exclusief inzetbaar is bij programmatische multidisciplinaire zorg aan chronisch zieken (segment 2). Sterker nog, de LHV vindt dat de bekostiging van de POH-S moet aansluiten op de visie dat de praktijkondersteuner onlosmakelijk is verbonden aan de reguliere huisartspraktijk (segment 1).

### **Variabilisering van het inschrijftarief**

1. Sinds een aantal jaren kennen we de variabiliseringsgelden. Wat gaat daarmee gebeuren?

Het is de LHV niet gelukt om de variabiliseringsregeling in de huidige vorm te continueren in 2015. Daarmee komt een einde aan de reeks van uniforme en landelijke afspraken tussen LHV en ZN/verzekeraars over de kwaliteit van de huisartsenzorg. Afsproken is dat de 60 mln. variabiliseringsgelden ingezet worden in segment 3 en uitgegeven zullen worden aan het belonen van resultaten. Voor zover die resultaten betrekking hebben op S1 en bijdragen aan het verbeteren van kwaliteit, doelmatigheid en service van de basishuisartsenzorg. Verzekeraars hebben de garantie gegeven dat in 2015 in totaal € 112 mln besteed zal worden aan resultaatbeloning, inclusief de modules en inclusief de variabiliseringsgelden.

2. Waarom gaat er iets veranderen aan de variabiliseringsgelden?

Het is de LHV niet gelukt om de variabiliseringsregeling in de huidige vorm te continueren in 2015. De LHV is nog steeds voorstander van een uniforme eenduidige landelijke afspraak tussen LHV en verzekeraars. Maar zorgverzekeraars stonden hier niet voor open. Omdat de variabiliseringsgelden een bestaand voorbeeld van resultaatbekostiging zijn, is het geld ondergebracht in segment 3.

3. Hoe zijn deze keuzes tot stand gekomen?

De LHV is nog steeds voorstander van een uniforme eenduidige landelijke afspraak tussen LHV en verzekeraars. Maar, omdat zorgverzekeraars stonden hier niet voor open, is ervoor gekozen om in ieder geval de middelen zeker te stellen als onderdeel van de bestedingsgarantie van € 112 mln in S3

4. Wat betekent deze verandering voor mijn praktijkomzet?

De effecten op uw praktijkomzet zijn nog onduidelijk. Afsproken is dat de aan segment 3 toegerekende middelen volledig besteed worden aan vooraf overeengekomen prestaties. Het gaat om € 112 mln. (inclusief de variabiliseringsgelden). Het gaat dan om de optelsom van resultaatbelonen op doelmatig voorschrijven, verwijzen, service en bereikbaarheid, samen met de doorloop van bestaande modules. Wanneer u de resultaten behaalt die uw preferente zorgverzekeraar in segment 3 in het

contract opneemt voor 2015, zal deze wijziging naar verwachting geen invloed hebben op uw praktijkomzet.

5. Wat vindt de LHV van deze verandering?

De LHV is geen voorstander van deze verandering. De variabeliseringsgelden zijn in het verleden onttrokken uit het inschrijftarief (basis huisartsenzorg) en worden nu in segment 3 geplaatst. Wel is afgesproken is dat de 60 mln in segment 3 uitgegeven wordt aan het belonen van resultaten. Voor zover die resultaten betrekking hebben op S1 en bijdragen aan het verbeteren van kwaliteit, doelmatigheid en service van de basishuisartsenzorg.

6. Met de variabeliseringsgelden was macro circa 60 miljoen euro gemoeid. Waar blijft dat geld?

In segment 3, in de resultaat bekostiging op praktijkniveau. Afgesproken is dat het geld wat beschikbaar is in segment 3 voor resultaatbeloning volledig zal worden uitgegeven in 2015. Het gaat hierbij om 112 mln euro

Totaal M&I-modules in 2015	€ 183 mln.	(incl. variabeliseringsgelden)
Innovatie en experimenten	€ 4 mln.	
Resultaatbeloning IUD en Cyriax	€ 5,9 mln.	
	-----	
Subtotaal	€ 193 mln.	
AF: POH-S in S3	€ 80 mln.	
	-----	
Bestedingsgarantie verzekeraars S3	€ 112 mln	

### GEZ-gelden

1. Wat gaat er gebeuren met de GEZ-gelden in 2015?

De module GEZ blijft in 2015 voortbestaan (in segment 2), maar zal na onderzoek naar gewenste ondersteuningstructuren veranderen.

