

TARIEFBESCHIKKING



COLLEGE TARIEVEN
GEZONDHEIDSZORG
ZORG AUTORITEIT

krachtens de titels 1, 2 en 3 van hoofdstuk II van de WTG

Nummer : 5000-1900-06-1 Volgnr.: 10

Het College tarieven gezondheidszorg / Zorgautoriteit i.o.

Datum ingang : 01-01-2006

Datum verzending : 22-12-2005

Datum beschikking : 22-12-2005

Geldig tot :

Komt te vervallen:

nummer : *

datum beschikking :

Behandeld door : Mevrouw drs. M.C.M. Verbeek

gegeven de inhoud van:

de beleidsregels voor huisartsen en gelet op WTG-artikel 2 j^e art. 10a lid 3 j^e art. 8 lid 5 j^e art. 8 lid 3

heeft besloten:

dat rechtsgeldig

door:

huisartsen, als vermeld in artikel 1 onder B, nummer 1 en door instellingen als vermeld in artikel 1 onder A, nummer 22, 32 en 33 en de organen als bedoeld in artikel 4 van het Besluit werkingssfeer WTG 1992

aan:

natuurlijke personen dan wel rechtspersonen, met inachtneming van de in de bijlage gestelde beperkingen

prestatiebeschrijving en bijbehorend maximumtarief (in euro's):

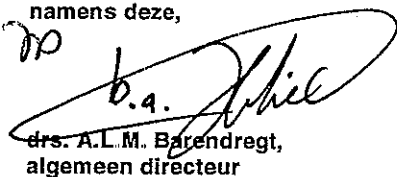
– maximaal de bedragen, vermeld achter de desbetreffende prestaties, zoals omschreven in de bijgevoegde tarievenlijst in rekening kunnen worden gebracht.

– wat betreft de module modernisering en innovatie, de prestaties zoals omschreven in de bijgevoegde tarievenlijst in rekening kunnen worden gebracht.

De declaraties voor huisartsenhulp dienen te worden gespecificeerd conform de beschrijvingen en coderingen in de bijgevoegde tarievenlijst.

* De geldigheidsduur van de eerder afgegeven tariefbeschikkingen met nummer 5000-1000-05-2 van 14 februari 2005, nummer 5000-1500-05-3 van 4 februari 2005, nummer 5000-1900-05-3 van 31 januari 2005 en nummer 5000-1900-05-2 van 14 maart 2005 worden met de onderhavige tariefbeschikking beperkt tot 1 januari 2006.

namens deze,


b.a.
drs. A.L.M. Barendregt,
algemeen directeur

zie bijgevoegde toelichting

bij tariefbeschikking

Werkingsfeer

1. Voor de toepassing van deze tariefbeschikking wordt een persoon, die
 - krachtens de sociale ziektekostenwetgeving van een andere staat verzekerd is en
 - in Nederland woont of hier tijdelijk verblijft en
 - krachtens een Verordening van de Raad van de Europese Unie, dan wel krachtens enig ander door Nederland gesloten bilateraal of multilateraal verdrag, recht heeft op verstrekkingen overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, gelijkgesteld met een Zorgverzekeringswet /AWBZ-verzekerde.
2. Met de afgifte van deze tariefbeschikking wordt de geldigheidsduur van de eerder afgegeven tariefbeschikking beperkt tot de ingangsdatum van deze tariefbeschikking.
3. **Bezwaar / Beroep**
Ingevolge artikel 35 van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) juncto artikel 7:1 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) kan het orgaan voor gezondheidszorg of de representatieve organisatie van organen voor gezondheidszorg dan wel de ziektekostenverzekeraar of de representatieve organisatie van ziektekostenverzekeraars, die daardoor rechtstreeks in zijn belang is getroffen, binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit een bezwaarschrift, per post dan wel per fax, indienen bij het College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o., de heer drs. A.L.M. Barendregt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht. Het bezwaar dient conform artikel 6:5 Awb schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en moet ten minste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar zich richt en de gronden van het bezwaar. Het verdient aanbeveling om een afschrift van het bestreden besluit bij te voegen.

Voor tarieven met een ingangsdatum vóór 1 januari 2006 geldt onderstaande toelichting.**Werkingsfeer**

1. Voor de toepassing van deze tariefbeschikking wordt een persoon, die
 - krachtens de sociale ziektekostenwetgeving van een andere staat verzekerd is en
 - in Nederland woont of hier tijdelijk verblijft en
 - krachtens een Verordening van de Raad van de Europese Unie, dan wel krachtens enig ander door Nederland gesloten bilateraal of multilateraal verdrag, recht heeft op verstrekkingen overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Ziekenfondswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, gelijkgesteld met een ziekenfondswet-/AWBZ-verzekerde.
2. Met de afgifte van deze tariefbeschikking wordt de geldigheidsduur van de eerder afgegeven tariefbeschikking beperkt tot de ingangsdatum van deze tariefbeschikking.
3. **Bezwaar / Beroep**
Ingevolge artikel 35 van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) juncto artikel 7:1 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) kan het orgaan voor gezondheidszorg of de representatieve organisatie van organen voor gezondheidszorg dan wel de ziektekostenverzekeraar of de representatieve organisatie van ziektekostenverzekeraars, die daardoor rechtstreeks in zijn belang is getroffen, binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit een bezwaarschrift, per post dan wel per fax, indienen bij het College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o., de heer drs. A.L.M. Barendregt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht. Het bezwaar dient conform artikel 6:5 Awb schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en moet ten minste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar zich richt en de gronden van het bezwaar. Het verdient aanbeveling om een afschrift van het bestreden besluit bij te voegen.

Bijlage 1 bij tariefbeschikking 5000-1900-06-1 van 22 december 2005

HUISARTSENHULP

A. DE MAXIMAAL DOOR HUISARTSEN IN REKENING TE BRENGEN TARIEVEN VOOR PRESTATIES MET INGANG VAN 1 JANUARI 2006

A.1. Het maximum inschrijvingstarief per op naam van de huisarts ingeschreven verzekerde* bedraagt

code	per kwartaal voor	Tarief
11000	verzekerden tot 65 jaar <u>niet</u> woonachtig in een achterstandswijk	€ 13,00
11100	verzekerden van 65 jaar tot 75 jaar <u>niet</u> woonachtig in een achterstandswijk	€ 14,70
11101	verzekerden vanaf 75 jaar <u>niet</u> woonachtig in een achterstandswijk	€ 15,40
11102	verzekerden tot 65 jaar <u>en</u> woonachtig in een achterstandswijk	€ 14,70
11103	verzekerden van 65 jaar tot 75 jaar <u>en</u> woonachtig in een achterstandswijk	€ 16,50
11104	verzekerden vanaf 75 jaar <u>en</u> woonachtig in een achterstandswijk	€ 17,20
	<u>inclusief vergoeding digitale declaratie</u>	
11010	verzekerden tot 65 jaar <u>niet</u> woonachtig in een achterstandswijk	€ 13,25
11110	verzekerden van 65 jaar tot 75 jaar <u>niet</u> woonachtig in een achterstandswijk	€ 14,95
11111	verzekerden vanaf 75 jaar <u>niet</u> woonachtig in een achterstandswijk	€ 15,65
11112	verzekerden tot 65 jaar <u>en</u> woonachtig in een achterstandswijk	€ 14,95
11113	verzekerden van 65 jaar tot 75 jaar <u>en</u> woonachtig in een achterstandswijk	€ 16,75
11114	verzekerden vanaf 75 jaar <u>en</u> woonachtig in een achterstandswijk	€ 17,45

Het inschrijvingstarief per kwartaal kan in rekening worden gebracht voor bij de huisarts op de eerste van het kwartaal ingeschreven (niet-)verzekerden.

