

TARIEFBESCHIKKING



Nummer 5000-1900-08-1	Datum ingang 1 januari 2008	Datum beschikking 10 december 2007	Datum verzending 12 december 2007
Volgnr. 18	Geldig tot	Behandeld door directie Zorgmarkten Cure	

De Nederlandse Zorgautoriteit

heeft krachtens de paragrafen 2 en 4 van hoofdstuk 4 van de Wmg

op basis van de beleidsregels:

voor zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die bieden.

en gelet op:

Wmg-artikel 35 jo.
art. 52 lid 5

besloten:

dat rechtsgeldig

door:

zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die bieden en
zorgaanbieders als bedoeld in artikel 1 onder c sub2 van de Wmg

aan:

alle ziektekostenverzekeraars en alle (niet-)verzekerden

prestatiebeschrijving en bijbehorend maximumtarief (in euro's):

- maximaal de bedragen, vermeld achter de desbetreffende prestaties, zoals omschreven in de tarievenlijst, in rekening kunnen worden gebracht
- wat betreft de module modernisering en innovatie, de prestaties zoals omschreven in de tarievenlijst, in rekening kunnen worden gebracht

De declaraties dienen te worden gespecificeerd conform de beschrijvingen en coderingen in de tarievenlijsten.

Indien in de genoemde tarievenlijsten gesproken wordt over huisartsen wordt bedoeld: zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die bieden.

De geldigheidsduur van de eerder afgegeven tariefbeschikking 5000-1900-07-4 van 6 november 2007 wordt met de afgifte van deze tariefbeschikking beperkt tot 1 januari 2008.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. L.M. Hoppen,
directeur Zorgmarkten Cure

zie bijgevoegde toelichting
bijlagen: 3

TOELICHTING

bij tariefbeschikking

1. Werkingssfeer

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. Bezwaar/Beroep

Ingevolge artikel 105 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) juncto artikel 7:1 lid 1 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit een bezwaarschrift, per post dan wel per fax, indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit, Unit Bezwaar, beroep en boetes, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht. Het bezwaar dient conform artikel 6:5 lid 1 Awb schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en moet tenminste 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.



DE MAXIMUMTARIEVEN DIE DOOR ZORGAANBIEDERS DIE GENEESKUNDIGE ZORG LEVEREN ZOALS HUISARTSEN DIE BIEDEN IN REKENING KUNNEN WORDEN GEBRACHT VOOR PRESTATIES MET INGANG VAN 1 JANUARI 2008

A. De maximaal in rekening te brengen tarieven voor prestaties met ingang van 1 januari 2008

A.1. Het maximum inschrijvingstarief per op naam van de zorgaanbieder 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 zorgaanbieder op de eerste van het kwartaal ingeschreven (niet-)verzekerden.

Het inschrijvingstarief onder 11000 geldt ook voor verzekerden die de zorgaanbieder regelmatig bezoeken en als zodanig bij die zorgaanbieder 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 zorgaanbieder die geneeskundige zorg levert zoals een huisarts die biedt, ingeschreven verzekerde bedragen

code	per kwartaal voor	Tarief
11300	achterstandsfonds	€ 1,50
11200	praktijkondersteuning Somatiek (POH-S)	€ 1,60
11201	praktijkondersteuning GGZ (POH-GGZ)	€ 0,85
14100-14999	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 zorgaanbieder 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 somatiek (POH-S) 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-S met minimaal één (1) andere zorgverzekeraar.

ad 11201. De module praktijkondersteuning huisartsen geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) 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-GGZ met minimaal één (1) andere zorgverzekeraar.

ad 14100-14999. 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 zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die bieden (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. Voor de module Modernisering en Innovatie kan de bij het project betrokken verzekeraar, voor de desbetreffende module een unieke code in de range van 14100 tot en met 14999 aanvragen bij een door LHV en ZN aangewezen instantie.