### Contract 2015 – verzekeraars

1. Wanneer kan ik mijn contract 2015 verwachten?

Dat wisselt per verzekeraar. Naar verwachting ontvangen de eerste huisartsen vanaf half september/begin oktober het contractvoorstel van hun preferente verzekeraar.

2. Waar moet ik op letten in dit contract?

De LHV heeft de NZa beleidsregels nauwkeurig geanalyseerd. Wat we merken is dat er verschillen in interpretatie van de beleidsregels zijn tussen verzekeraars en de LHV en verzekeraars onderling. Wij adviseren u de analyse door te lezen, zodat u weet wat mogelijke aandachtspunten zijn. Heeft u vragen dan kunt u altijd contact opnemen met uw eigen huisartsenkring [<https://www.lhv.nl/artikelen/regios-en-kringen>], het LHV regiokantoor bij u in de buurt [<https://www.lhv.nl/contact>] of het landelijke LHV-kantoor in Utrecht [<https://www.lhv.nl/contact>]

3. Waar kan ik terecht met vragen, opmerkingen of klachten over mijn contract?

Heeft u vragen dan kunt u altijd contact opnemen met uw eigen huisartsenkring [link: <https://www.lhv.nl/artikelen/regios-en-kringen> ], het LHV-regiokantoor bij u in de buurt [link: <https://www.lhv.nl/contact>] of het landelijke LHV-kantoor in Utrecht [link: <https://www.lhv.nl/contact>]

Wilt u ervaringen met de contractering (positief of negatief) met ons delen, dat kan via het meldpunt contractering [link: <https://www.lhv.nl/service/meldpunt-contractering-huisartsenzorg> ] op de LHV website.

4. Hoe zit het met het volgen van verzekeraars in 2015?

Verzekeraars zijn in beginsel niet verplicht te volgen. Maar zij hebben voor de resultaatbekostiging (segment 3) een volgformat afgesproken. Het gaat dan om de afspraken voor doelmatig voorschrijven,

verwijzen en diagnostiek, service en bereikbaarheid ( segment 3).

5. Mijn verzekeraar wil een proef doen met een consultloos systeem (consulten worden niet apart gedeclareerd). Mag dit?

Ja dat mag onder voorwaarden. Voor segment 1 is afgesproken dat vooralsnog de gemengde bekostiging op basis van inschrijvingen en consulten gehandhaafd blijft. Maar verzekeraars willen experimenteren met bekostiging op basis van uitsluitend abonnement en de NZa wil onderzoeken of consulten als betaaltitel op termijn kunnen verdwijnen. Een eventueel toekomstig (gedifferentieerd) abonnementssysteem moet dan voldoende onderscheidend zijn naar werkdruk/werklastverschillen tussen praktijken.

Partijen die in 2015 willen experimenteren met een bekostiging zonder consulten, kunnen dit doen op basis van de beleidsregel 'Innovatie' of op basis van de mogelijkheden de huidige beleidsregels bieden (bijvoorbeeld een module/opslag voor een consultloos experiment). De LHV is van mening dat een eventueel experiment: a) zou moeten plaatsvinden op basis van vrijwilligheid (de huisarts kan vrij beslissen om al of niet mee te doen en wordt niet (indirect) gedwongen tot het experiment b) vooralsnog een periode van bijvoorbeeld 1, max 2 jaar betreft in combinatie met een gedegen evaluatie van de effecten en bruikbaarheid en c) gepaard moet gaan met concrete afspraken en garanties die de historische omzet van de betrokken huisartsen garanderen.

6. Waar moet ik voor 2015 wél en geen contract voor hebben?

Met ingang van 2015 vervalt de contracteervereiste voor de inschrijf- en consulttarieven. Deze prestaties kunnen dus in rekening gebracht worden zonder contract met een verzekeraar. Voor een volledig overzicht van waar u wel en geen contract voor nodig hebt om de zorg te morgen declareren, verwijzen we u naar de uitgebreide analyse van de NZa beleidsregels [link: [https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv\\_nl/uploads/dossiers/lhv\\_analyse\\_beleidsregel\\_nza\\_tariefbeschikking\\_2015\\_def.pdf](https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv_nl/uploads/dossiers/lhv_analyse_beleidsregel_nza_tariefbeschikking_2015_def.pdf)]. Per zorgonderdeel wordt aangegeven of een contract vereist is of niet. De LHV is nog met de NZa in discussie om per 2015 de contracteervereiste voor niet-ZVW-prestaties te laten vervallen.