Het inschrijvingstarief onder 11000 geldt ook voor verzekerden die de huisarts regelmatig bezoeken en als zodanig bij die huisarts op naam zijn ingeschreven, zonder dat hieraan een overeenkomst met de zorgverzekeraar van die verzekerde ten grondslag ligt.

Het gedifferentieerde inschrijvingstarief voor populatiegebonden vergoedingen, zoals genoemd onder 11100 tot en met 11104 respectievelijk 11110 tot en met 11114, kan alleen in rekening worden gebracht indien hier een overeenkomst met de desbetreffende zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt, én kan in rekening worden gebracht indien de zorgverzekeraar van een verzekerde uitsluitend restitutiepolissen aanbiedt onder voorwaarde dat er een overeenkomst is voor populatiegebonden vergoedingen met minimaal één (1) andere zorgverzekeraar. In de overige gevallen kan alleen het inschrijvingstarief zoals genoemd onder 11000 respectievelijk 11010 in rekening worden gebracht.

Het inschrijvingstarief inclusief vergoeding digitale declaratie zoals genoemd onder 11010 en 11110 tot en met 11114 kan alleen in rekening worden gebracht indien alle declaraties voor de betreffende zorgverzekeraar digitaal worden aangeleverd én de declaratie voldoet aan de voorwaarden van digitaal declareren, zoals bepaald in het convenant tussen LHV en ZN. In de overige gevallen kan alleen het inschrijvingstarief zoals genoemd onder 11000 en 11100 tot en met 11104 in rekening worden gebracht.

De achterstandswijken betreffen de wijken met postcodes zoals opgenomen in bijlage 2 bij deze tariefbeschikking.

* onder verzekerde wordt ook verstaan (principeel) niet-verzekerde



A.2. De maximum modulebedragen per op naam van de huisarts ingeschreven verzekerde bedragen

code	per kwartaal voor	Tarief
11300	achterstandsfonds	€ 1,50
11200	praktijkondersteuning huisartsen (POH)	€ 1,60
14000	modernisering en innovatie	vrij tarief met spilwaarde van € 0,39

De moduletarieven per kwartaal kunnen onder bepaalde voorwaarden in rekening worden gebracht voor bij de huisarts op de eerste van het kwartaal ingeschreven (niet-)verzekerden.

ad 11300. De vergoeding voor het fonds inzake achterstandswijkproblematiek kan in rekening worden gebracht voor verzekerden in achterstandswijken indien hier een overeenkomst met de desbetreffende zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt. De achterstandswijken betreffen de wijken met postcodes zoals opgenomen in bijlage 2 bij deze tariefbeschikking.

ad 11200. De module praktijkondersteuning huisartsen (POH) kan in rekening worden gebracht indien hier een overeenkomst met de desbetreffende zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt én kan in rekening worden gebracht indien de zorgverzekeraar van een verzekerde uitsluitend restitutiepolissen aanbiedt onder voorwaarde dat er een overeenkomst is voor POH met minimaal één (1) andere zorgverzekeraar.

ad 14000. De module Modernisering en innovatie kan worden ingezet voor het realiseren van de door VWS, LHV en ZN overeengekomen beleidsagenda en kan betrekking hebben op:

- Het stimuleren van samenwerkingsverbanden van huisartsen (onderling) en andere eerstelijns zorgaanbieders;
- De verdere ontwikkeling van de programmatische aanpak van chronische aandoeningen;
- Substitutie van zorg van tweede- naar eerstelijns;
- Kwaliteitsbevordering van de huisartsenzorg.

De module kan verder worden ingezet voor financiering van andere initiatieven die gericht zijn op het verhogen van de doelmatigheid van de huisartsenzorg.

Daarnaast kan de module worden ingezet voor verzekerden woonachtig in moeilijk bereikbare gebieden. Het betreft de volgende gebieden: Zuidelijke Biesbosch, Noordelijke Biesbosch (uitgezonderd Bandijk en directe omgeving), Bandijk en directe omgeving, Marken, eiland Tiengemeten, Broek in Waterland en Schiermonnikoog.

De module Modernisering en Innovatie kan alleen in rekening worden gebracht indien hier een overeenkomst met de desbetreffende zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt.

De lijst met prestaties in het kader van Modernisering en Innovatie is vastgelegd in bijlage 3 bij deze beschikking.

A.3. De maximumtarieven voor verrichtingen voor op naam van de huisarts ingeschreven verzekerden bedragen

code	per	Tarief
12000	consult huisarts	€ 9,-
12001	consult huisarts langer dan 20 minuten	€ 18,-
12002	visite huisarts	€ 13,50
12003	visite huisarts langer dan 20 minuten	€ 22,50
12004	telefonisch consult huisarts	€ 4,50
12005	herhalingsrecept huisarts (ongeacht het aantal receptregels)	€ 4,50
12006	vaccinatie huisarts	€ 4,50
12007	e-mailconsult	€ 4,50
12008	laboratoriumkosten	kostprijs
12009	entstoffen in verband met vaccinatie	kostprijs

12100	consult POH	€ 9,-
12101	consult POH langer dan 20 minuten	€ 18,-
12102	visite POH	€ 13,50
12103	visite POH langer dan 20 minuten	€ 22,50
12104	telefonisch consult POH	€ 4,50
12105	herhalingsrecept POH (ongeacht het aantal receptregels)	€ 4,50
12106	vaccinatie POH	€ 4,50

ad 12007. Het e-mailconsult kan niet in rekening worden gebracht, tenzij deze duidelijk dient ter vervanging van een spreekuurconsult. Het maximumtarief kan alleen worden gedeclareerd aan een ingeschreven patiënt, in geval van een bestaande behandelrelatie, het geen eerste consult van een aandoening betreft en indien er een overeenkomst is met de zorgverzekeraar voor het declareren van een e-mailconsult.

Er geldt:

1. Kleine chirurgische ingrepen zijn in het consulttarief begrepen.
2. Het lezen en het maken van een ECG is in het consulttarief begrepen.
3. Telefonische consulten kunnen niet in rekening worden gebracht, tenzij deze duidelijk dienen ter vervanging van een spreekuurconsult.
4. Een vaccinatie en/of een herhalingsrecept tijdens een (telefonisch) consult of een visite kan/kunnen niet extra in rekening worden gebracht.
5. De tarieven zijn exclusief de kosten van de door de huisarts verstrekte entstoffen.
6. De kosten van de entstof kunnen voor de door de huisarts voor deze entstof werkelijk betaalde prijs worden doorberekend.
7. De aan de huisarts in rekening gebrachte laboratoriumkosten kunnen voor hetzelfde bedrag door de huisarts worden doorberekend.
8. De declaraties (honorarium en kosten) voor de door de dienstenstructuren geleverde ANW-diensten lopen via de dienstenstructuur waaraan de huisarts is verbonden. De aan een dienstenstructuur verbonden huisartsen kunnen voor de verrichte consulten niet zelf declareren.