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 zorgaanbieder ingeschreven verzekerden bedragen

code	per	Tarief
12000	consult	€ 9,-
12001	consult langer dan 20 minuten	€ 18,-
12002	visite	€ 13,50
12003	visite langer dan 20 minuten	€ 22,50
12004	telefonisch consult	€ 4,50
12005	herhalingsrecept (ongeacht het aantal receptregels)	€ 4,50
12006	vaccinatie	€ 4,50
12007	e-mailconsult	€ 4,50
12008	laboratoriumkosten	kostprijs
12009	entstoffen in verband met vaccinatie	kostprijs
12100	consult POH-S	€ 9,-
12101	consult POH-S langer dan 20 minuten	€ 18,-
12102	visite POH-S	€ 13,50
12103	visite POH-S langer dan 20 minuten	€ 22,50
12104	telefonisch consult POH-S	€ 4,50
12105	herhalingsrecept POH-S (ongeacht het aantal receptregels)	€ 4,50
12106	vaccinatie POH-S	€ 4,50
12110	consult POH GGZ	€ 9,-
12111	consult POH GGZ langer dan 20 minuten	€ 18,-
12112	visite POH GGZ	€ 13,50
12113	visite POH GGZ langer dan 20 minuten	€ 22,50
12114	telefonisch consult POH GGZ	€ 4,50
12115	herhalingsrecept POH GGZ (ongeacht het aantal receptregels)	€ 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.

ad 12110-12114. Het aantal consulten per patiënt per jaar bedraagt maximaal 4 per jaar.

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 zorgaanbieder verstrekte entstoffen.
6. De kosten van de entstof kunnen voor de door de zorgaanbieder voor deze entstof werkelijk betaalde prijs worden doorberekend.
7. De aan de zorgaanbieder in rekening gebrachte laboratoriumkosten kunnen voor hetzelfde bedrag door de zorgaanbieder worden doorberekend.

8. De declaraties (honorarium en kosten) voor de door de dienstenstructuren geleverde ANW-diensten lopen via de dienstenstructuur waaraan de zorgaanbieder is verbonden. De aan een dienstenstructuur verbonden zorgaanbieders kunnen voor de verrichte consulten niet zelf declareren.

A.4. De maximumtarieven voor de incidentele en acute hulpverlening door zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die bieden, 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:

- De tarieven voor de incidentele en acute hulpverlening kunnen door de zorgaanbieder in rekening worden gebracht voor incidentele en acute zorg op werkdagen overdag aan niet-ingeschreven verzekerden, mits niet woonachting in de vestigingsgemeente van de zorgaanbieder 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.
- Kleine chirurgische ingrepen zijn in het consulttarief begrepen.
- Het lezen en het maken van een ECG is in het consulttarief begrepen.
- Telefonische consulten kunnen niet in rekening worden gebracht, tenzij deze duidelijk dienen ter vervanging van een spreekuurconsult.
- Een vaccinatie en/of een herhalingsrecept tijdens een (telefonisch) consult of een visite kan/kunnen niet extra in rekening worden gebracht.
- De tarieven zijn exclusief de kosten van de door de zorgaanbieder verstrekte entstoffen.
- De kosten van de entstof kunnen voor de door de zorgaanbieder voor deze entstof werkelijk betaalde prijs worden doorberekend.
- De aan de zorgaanbieder in rekening gebrachte laboratoriumkosten kunnen voor hetzelfde bedrag door de zorgaanbieder worden doorberekend.
- De declaraties (honorarium en kosten) voor de door de dienstenstructuren geleverde ANW-diensten lopen via de dienstenstructuur waaraan de zorgaanbieder is verbonden. De aan een dienstenstructuur verbonden zorgaanbieders kunnen voor de verrichte consulten niet zelf declareren.