A.4. De maximumtarieven voor de incidentele en acute hulpverlening door huisartsen bedragen

code	per	Tarief
12400	consult	€ 24,80
12401	consult langer dan 20 minuten	€ 49,60
12402	visite	€ 37,20
12403	visite langer dan 20 minuten	€ 62,-
12404	telefonisch consult	€ 12,40
12405	herhalingsrecept (ongeacht het aantal receptregels)	€ 12,40
12406	vaccinatie	€ 12,40
12408	laboratoriumkosten	kostprijs
12409	entstoffen in verband met vaccinatie	kostprijs

Er geldt:

1. De tarieven voor de incidentele en acute hulpverlening kunnen door de huisarts in rekening worden gebracht voor incidentele en acute zorg op werkdagen overdag aan niet-ingeschreven verzekerden, mits niet woonachting in de vestigingsgemeente van de huisarts en onder voorwaarde van een overeenkomst met minimaal een (1) zorgverzekeraar. Indien niet aan deze voorwaarden wordt voldaan, kunnen alleen de reguliere consulttarieven (zie A.3.) in rekening worden gebracht.
2. Kleine chirurgische ingrepen zijn in het consulttarief begrepen.
3. Het lezen en het maken van een ECG is in het consulttarief begrepen.
4. Telefonische consulten kunnen niet in rekening worden gebracht, tenzij deze duidelijk dienen ter vervanging van een spreekuurconsult.
5. Een vaccinatie en/of een herhalingsrecept tijdens een (telefonisch) consult of een visite kan/kunnen niet extra in rekening worden gebracht.
6. De tarieven zijn exclusief de kosten van de door de huisarts verstrekte entstoffen.

7. De kosten van de entstof kunnen voor de door de huisarts voor deze entstof werkelijk betaalde prijs worden doorberekend.
8. De aan de huisarts in rekening gebrachte laboratoriumkosten kunnen voor hetzelfde bedrag door de huisarts worden doorberekend.
9. De declaraties (honorarium en kosten) voor de door de dienstenstructuren geleverde ANW-diensten lopen via de dienstenstructuur waaraan de huisarts is verbonden. De aan een dienstenstructuur verbonden huisartsen kunnen voor de verrichte consulten niet zelf declareren.

B. DE MAXIMAAL DOOR HUISARTSEN IN REKENING TE BRENGEN TARIEVEN VOOR PRESTATIES IN AVOND, NACHT EN WEEKEND MET INGANG VAN 1 JANUARI 2006

B.1. De maximaal door de huisartsen die actief zijn in een huisartsendienstenstructuur (HDS) aan die HDS in rekening te brengen tarieven voor prestaties voor avond-, nacht- en weekendzorg bedragen.

per	Tarief
uur	€ 50,20

Het declareren van het tarief is tijdens bepaalde uren alleen toegestaan, indien vaststaat dat het tijdstip waarop de hulp is verleend de patiënt is aan te rekenen. Deze uren betreffen de tijdsperiode tussen 18.00 uur en 08.00 uur en de tijdsperiode tussen zaterdagmorgen 08.00 uur en zaterdagavond 18.00 uur en de tijdsperiode tussen zondagmorgen 08.00 uur en zondagavond 18.00 uur, alsmede de tijdsperiode tussen 08.00 uur en 18.00 uur op algemeen erkende feestdagen of gelijkgestelde dagen in de zin van de Algemene Termijnenwet.

Een huisarts deelnemend aan een HDS kan aan het einde van jaar t aan de HDS een bonus in rekening brengen in het kader van door de HDS feitelijk genoten inkomsten voor diensten van deze HDS in ANW-uren aan AWBZ-instellingen en penitentiaire inrichtingen (PI) in jaar t. De bonus is maximaal eenderde van de feitelijk genoten inkomsten van de diensten aan AWBZ-instellingen en PI van de HDS gedeeld door het aantal deelnemende huisartsen. De bonus kan alleen in rekening worden gebracht indien hiervoor een overeenkomst is gesloten met de desbetreffende HDS en zorgverzekeraar.

B.2. De maximaal door huisartsen die niet participeren in een huisartsendienstenstructuur in rekening te brengen tarieven voor prestaties voor avond-, nacht- en weekendzorg bedragen

code	per	Tarief
12200	consult	€ 32,70
12201	consult langer dan 20 minuten	€ 65,40
12202	visite	€ 49,10
12203	visite langer dan 20 minuten	€ 81,80
12204	telefonisch consult	€ 16,40
12205	herhalingsrecept (ongeacht het aantal receptregels)	€ 16,40
12206	vaccinatie	€ 16,40

1. Deze consulten/visites voor ANW-zorg kunnen alleen in rekening worden gebracht indien de huisarts die niet participeert in een huisartsendienstenstructuur voor de verzekerden in zijn/haar praktijk een overeenkomst heeft op basis waarvan de tarieven voor ANW-zorg in rekening kunnen worden gebracht.
2. Kleine chirurgische ingrepen zijn in het consulttarief begrepen.
3. Het lezen en het maken van een ECG is in het consulttarief begrepen.
4. Telefonische consulten kunnen niet in rekening worden gebracht, tenzij deze duidelijk dienen ter vervanging van een spreekuurconsult.
5. Een vaccinatie en/of een herhalingsrecept tijdens een (telefonisch) consult of een visite kan/kunnen niet extra in rekening worden gebracht.
6. De tarieven zijn exclusief de kosten van de door de huisarts verstrekte entstoffen.

7. De kosten van de entstof kunnen voor de door de huisarts voor deze entstof werkelijk betaalde prijs worden doorberekend.
8. De aan de huisarts in rekening gebrachte laboratoriumkosten kunnen voor hetzelfde bedrag door de huisarts worden doorberekend.
9. De declaraties (honorarium en kosten) voor de door de dienstenstructuren geleverde ANW-diensten lopen via de dienstenstructuur waaraan de huisarts is verbonden. De aan een dienstenstructuur verbonden huisartsen kunnen voor de verrichte consulten niet zelf declareren.
10. Het declareren van het tarief is tijdens bepaalde uren alleen toegestaan, indien vaststaat dat het tijdstip waarop de hulp is verleend, de patiënt is aan te rekenen. Deze uren betreffen de tijdsperiode tussen 18.00 uur en 08.00 uur en de tijdsperiode tussen zaterdagmorgen 08.00 uur en zaterdagavond 18.00 uur en de tijdsperiode tussen zondagmorgen 08.00 uur en zondagavond 18.00 uur, alsmede de tijdsperiode tussen 08.00 uur en 18.00 uur op algemeen erkende feestdagen of gelijkgestelde dagen in de zin van de Algemene Termijnenwet.

C. DE MAXIMAAL DOOR HUISARTSEN IN REKENING TE BRENGEN TARIEVEN VOOR OVERIGE PRESTATIES MET INGANG VAN 1 JANUARI 2006

C.1. De navolgende verbruiksmaterialen (limitatieve lijst) kunnen additioneel op basis van de werkelijk gemaakte kosten in rekening worden gebracht. De (eventueel) ontvangen bonussen en kortingen dienen te worden doorgegeven. Het is niet de bedoeling dat de huisarts aan deze vergoedingsregeling verdient. De huisarts is verplicht op verzoek van de patiënt, dan wel diens verzekeraar – indien de verzekeraar een contractuele relatie heeft met de huisarts – de nota van de ingekochte verbruiksmaterialen te overleggen.