A.4. De maximumtarieven voor de incidentele en acute hulpverlening door zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die beiden aan militairen in actieve dienst bedragen

code	per	Tarief
12500	consult	€ 24,80
12501	consult langer dan 20 minuten	€ 49,60
12502	visite	€ 37,20
12503	visite langer dan 20 minuten	€ 62,-
12504	telefonisch consult	€ 12,40
12505	herhalingsrecept (ongeacht het aantal receptregels)	€ 12,40
12506	vaccinatie	€ 12,40
12508	laboratoriumkosten	kostprijs
12509	entstoffen in verband met vaccinatie	kostprijs

Er geldt:

- De tarieven voor de incidentele en acute hulpverlening aan militairen in actieve dienst kunnen door de zorgaanbieder in rekening worden gebracht voor incidentele en acute zorg op werkdagen overdag aan militairen in actieve dienst, onder voorwaarde van een overeenkomst met minimaal een (1) zorgverzekeraar. Indien niet aan deze voorwaarde wordt voldaan, kunnen alleen de reguliere consulttarieven (zie A.3.) in rekening worden gebracht.
- Kleine chirurgische ingrepen zijn in het consulttarief begrepen.
- Het lezen en het maken van een ECG is in het consulttarief begrepen.
- Telefonische consulten kunnen niet in rekening worden gebracht, tenzij deze duidelijk dienen ter vervanging van een spreekuurconsult.
- Een vaccinatie en/of een herhalingsrecept tijdens een (telefonisch) consult of een visite kan/kunnen niet extra in rekening worden gebracht.
- De tarieven zijn exclusief de kosten van de door de zorgaanbieder verstrekte entstoffen.
- De kosten van de entstof kunnen voor de door de zorgaanbieder voor deze entstof werkelijk betaalde prijs worden doorberekend.
- De aan de zorgaanbieder in rekening gebrachte laboratoriumkosten kunnen voor hetzelfde bedrag door de zorgaanbieder worden doorberekend.
- De declaraties (honorarium en kosten) voor de door de dienstenstructuren geleverde ANW-diensten lopen via de dienstenstructuur waaraan de zorgaanbieder is verbonden. De aan een dienstenstructuur verbonden zorgaanbieders kunnen voor de verrichte consulten niet zelf declareren.

B. De maximaal door zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die bieden in rekening te brengen tarieven voor prestaties in avond, nacht en weekend met ingang van 1 januari 2008

B.1. De maximaal door de zorgaanbieders 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 zorgaanbieder 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 zorgaanbieders. 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 zorgaanbieders 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

- Deze consulten/visites voor ANW-zorg kunnen alleen in rekening worden gebracht indien de zorgaanbieder 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.
- Kleine chirurgische ingrepen zijn in het consulttarief begrepen.
- Het lezen en het maken van een ECG is in het consulttarief begrepen.
- Telefonische consulten kunnen niet in rekening worden gebracht, tenzij deze duidelijk dienen ter vervanging van een spreekuurconsult.
- Een vaccinatie en/of een herhalingsrecept tijdens een (telefonisch) consult of een visite kan/kunnen niet extra in rekening worden gebracht.
- De tarieven zijn exclusief de kosten van de door de zorgaanbieder verstrekte entstoffen.

7. De kosten van de entstof kunnen voor de door de zorgaanbieder voor deze entstof werkelijk betaalde prijs worden doorberekend.
8. De aan de zorgaanbieder in rekening gebrachte laboratoriumkosten kunnen voor hetzelfde bedrag door de zorgaanbieder worden doorberekend.
9. De declaraties (honorarium en kosten) voor de door de dienstenstructuren geleverde ANW-diensten lopen via de dienstenstructuur waaraan de zorgaanbieder is verbonden. De aan een dienstenstructuur verbonden zorgaanbieders 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 in rekening te brengen tarieven voor overige prestaties met ingang van 1 januari 2008

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 zorgaanbieder aan deze vergoedingsregeling verdient. De zorgaanbieder is verplicht op verzoek van de patiënt, dan wel diens verzekeraar – indien de verzekeraar een contractuele relatie heeft met de zorgaanbieder – de nota van de ingekochte verbruiksmaterialen te overleggen.

Het betreft:

- 12900 atraumatisch hechtmateriaal, waaronder lijmen;
- 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 zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die bieden bedragen per 1 januari 2008

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 tweedelij:	
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 zorgaanbieder</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
	<u>voor de tweede zorgaanbieder</u>	
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
	de deelprestaties prenatalescreening*	
12615	Prenatale screening: counselling	€ 25,00
12616	Prenatale screening: NT-meting	€ 126,00
12617	Prenatale screening: Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)	€ 122,50

* Declaratie van de prestaties counseling of NT-meting of SEO is alleen mogelijk indien de zorgaanbieder, die geneeskundige zorg levert zoals verloskundigen die bieden, een samenwerkingsovereenkomst heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening en daarmee voldoet aan de kwaliteitseisen zoals die door de Coördinatiecommissie Prenatale Screening zijn vastgesteld als bedoeld in de Wbo-vergunningen.

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

C.4a. Algemene termijnen echo € 33,50

Het maximum abonnementsstarief voor een algemene termijnen echoscopisch onderzoek in de eerste lijn (één of meer echo's en inclusief eventuele niet-geïndiceerde echo's) kan per zwangerschap maar éénmaal in rekening worden gebracht (code 12614). Het echoscopisch onderzoek wordt persoonlijk gedaan door een verloskundig actieve zorgaanbieder die geneeskundige zorg levert zoals een huisarts die levert, ingeschreven in een door de LHV en ZN aangewezen register.

C.4b. Specifieke diagnose echo € 27,90

Het maximum verrichtingstarief voor een specifieke diagnose echo (code 12618) kan per zwangerschap alleen voor de volgende diagnoses, met als uitgangspunt daaraan verbonden de maximale aantallen per indicatie, in rekening worden gebracht:

- groeistagnatie (maximaal 2 echo's)
- bloedverlies (maximaal 2 echo's)
- uitwendige versie bij stuitligging (maximaal 2 echo)
- ligging (maximaal 1 echo)
- placentacontrole (maximaal 1 echo)

C.5. Uitwendige versie bij stuitligging € 65,00

Het maximumtarief voor een uitwendige versie bij stuitligging (code 12619) kan alleen in rekening worden gebracht door een zorgaanbieder die is opgenomen in een specifiek door de KNOV en ZN aangewezen versieregister en daarmee voldoet aan bepaalde kwaliteitseisen (opleiding én minimum aantal versies). Uitgangspunten voor een uitwendige versie bij stuitligging zijn:

- eenduidige en sluitende afspraken met de tweede lijn over verwijzing en consultatie bij eventuele complicaties en directe verwijzing naar de tweede lijn bij complicaties;
- informed consent (in overleg met de patiënt)
- registratie van de uitgevoerde versies en de resultaten daarvan

C.6. Uitstrijkje € 11,30

Het maximumbedrag voor het in het kader van het preventief bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker afgenomen zogenoemde uitstrijkje voor de vrouwelijke verzekerde (code 12701).

C.7. 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.8. 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 zorgaanbieder, 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 zorgaanbieder, die staat ingeschreven in een specifiek

SCEN-register, in rekening gebracht.

C.9. 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 Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA), 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 Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA),

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.

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG

**Bijlage 2 bij tariefbeschikking
5000-1900-08-1 van 10 december 2007**



eit

**Nederlandse
Zorgautoriteit**

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

GEMEENTE 5-POSITIE POSTCODE

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
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



De door zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die bieden in het kader van Modernisering en Innovatie in rekening te brengen prestaties verricht met ingang van 1 januari 2008 tot 1 januari 2009

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 **zorgaanbieder, die geneeskundige zorg levert zoals huisartsen die bieden**, voor deze verrichting een overeenkomst heeft met de desbetreffende zorgverzekeraar.