Het betreft:

- 12900 atraumatisch hechtmateriaal, histo-acryllijm;
- 12901 tapemateriaal ten behoeve van enkeldistorties;
- 12902 zwangerschapsreactie (planotest en dergelijke);
- 12903 dipslides (urinewegsinfecties);
- 12904 teststrips bloedsuikerbepaling diabetespatiënten (waaronder eyetone-teststrips);
- 12905 vloeibaar stikstof of histofreezer;
- 12906 blaaskatheter.

C.2. Het tarief voor de vergoeding van de kosten voor het maken van een ECG (code 12700) bedraagt maximaal € 9,60. Dit tarief kan onder bepaalde voorwaarden, waaronder een overeenkomst met de betreffende zorgverzekeraar, in rekening worden gebracht.

C.3. De maximumtarieven voor verloskundige hulp door huisartsen bedragen

code	voor	Tarief
12600	volledige verloskundige hulp	€ 673,00
	de deelprestaties:	
12601	volledige prenatale hulp	€ 250,50
12602	volledige natale hulp	€ 271,50
12603	volledige postnatale hulp	€ 150,50
12604	volledige natale hulp voor ZRA-verzekerden in de centrale opvang	€ 325,50
	de deelprestatie bij spontane abortus of verwijzing naar de tweedelijns:	
12605	prenatale zorg van 0 tot en met 14 weken	€ 87,20
12606	prenatale zorg van 15 tot en met 29 weken	€ 129,50
12607	prenatale zorg na 29 weken, maar vóór de bevalling	€ 288,00
	de deelprestaties prenatale zorg bij verhuizing, indien de overdracht plaatsvindt tijdens de zwangerschap: <u>voor de eerste huisarts</u>	
12608	in de periode van 0 tot en met 14 weken	€ 45,00
12609	in de periode van 15 tot en met 29 weken	€ 129,50
12610	in de periode na 29 weken, maar vóór de bevalling	€ 181,50

	voor de tweede huisarts	
12611	in de periode van 0 tot en met 14 weken	€ 248,00
12612	in de periode van 15 tot en met 29 weken	€ 163,50
12613	in de periode na 29 weken, maar vóór de bevalling	€ 111,50

Voor verloskundige hulp kunnen naast bovenstaande maximumtarieven geen verrichtingentarieven in rekening worden gebracht.

C.4. Het abonnementstarief voor echoscopisch onderzoek in de eerste lijn (één of meer echo's en inclusief eventuele niet-geïndiceerde echo's) (code 12614) bedraagt maximaal € 33,50. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

- Het abonnementstarief voor echoscopisch onderzoek in de eerste lijn kan per zwangerschap maar éénmaal in rekening worden gebracht.
- Het echoscopisch onderzoek wordt persoonlijk gedaan door een verloskundig actieve huisarts ingeschreven in een door de LHV en ZN/KPZ aangewezen register.

C.5. Het bedrag voor het in het kader van het preventief bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker afgenomen zogenoemde uitstrijkje voor de vrouwelijke verzekerde (code 12701) bedraagt maximaal € 11,30.

C.6. De maximum in rekening te brengen tarieven voor keuringen bedragen

code	voor	Tarief
12800	spreekuurcontrole (voor onder andere bedrijfsgeneeskundig onderzoek)	€ 25,50
12801	gericht klein onderzoek	€ 25,50
12802	visitecontrole (voor onder andere bedrijfsgeneeskundig onderzoek)	€ 38,30
12803	keuring voor invalidenparkeerkaart (kort)	€ 25,50
12804	keuring voor invalidenparkeerkaart (lang)	€ 51,00
12805	kilometervergoeding (voor de 5 ^e en volgende retourkilometers) per retourkilometer (= twee gewone kilometers)	€ 2,10
12806	kleine keuring (oriënterend algemeen lichamelijk onderzoek)	€ 76,60
12807	periodiek (beperkt) geneeskundig onderzoek	€ 76,60
12808	scheepvaartkeuring	€ 76,60
12809	'grote keuring'	€ 115,00
12810	invaliditeitskeuring met rapport	€ 153,00
12811	rijbewijskeuring tot 15 minuten	€ 38,20
12812	rijbewijskeuring langer dan 15 minuten	€ 76,60
12813	bedrijfs- en sollicitatiekeuring	€ 115,00
12814	periodiek geneeskundig onderzoek (conform LHV-keuring)	€ 115,00

C.7. De maximum in rekening te brengen tarieven voor SCEN-consultatie bedragen

code	per	Tarief
12815	SCEN-consultatie	€ 280,00

Het tarief betreft alle activiteiten van de huisarts, die staat ingeschreven in een specifiek SCEN-register, waaronder met name inbegrepen:

- overleggen met de behandelaar plus inzien journaals, specialistenbrieven, enzovoorts, voor SCEN-consultatie;
- de visite(s) bij de patiënt en diens omgeving;
- de verslaglegging voor de behandelaar;
- het afsluitend overleg met de behandelaar voor onder meer bespreking van het verslag.

Het tarief wordt door de geconsulteerde huisarts, die staat ingeschreven in een specifiek SCEN-register, in rekening gebracht.

C.8. De maximum in rekening te brengen tarieven voor informatieverstrekking per contact bedragen

code	voor	Tarief
12816	telefonische beantwoording	€ 18,80
12817	schriftelijke beantwoording	€ 37,70

– Het tarief voor informatieverstrekking kan alleen in rekening worden gebracht indien de vraag/de vragen schriftelijk zijn gesteld door een bedrijfsarts of verzekeringsarts.

– Voor een gevraagde toelichting/verduidelijking op de verstrekte informatie kan niets aanvullends in rekening worden gebracht.

– Het tarief kan alleen in rekening worden gebracht indien de vraag/de vragen gesteld is/zijn in het kader van de volgende wetgeving:

- door of namens arbodiensten in het kader van de Arbeidsomstandighedenwet 1998, het Burgerlijk Wetboek (BW), de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO), de Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten (Wet REA) en de op deze wetten gebaseerde lagere regelgeving;

- door of namens de Sociale Verzekeringsbank ter uitvoering van de Algemene nabestaandenwet (ANW), Algemene Kinderbijslagwet (AKW) en de op die wetten gebaseerde lagere regelgeving, alsmede van de Regeling tegemoetkoming onderhoudskosten thuiswonende gehandicapte kinderen 2000 (TOG 2000);

- door of namens de Uitvoering Werknemersverzekeringen (UWV), voorheen het landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv) of de uitvoeringsinstellingen bedoeld in art. 41 OSV 1997 ter uitvoering van:

artikel 7: 685 van Burgerlijk Wetboek

artikel 6 Buitengewoon Besluit Arbeidsverhoudingen

de Ziektewet (ZW),

de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO),

de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (WAZ),

de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (WAJONG),

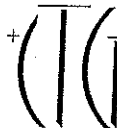
de Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten (Wet REA),

de Tijdelijke wet beperking inkomensgevolgen arbeidsongeschiktheidscriteria (TWBIA),

de Toeslagenwet (TW),

de Werkloosheidswet (WW) en

de Organisatiewet sociale verzekeringen (OSV 1997), alsmede van de op al deze wetten gebaseerde lagere regelgeving.