13000	<p><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.</p>
13001	<p><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.</p>
13002	<p><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.</p>
13003	<p><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.</p>
13004	<p><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.</p>

13005	<p><i>ECG-diagnostiek (ECG maken, interpreteren en bespreken met patiënt)</i> Zie NHG Bouwsteen Elektrocardiografie in de huisartsenpraktijk Voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ECG-apparatuur met intelligente interpretatie - Duidelijke afspraken met cardioloog <p>Het betreft een prestatie per diagnose, die maximaal 3 keer per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht. Prestatie is inclusief verbruiksmateriaal.</p>
13006	<p><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.</p>
13007	<p><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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicaties: conform bij verwijzing naar ziekenhuis - Afspraken met ziekenhuis op vaste land <p>Het betreft een prestatie per verzekerde per ziektegeval. Voor de tele-ECG, zie verrichting 13005.</p>
13008	<p><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.</p>
13009	<p><i>Teledermatologie</i> Vervaardigen, beveiligd verzenden en opslaan alsmede het laten beoordelen door dermatoloog op afstand van door de huisarts gemaakte digitale beelden van huidafwijkingen ter mogelijke vervanging van verwijzing naar de 2^e lijn van een dermatologisch probleem waarbij specialistische beoordeling en/of advies noodzakelijk is. Eventuele consulten in verband met de (na)behandeling op basis van advies dermatoloog kunnen separaat gedeclareerd worden. Voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adequate apparatuur - Beveiligde verbinding - Digitale opslag informatie - Geprotocolleerde rapportage dermatoloog. <p>Het betreft een tarief per verrichting. Kan niet in rekening worden gebracht indien inspanning huisarts als onderdeel van een andere prestatie reeds wordt vergoed.</p>
13010	<p><i>Cognitieve functietest (MMSE)</i> Onderzoek naar dementie door afname van MMSE-test Voorwaarde: Conform NHG-standaard M21 Het betreft een prestatie per verrichting.</p>
13011	<p><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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apparatuur geleverd door een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier - Met uitsluiting indien al op projectbasis gefinancierd. <p>Het betreft een prestatie per verrichting.</p>

13012	<p><i>Chirurgie</i> Chirurgische ingrepen, ter vervanging van behandeling in de 2e lijn, zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> - excisie van een atheroom, lipoom, fibroom, chalazion, neavus/multiple naevi. - huidbiopt (stans), electrochirurgie - complexe (uitgebreide) wondbehandeling met hechten - Barron-ligatie - Chirurgische decubitusbehandeling - Nagelchirurgie bijvoorbeeld nagelextractie respectievelijk nagelbedexcisie - Incidering van abces of van vers getromboseerd hemorroïd, incise periaanaal abces/sinu pilonidalis -Ascitespunctie <p>N.B. Het verwijderen van wratten of mollusca valt hier niet onder maar onder het begrip kleine chirurgie, in regulier consult. Voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Het betreft een prestatie per verrichting, inclusief materiaal en verwijderen hechtingen</p>
13014	<p><i>Tapen</i> Behandeling distorsie, fractuur, tendinitis met tapebandage ter vervanging van behandeling in 2^e lijn Het betreft een prestatie per verrichting.</p>
13015	<p><i>Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris</i> Behandelen van ulcus cruris met behulp van compressietherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicatie: zie NHG-standaard M16 - Niet onder behandeling van specialist <p>Het betreft een prestatie per therapie, die maximaal 9 keer per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht.</p>
13016	<p><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.</p>
13017	<p><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.</p>
13018	<p><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.</p>
13019	<p><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.</p>
13020	<p><i>Varices sclerosering</i> Behandeling van spataderen door middel van sclerosering na diagnostiek met behulp van Doppler. Voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicatie: zie NHG standaard M30 en DBC varices sclerosering - Geen cosmetische ingreep (financiering via aanvullende verzekering) <p>Het betreft een prestatie per verrichting, die maximaal 4 keer per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht.</p>

13022	<p><i>Desensibilisatiekuur</i> Vaccinatie voor vermindering van overgevoeligheid.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Desensibilisatie voor IgE gemedieerde allergie voor pollen, huisstofmijt/katextract, insecten. – Indicatie en 1^e kuur door specialist (dermatoloog, allergoloog). <p>Voorwaarde: bewaken van patiënt na injectie Het betreft een prestatie per verrichting.</p>
13023	<p><i>Therapeutische injectie (Cyriax)</i> Injectie met corticosteroiden 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.</p>
13024	<p><i>Oogboring</i> Verwijderen corpus alienum uit het oog. Het betreft een prestatie per verrichting.</p>
13025	<p><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.</p>
13026	<p><i>Urinekatheterisatie</i> Plaatsen of vervangen van een (suprapubische) blaaskatheter. Het betreft een prestatie per verrichting, exclusief materiaal.</p>
13027	<p><i>MRSA-screening</i> Afname kweekmateriaal ten behoeve van diagnostiek MRSA Het betreft een prestatie per verrichting.</p>
13028	<p><i>Otitis externa</i> Inbrengen oortampon ter behandeling van otitis externa Voorwaarde: Behandeling conform NHG-standaard M49 Het betreft een prestatie per verrichting.</p>
13029	<p><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:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Controle vindt plaats volgens NHG-standaard M01 – Geen POH overeenkomst diabeteszorg, of Transmuraal Diabetes DBC of vergelijkbaar project, tenzij partijen een aanvullende overeenkomst hebben opgesteld voor extra inzet/capaciteit POH die niet regulier uit de POH financiering kan worden betaald – Verslaglegging van controles in HIS – Jaarlijks verslag waarin gebruik uniforme indicatoren. <p>Het betreft een prestatie per controle, die maximaal 4 keer per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht, inclusief jaarcontrole.</p>
13030	<p><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:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nieuwe insuline-afhankelijke patiënten – DM type II patiënten, die van orale medicatie overgaan op insuline <p>Voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – zie NHG-standaard M01 – Georganiseerde samenwerking met internist en/of DM-verpleegkundige – Uitsluiting indien deelname/financiering via Transmurale Diabetes DBC. <p>Het betreft een prestatie per verrichting, die maximaal 4 keer per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht.</p>

13031	<p><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, tenzij partijen een aanvullende overeenkomst hebben opgesteld voor extra inzet/capaciteit POH die niet regulier uit de POH financiering kan worden betaald – 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.</p>
13032	<p><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.</p>
13033	<p><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.</p>
13034	<p><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.</p>
13035	<p><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.</p>