Bijlage 1 bij tariefbeschikking 5000-1900-06-1 van 22 december 2005

De maximaal door huisartsen in rekening te brengen tarieven voor overige prestaties met ingang van 1 januari 2006

C.3. Lijst met maximumtarieven voor verloskundige hulp door huisartsen.

code	voor	Maximumtarief*
12615	Prenatale screening: counseling	€ 25,00
12616	Prenatale screening: NT-meting	€ 126,00
12617	Prenatale screening: Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)	€ 93,20

Voor verloskundige hulp kunnen naast bovengenoemde maximumtarieven geen verrichtingentarieven in rekening worden gebracht.

* Declaratie van de drie maximumtarieven prenatale screening is alleen mogelijk indien de huisarts staat geregistreerd in een door de LHV opgesteld register met beoefenaren met een erkend diploma/certificaat van opleiding voor deze screening.

Bijlage 2 bij tariefbeschikking 5000-1900-06-1 van 22 december 2005

De achterstandswijken betreffen de navolgende wijken met postcode.

GEMEENTE 5-POSITIE POSTCODE

AMSTERDAM	1013 A,C,N,P,R,S,T,V,W,X,Z 1014 D 1021 B,C,E,G,H,L,N,P,R,T,V 1022 A,B,C,W,X 1031 A,B,C,D,E,G,J,T,V,X 1032 A,B,C,E,G,H,J,V,X,Z 1051 A,B,C,E,G,H,J,K,M,R,T,V,X 1052 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M,R,S,T,V,W,X 1053 A,B,C,E,G,H,J,K,M,N,P,R,S,T,V 1055 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M,N,P,R,S,T,V,W,X,Z 1056 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,N,P,R,S,T,V,W,X 1057 A,B,C,D,E,G,H,J,K,N,P,R,S,T,V,W,X,Z 1058 E 1061 A,B,C,D,E,G,H,J,S,T,V,X 1062 A,B,C,D 1063 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M,N,P,S,T,V,X,Z 1064 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M,N,P,R,S,T,V,X,Z 1067 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M,N,P,R,X,Z 1069 A,B,C,D,H,J,K,R,S,T,X,Z 1072 D,G,H,J,K,P,R,S 1073 A,E,G,H,J,K,L,N,P,R,S,T 1074 A,D,E,G,H,J,S,T,V,X 1091 A,B,D,G,H,J,K,L,M,N,P,V,W,X,Z 1092 A,B,C,E,G,H,J,K,L,M,S,T,V,X 1093 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M,R,S,T,V,W,X,Z 1094 A,B,C,E,G,H,J,K,L,M,N,P,R,S,T,V,X,Z 1095 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,R,S,T,V,W,X,Z
AMSTERDAM ZUIDOOST	1102 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M,N,P,R,S,T,V,W,X,Z
DEN HELDER	1784 C,D,E,G,W
ALKMAAR	1813 E,J,L
HAARLEM	2033 E,G,H,J,K,L,M,N,P,R
LEIDEN	2316 C,E,G,H,J,K,N,P,R,S,T
'S GRAVENHAGE	2512 J,P,R,S,T 2515 A,B,D,E,G,H,J,K,L,M,N,P,R,S,T,V,X 2516 E,G,H,J,K,L,P,R,S,T,V,W,X,Z 2518 L,P,R 2521 D,S,X 2522 B,C,R 2524 H,J,K,L,N,P,R,S,T,V,X 2525 A,B,C,E,G,H,L,N,P,R,S,T,V,X 2526 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M,N,P,R,S,T,V,W,X 2531 G,H,J,K,N,P,R 2532 A,B,E,R,S,T,V,X 2533 A,B,C,E,G,H,J,K,L,T,V,X 2541 A,B,C,D,E,G,H,J,P,R,S,T,V,X 2542 A,B,C,E,G,H,J,K,L,N,P,R,T,V,W,X 2544 B,G,H,J,K,M,R,S,T,V,W 2545 A,B,D,G,H,J,K,L,N,P,R,S,T,V,W,X 2562 E,L,N,R 2571 A,B,D,G,H,N,P,R,S,T,V,W,X 2572 A,B,C,E,G,H,J,N,P,R,S,T,V,X
DELFT	2624 C,E,G,R,S,V,W,X,Z 2625 T,Z,V,X
GOUDA	2806 K,L,M,N
CAPELLE A/D IJSSEL	2905 T

70

GEMEENTE

5-POSITIE POSTCODE

ROTTERDAM	3014 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,N,P,R,S,T,V,X,Z 3015 B,E,X 3021 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,N,P,R,S,T,V,W,X,Z 3022 A,B,C,D,E,G,H,L,M,N,P,R,S,T,V,X,Z 3023 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,P,R,S,T,V,X,Z 3024 A,B,C,E,N,P,R,S,T,V,X 3025 A,B,C,E,G,H,N,P,R,S,T,V,X 3026 A,B,C,E,G,H,R,S,T,V,X 3027 A,B,C,E,G,H,J,K,P,R,S,T,V,X 3028 P,R 3029 C,N 3031 A,B,C,E,N,P,R,S,T,V,W,X,Z 3032 A,B,C,E,G,H,P,R,S,T,V,X 3033 B 3034 A,B,C,E,G,H,J,K,L,N,P,R,S,T,V,X,W,Z 3035 A,B,C,E,G,H,J,K,L,N,P,R,S,T,V,W,X,Z 3036 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M,N,P,R,S,T,V,W,X,Z 3061 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M,N,P,R,S,T,V,W,X,Z 3071 B,C,E,G,H,R,S,T 3072 B,C,E,G,H,J,K,L,N,P,R,S,T,V,W,X,Z 3073 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,N,P,R,S,T,V,W,Z 3074 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M,N,P,R,S,T,V,W,X,Z 3081 A,B,C,E,G,H,J,K,L,N,P,R,S,T,V,X,Z 3083 E 3084 A 3085 A,B,C,D,E,G,H,J,K,M,N,P,R,S,T,V,W,X,Z 3086 A,B,C,E,G,H,J,K,L,N,P,R,S,T,V,W,X,Z
SCHIEDAM	3112 K,N,V,Z 3118 A,B,E,G,K,R,S,T,V,X 3119 A,D,E,G,H,L,M,P,R,S,T
DORDRECHT	3311 M,R,S 3313 X 3314 G,K,L,N,P,R,S,T,Z 3317 A,B,E,G,K,L,P,R,S,T,V,W,X
ZWIJNDRECHT	3331 GL,GX,GC,GM,GW,HN,HJ,S
UTRECHT	3513 G,V 3515 C,E,V 3523 H,J,V 3525 A,C,E,G,X 3527 A,B,C,E,G,H,R,S,T 3531 B,D,P 3552 A,B,C,E,G,H,R,S,T,V,X 3554 A 3561 A,B,C,E,P,R,S,T 3562 A,B,C,G,H,M,R 3564 A,B,C,E,P,R
AMERSFOORT	3813 S,T 3814 P,R,S,T
TERNEUZEN	4537 T,V,X
ROOSENDAAL	4702 L,N,P,R,S,W
BREDA	4827 A,B,C,E,G,H,J,K,L,N,P
TILBURG	5011 G,J,M,N,P,R 5042 G
'S HERTOGENBOSCH	5213 R,S,T 5215 X
HELMOND	5701 G,H,J,K,L,V
ROERMOND	6043 A,B,C,E,G,T,V 6044 P,R,S 6045 C,E,V,W,X
HEERLEN	6412 G 6419 PA,PB,PC,PJ 6421 N

GEMEENTE 5-POSITIE POSTCODE

NIJMEGEN	6531 A,B,C,D,E,G,H,X,Z 6532 R,T,V 6537 E,G,H,J,K,L 6542 H,J,K,L,M,N,P,T,V,W,X,Z
ARNHEM	6822 A,B,C,D,G,J 6826 A,B,C,D,E,G 6828 P,R,S,W,X,Z 6832 A,B,C,D,E,H,J 6833 D,E,G,H,J,K 6834 A,B,C 6841 A,B,C,D,E,G
DEVENTER	7413 P,R,S,T 7417 A,D,W,X,Z
ENSCHDEDE	7514 E,X,Z 7543 B,E,V,W 7544 G,H,J,K,L,M,W,X,Z 7545 S,T,V
ALMELO	7601 C,V,X 7604 T,V,X 7605 A,B,C,E 7606 A,E,G,S,T,V,X
ZWOLLE	8021 V,W,X,Z 8031 B,E,P
LEEUWARDEN	8911 JR,JS,JT,JV,JW,JX,JZ,LN,LP,LR,LS,LT,LV,LW,LX,LZ 8911 KA,KB,KC,KD,KE,KG,KH,KK,KS,KT 8923 A,B,C,E,G 8924 G,H,J 8936 A 8937 A,B
HOOGZAND- SAPPEMEER	9602 T,V,X 9611 S
GRONINGEN	9713 B,K,M,N,P,R,S,T,V 9715 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,N,P,R,S,T 9716 A,B,C,E,G,H,J 9727 BC,BB,AV,AX 9741 A,B 9742 A,N,P,R,S,T,V,X 9743 A,B,G,R,S,T,V,X



Bijlage 3 bij tariefbeschikking 5000-1900-06-1 van 22 december 2005

De door huisartsen in het kader van Modernisering en Innovatie in rekening te brengen prestaties verricht met ingang van 1 januari 2006 tot 1 januari 2007

Voor hulp in het kader van de verrichtingenlijst module M&I kunnen naast de daarvoor vastgestelde prestaties geen andere verrichtingentarieven in rekening worden gebracht.

Een verrichting in het kader van Modernisering en Innovatie kan alleen in rekening worden gebracht indien de huisarts voor deze verrichting een overeenkomst heeft met de desbetreffende zorgverzekeraar.

code	per
13000	<i>Audiometrie</i> Objectiveren van subjectief verminderd gehoor en bepaling van de mate van slechthorendheid met behulp van audiometer in eigen beheer. Voorwaarden: Adequate apparatuur en onderzoeksomgeving (geluidsarm), zie NHG-brochure gehooronderzoek en standaard M61 Het betreft een prestatie per verrichting.
13001	<i>Diagnostiek met behulp van Doppler</i> Opsporen van vaatvernauwingen met behulp van Doppler apparatuur in eigen beheer Voorwaarden: - Indicatie zie: NHG-standaard M13 - Adequate apparatuur Het betreft een prestatie per verrichting.
13002	<i>Allergietest</i> Opsporen van een allergie door middel van een intracutane of percutane huidtest (scratch), met als doel om het allergeen te identificeren bij verdenking op een allergische rhinitis/eczeem – ter vervanging van een RAST-test Voorwaarden: - Indicatie: Zie NHG-standaard M48 - Klachten die passen bij een allergische rhinitis of allergische bronchitis. - De leeftijd van de patiënt bedraagt tenminste 6 jaar en ten hoogste 60 jaar. - Adequaate testmateriaal Het betreft een prestatie per serie, die maximaal 1 keer per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht. Prestatie is inclusief het benodigde materiaal.
13003	<i>Tympanometrie</i> Het meten van de beweeglijkheid van het trommelvlies met behulp van microtympanometer in eigen beheer ter diagnostiek en vervolgen van gehoorproblemen bij: - Otitis media met effusie langer dan 3 maanden - Tympanosclerose - Otosclerose Voorwaarde: zie NHG-standaard. Het betreft een prestatie per meting, die maximaal 3 keer per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht.
13004	<i>Longfunctiemeting (= spirometrie)</i> Longfunctiemeting met reversibiliteitstest in eigen beheer ter analyse benauwdheidsklachten of bepaling effectiviteit therapeutische interventie bij patiënt met inhalatiemedicatie. Voorwaarden: - Indicatie en uitvoering zie NHG-standaard M26 en richtlijn ketenzorg COPD. - Minimaal FEV1 en (F)VC voor en na betamimeticum (reversibiliteitstest). Het betreft een prestatie per meting, die maximaal 3 keer per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht.

13005	<i>ECG-diagnostiek (ECG maken, interpreteren en bespreken met patiënt)</i> Zie NHG Bouwsteen Elektrocardiografie in de huisartsenpraktijk Voorwaarden: - ECG-apparatuur met intelligente interpretatie - Duidelijke afspraken met cardioloog Het betreft een prestatie per diagnose, die maximaal 3 keer per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht. Prestatie is inclusief verbruiksmateriaal.
13006	<i>Spleetlamponderzoek</i> Diagnostiek en controle van een aantal oogheelkundige aandoeningen, met behulp van spleetlamp in eigen beheer Voorwaarde: Zie NHG-standaard M12 Het betreft een prestatie per onderzoek, die maximaal 3 keer per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht.
13007	<i>Tele-echo, tele-röntgen, tele-hartmonitoring op de waddeneilanden</i> In eigen beheer met eigen apparatuur uitvoeren van beeldvormende diagnostiek (die normaal in het ziekenhuis zou plaatsvinden) en middels teletechniek overbrengen naar ziekenhuis op de vaste wal, voor beoordeling en behandeladvies. Ter voorkoming van onnodig patiëntenvervoer over zee naar de wal. In samenwerking met betreffend specialisme naar het ziekenhuis. Voorwaarden: - Indicaties: conform bij verwijzing naar ziekenhuis - Afspraken met ziekenhuis op vaste land Het betreft een prestatie per verzekerde per ziektegeval. Voor de tele-ECG, zie verrichting 13005.
13008	<i>Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting</i> In eigen beheer instrueren patiënt en organiseren van de follow-up, plus interpretatie om niet vaststaande hypertensie te evalueren. Het betreft een prestatie per meting, die maximaal 2 keer per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht.
13009	<i>Teledermatologie</i> Beoordeling op afstand door dermatoloog van door de huisarts gemaakte digitale beelden van huidafwijkingen, ter vervanging van verwijzing naar de 2^e lijn voor een dermatologisch probleem waarbij specialistische beoordeling en/of advies noodzakelijk is. Voorwaarden: - Adequate apparatuur - Met uitsluiting indien al op projectbasis (of via DBC) gefinancierd. Het betreft een prestatie per verrichting.
13010	<i>Cognitieve functietest (MMSE)</i> Onderzoek naar dementie door afname van MMSE-test Voorwaarde: Conform NHG-standaard M21 Het betreft een prestatie per verrichting.
13011	<i>Hartritmestoornissen</i> Diagnostiek met behulp van holterfoon via de huisartsenpraktijk van ritmestoornissen, ter vervanging van verwijzing naar de 2^e lijn waarbij specialistische beoordeling en/of advies noodzakelijk is. Voorwaarden: - Apparatuur geleverd door een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier - Met uitsluiting indien al op projectbasis gefinancierd. Het betreft een prestatie per verrichting.
13012	<i>Chirurgie</i> Chirurgische ingrepen, ter vervanging van behandeling in 2e lijn, zoals: - Excisie van een atheroom, lipoom, fibroom, chalazion, naevus (partiële) nagelextratatie, bijvoorbeeld unguis incarceratus, huidbiopsie (stans), electrochirurgie, multipole naevi, complexe (uitgebreide) wondbehandeling met hechten - Barron-ligatie, - Chirurgische decubitusbehandeling.

	- Nagelchirurgie bijvoorbeeld nagelextractie respectievelijk nagelbedexcisie - Incidering van abces of van een vers getromboseerd hemorroïd, incise periaanale absces/ sinus pilonidalis, - Ascitespunctie N.B. Het verwijderen van wratten of mollusca valt hier niet onder maar onder het begrip kleine chirurgie, in regulier consult. Voorwaarden: - Indicatie: chirurgische ingreep, ter vervanging van behandeling in 2e lijn. - Inclusief (hecht-)materiaal, verwijdering hechting en nabehandeling - Barron-ligatie: conform NHG-bouwsteen en CBO richtlijn. Het betreft een prestatie per verrichting, inclusief materiaal en verwijderen hechtingen
13013	<i>Chirurgie in geval van cosmetiek</i> Chirurgie in geval van cosmetiek Voorwaarde: excisie van een atheroom, lipoom, fibroom Het betreft een prestatie per verrichting, inclusief materiaal en verwijderen hechtingen.
13014	<i>Tapen</i> Behandeling distorsie, fractuur, tendinitis met tapebandage ter vervanging van behandeling in 2^e lijn Het betreft een prestatie per verrichting.
13015	<i>Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris</i> Behandelen van ulcus cruris met behulp van compressietherapie - Indicatie: zie NHG-standaard M16 - Niet onder behandeling van specialist Het betreft een prestatie per therapie, die maximaal 9 keer per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht.
13016	<i>Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmateriaal, in de praktijk</i> Controle wond en verwijderen hechtingen na een electieve chirurgische ingreep op verzoek van de specialist ter vermindering van een polikliniekbezoek. Dit om de patiënt te ontlasten door zorg dichtbij huis te bieden. Het gaat hierbij om wonden zoals na een heupvervangende operatie, chirurgische ingreep in de buik, enzovoorts. Het betreft een prestatie per verrichting in de praktijk van maximaal 20 minuten.
13017	<i>Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmateriaal, thuis</i> Controle wond en verwijderen hechtingen na een electieve chirurgische ingreep op verzoek van de specialist ter vermindering van een polikliniekbezoek. Dit om de patiënt te ontlasten door zorg dichtbij huis te bieden. Het gaat hierbij om wonden zoals na een heupvervangende operatie, chirurgische ingreep in de buik, enzovoorts. Het betreft een prestatie per verrichting bij de patiënt thuis.
13018	<i>Verrichting ter vervanging specialistenbezoek</i> Het verrichten van een behandeling/ingreep op verzoek van een specialist om een hernieuwd polikliniekbezoek te vermijden. Dit om de patiënt te ontlasten door zorg dichtbij huis te bieden. Het gaat hier om verrichtingen zoals het doen van een zoladex-injectie en epo. Het betreft een prestatie per verrichting in de praktijk van maximaal 20 minuten.
13019	<i>Trombosebeen</i> Behandeling en nazorg van een diepveneuze trombosebeen thuis met instructie patiënt Voorwaarde: Behandeling conform protocol ziekenhuis Het betreft een prestatie per visite.
13020	<i>Varices sclerosering</i> Behandeling van spataderen door middel van sclerosering na diagnostiek met behulp van Doppler. Voorwaarden: - Indicatie: zie NHG standaard M30 en DBC varices sclerosering - Geen cosmetische ingreep (financiering via aanvullende verzekering) Het betreft een prestatie per verrichting, die maximaal 4 keer per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht.

13021	<i>Varices sclerosering in geval van cosmetiek</i> Behandeling van spataderen in geval van cosmetiek door middel van sclerosering na diagnostiek met behulp van Doppler. Voorwaarde: Indicatie: zie NHG-standaard M30 en DBC varices sclerosering Het betreft een prestatie per verrichting, die maximaal 4 keer per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht.
13022	<i>Desensibilisatiekuur</i> Vaccinatie voor vermindering van overgevoeligheid. - Desensibilisatie voor IgE gemedieerde allergie voor pollen, huisstofmijt/katextract, insecten. - Indicatie en 1^e kuur door specialist (dermatoloog, allergoloog). Voorwaarde: bewaken van patiënt na injectie Het betreft een prestatie per verrichting.
13023	<i>Therapeutische injectie (Cyriax)</i> Injectie met corticosteroïden of lokaal anestheticum in gewrichten, op peesaanhechtingen of bursa volgens principe van Cyriax Het betreft een prestatie per verrichting, die maximaal op 3 locaties, en maximaal 3 keer per locatie per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht.
13024	<i>Oogboring</i> Verwijderen corpus alienum uit het oog. Het betreft een prestatie per verrichting.
13025	<i>Aanmeten en plaatsen pessarium</i> Het aanmeten en plaatsen van een steunpessarium bij een blaas- of baarmoederverzakking zonder operatiewens. Voorwaarde: Beschikbaar hebben van set paspessaria Het betreft een prestatie per verrichting.
13026	<i>Urinekatheterisatie</i> Plaatsen of vervangen van een (suprapubische) blaaskatheter. Het betreft een prestatie per verrichting, exclusief materiaal.
13027	<i>MRSA-screening</i> Afname kweekmateriaal ten behoeve van diagnostiek MRSA. Het betreft een prestatie per verrichting.
13028	<i>Otitis externa</i> Inbrengen oortampon ter behandeling van otitis externa Voorwaarde: Behandeling conform NHG-standaard M49 Het betreft een prestatie per verrichting.
13029	<i>Diabetes begeleiding per jaar</i> Realiseren van optimale zorg voor DM-patiënten door de huisarts, waarbij de patiënt in de 1^e lijn blijft en niet (meer) onder controle is van de 2^e lijn Voorwaarden: - Controle vindt plaats volgens NHG-standaard M01 - Geen POH overeenkomst diabeteszorg, of Transmuraal Diabetes DBC of vergelijkbaar project - Verslaglegging van controles in HIS - Jaarlijks verslag waarin gebruik uniforme indicatoren. Het betreft een prestatie per controle, die maximaal 4 keer per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht, inclusief jaarcontrole.
13030	<i>Diabetes – instellen op insuline</i> Instellen van DM-patiënt op insuline door de huisarts, waarbij de patiënt in de 1^e lijn blijft en dus niet wordt verwezen naar de 2^e lijn, bij: - Nieuwe insuline-afhankelijke patiënten - DM type II patiënten, die van orale medicatie overgaan op insuline Voorwaarden: - zie NHG-standaard M01

	- Georganiseerde samenwerking met internist en/of DM-verpleegkundige - Uitsluiting indien deelname/financiering via Transmurale Diabetes DBC. Het betreft een prestatie per verrichting, die maximaal 4 keer per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht.
13031	<i>COPD-gestructureerde zorg per jaar</i> Realiseren van optimale zorg voor COPD-patiënten door de huisarts, waarbij de patiënt niet (meer) onder controle is van de 2^e lijn Voorwaarden: - zie NHG-standaard M26 en M27a - Geen POH overeenkomst COPD of Transmurale COPD DBC of vergelijkbaar project - FEV1-meting in de praktijk - Jaarlijks verslag waarin gebruik uniforme indicatoren is weergegeven. Het betreft een prestatie per controle, die maximaal 4 keer per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht, inclusief jaarcontrole.
13032	<i>Palliatieve consultatie, visite</i> Consultatievisite door een opgeleide palliatieve huisartsconsulent op verzoek van huisarts Voorwaarden: - De consultatie wordt geleverd door huisartsconsulenten waarmee zorgverzekeraar vooraf afspraken heeft gemaakt - Opleiding gehad tot SCEN-arts/palliatief consulent Het betreft een prestatie per visite, inclusief bestudering casus.
13033	<i>Palliatieve consultatie, telefonisch</i> Telefonische consultatie door een opgeleide palliatieve huisartsconsulent op verzoek van huisarts Voorwaarden: - De consultatie wordt geleverd door huisartsconsulenten waarmee zorgverzekeraar vooraf afspraken heeft gemaakt - Opleiding gehad tot SCEN-arts/palliatief consulent Het betreft een prestatie per telefonisch consult.
13034	<i>Intensieve zorg, visite, dag</i> Verlenen van intensieve zorg door de huisarts aan terminale patiënten of verpleeghuisgeïndiceerden Voorwaarden: - Terminale zorg aan patiënten in de thuissituatie, wijkziekenboeg of hospice – maximaal gedurende 13 weken - Zorg aan verpleeghuisgeïndiceerden, waarbij door het RIO een indicatiebesluit over opname in verpleeghuis is afgegeven - Er is geen contract module Gestructureerde huisartsenzorg verzorgingshuizen Declaratie: - Voor terminale patiënten declaraties maximaal gedurende een periode van 13 weken, maximaal 40 visites per patiënt - voor verpleeghuisgeïndiceerden (niet-terminaal) maximaal 7 visites per kwartaal – maximaal totaal 28 visites per jaar. Het betreft een prestatie per visite.
13035	<i>Intensieve zorg, visite langer dan 20 minuten, dag</i> Verlenen van intensieve zorg door de huisarts aan terminale patiënten of verpleeghuisgeïndiceerden Voorwaarden: - Terminale zorg aan patiënten in de thuissituatie, wijkziekenboeg of hospice – maximaal gedurende 13 weken - Zorg aan verpleeghuisgeïndiceerden, waarbij door het CIZ een indicatiebesluit verblijf is afgegeven - Er is geen contract module Gestructureerde huisartsenzorg verzorgingshuizen Declaratie: - Voor terminale patiënten declaraties maximaal gedurende een periode van 13 weken, maximaal 40 visites per patiënt - voor verpleeghuisgeïndiceerden (niet-terminaal) maximaal 7 visites per kwartaal – maximaal totaal 28 visites per jaar. Het betreft een prestatie per visite langer dan 20 minuten.

13036	<i>Intensieve zorg, ANW visite</i> Verlenen van intensieve zorg door de huisarts tijdens de avond, nacht of weekend aan patiënten, die aan de indicatiecriteria voldoen, zoals genoemd onder 'intensieve zorg, visite, dag'. Voorwaarde: Het consult valt buiten de normale werktijden, dus tussen 18.00 en 8.00 uur gedurende de week en in de weekeinden. Het betreft een prestatie per verrichting, onder vermelding van het tijdstip van het afgelegde bezoek N.B. Een deelnemer van een HDS mag de visite tijdens ANW alleen declareren indien hij/zij geen dienst heeft, maar wel de visite heeft gedaan
13037	<i>Intensieve zorg, ANW visite langer dan 20 minuten</i> Verlenen van intensieve zorg door de huisarts tijdens de avond, nacht of weekend aan patiënten, die aan de indicatiecriteria voldoen, zoals genoemd onder 'intensieve zorg, visite, dag'. Voorwaarde: Het consult valt buiten de normale werktijden, dus tussen 18.00 en 8.00 uur gedurende de week en in de weekeinden. Het betreft een prestatie per verrichting, onder vermelding van het tijdstip van het afgelegde bezoek. N.B. Een deelnemer van een HDS mag de visite tijdens ANW alleen declareren indien hij/zij geen dienst heeft, maar wel de visite heeft gedaan.
13038	<i>Euthanasie</i> Verlenen van euthanasie Voorwaarde: De euthanasie wordt uitgevoerd volgens de zogenaamde SCEN-regels en is inclusief condoleancevisite door de eigen huisarts. Het betreft een prestatie per euthanasieverlening. N.B. de inzet van de SCEN-arts kan apart gedeclareerd worden (CTG-tarief code 12815)
13039	<i>Reizigersadvisering</i> Gestandaardiseerd consult aan de hand van vragenlijst en advies ten aanzien van preventieve vaccinaties en geven vaccinaties Voorwaarden: - Adviesconsult inclusief toedienen vaccinaties volgens richtlijnen in NHG-praktijkwijzer Reizigersadvisering - Ingeschreven als 'reizigersgeneeskundig huisarts' in het register van het CHBB of de LCR (registratie per 1 januari 2006). De prestaties betreft het advies plus injecties, exclusief vaccin.
13040	<i>Sterilisatie man</i> Gestandaardiseerde ingreep inclusief preoperatief onderzoek en postoperatief spermaonderzoek Voorwaarden: - Deskundigheid; aantoonbare aanvullende opleiding, bijvoorbeeld als assistent chirurgie of vaardigheidstraining - Goed instrumentarium en assistentie - Minimaal te behandelen patiënten: 5 per jaar Het betreft een prestatie voor de volledige behandeling, inclusief nacontroles, en minimaal 3 keer sperma-onderzoek.
13041	<i>Besnijdenis</i> Gestandaardiseerde ingreep Voorwaarde: Alle besnijdenissen (inclusief religieuze) Het betreft een prestatie per ingreep, inclusief nacontrole.
13042	<i>IUD inbrengen/ Implanteren c.q. verwijderen implanonstaafje</i> Het inbrengen van een spiraaltje of implanonstaafje vanwege anticonceptie Voorwaarde: Aantoonbare deskundigheid en ervaring, NHG-standaard. Het betreft een prestatie per verrichting, die maximaal 2 keer per jaar in rekening kan worden gebracht.