13036	<p><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'</p> <p>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</p> <p>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</p>
13037	<p><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'</p> <p>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</p> <p>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</p>
13038	<p><i>Euthanasie</i> Verlenen van euthanasie</p> <p>Voorwaarde: De euthanasie wordt uitgevoerd volgens de zogenaamde SCEN-regels en is inclusief condoleancevisite door de eigen huisarts. Het betreft een prestatie per euthanasieverlening.</p> <p>N.B. de inzet van de SCEN-arts kan apart gedeclareerd worden (CTG-tarief code 12815)</p>
13042	<p><i>IUD inbrengen/ Implanteren c.q. verwijderen implanonstaafje</i> Het inbrengen van een spiraaltje of implanonstaafje vanwege anticonceptie</p> <p>Voorwaarde: Aantoonbare deskundigheid en ervaring, NHG-standaard. Het betreft een prestatie per verrichting, die maximaal 2 keer per jaar in rekening kan worden gebracht.</p>
13043	<p><i>Gestructureerde huisartsenzorg in verzorgingshuis</i> Niet bestemd voor de huisartsenzorg zelf, maar voor het stimuleren van huisartsen die medische zorg in verzorgingshuizen leveren, om dit gestructureerd aan te bieden door middel van onder meer het organiseren van de medische zorg door een beperkt aantal huisartsen, structureel periodiek overleg te organiseren, protocollen met betrekking tot zorg te ontwikkelen en actualiseren, afspraken te maken over dossiervorming, overdracht, visite en registratie (ICT), afstemming te organiseren met andere disciplines die betrokken zijn bij de zorg aan verzorgingshuisbewoners en ontwikkelen praktijkfolders voor verzorgingshuisbewoners.</p> <p>Voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er is voorzien in een structuur en procedure voor spreekuur- en visiteaanvragen - Er zijn afspraken gemaakt over de bereikbaarheid en beschikbaarheid met de huisarts en het verzorgingshuis - Het verzorgingshuis biedt facilitaire voorzieningen, ruimte en ICT-aansluitingen voor het spreekuur - Er is personele ondersteuning vanuit het verzorgingshuis tijdens spreekuur en visite - Er zijn afspraken over gestructureerd periodiek overleg - Er zijn afspraken over medicatiebeleid en borging van het farmaceutische proces - De huisartsenzorg wordt efficiënt georganiseerd en geleverd op basis van een overeenkomst tussen huisartsen(groep) en verzorgingshuis conform de LHV Voorbeeldovereenkomst Huisartsengroep - Verzorgingshuis <p>Het betreft een prestatie per kwartaal per betreffende bewoner in het verzorgingshuis.</p>

13044	<p><i>Gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang</i></p> <p>Niet bestemd voor de huisartsenzorg zelf, maar voor het stimuleren van huisartsen die medische zorg in de voorzieningen voor de maatschappelijke opvang (MO) leveren, om dit gestructureerd aan te bieden volgens de veldnorm die is beschreven in het project 'recept voor goed handelen'. Het betreft hier activiteiten zoals het organiseren van de medische zorg door een beperkt aantal huisartsen, structureel periodiek overleg te organiseren, protocollen met betrekking tot zorg te ontwikkelen en actualiseren, afspraken te maken over dossiervorming, overdracht, visite en registratie (ICT), afstemming te organiseren met andere disciplines die betrokken zijn bij de zorg aan maatschappelijke opvangbewoners en ontwikkelen praktijkfolders voor maatschappelijke opvangbewoners.</p> <p>Voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er is voorzien in een structuur en procedure voor spreekuur- en visiteaanvragen - Er zijn afspraken gemaakt over de bereikbaarheid en beschikbaarheid met de huisarts en het MO-huis - Het MO-huis biedt facilitaire voorzieningen, ruimte en ICT-aansluitingen voor het spreekuur - Er is personele ondersteuning vanuit het MO-huis tijdens spreekuur en visite - Er zijn afspraken over gestructureerd periodiek overleg - Er zijn afspraken over medicatiebeleid en borging van het farmaceutische proces - De huisartsenzorg wordt efficiënt georganiseerd en geleverd op basis van een overeenkomst tussen huisartsen(groep) en MO-huis conform de onderwerpen vermeld in de LHV Voorbeeldovereenkomst Huisartsengroep - Verzorgingshuis <p>Het betreft een prestatie per kwartaal per betreffende bewoner in de maatschappelijke opvang.</p>
13045	<p><i>Module Abdominale echografie</i></p> <p>De module abdominale echografie is bestemd voor het uitvoeren en interpreteren van abdominale echografie in eigen beheer ter voorkoming van onnodige verwijzing naar de twee lijn.</p> <p>De echografie en interpretatie wordt uitgevoerd door een huisarts, die bij de VEGE en/of CHBB geregistreerd staat als huisarts-echografist. De kwaliteit van het onderzoek en de behandeling op basis van dit echografisch onderzoek dient te voldoen aan hetgeen gebruikelijk is onder de beroepsgenoten. Bij verwijzing naar de specialist na het onderzoek zal het diagnostisch materiaal beschikbaar worden gesteld ten behoeve van de vervolgbehandeling.</p> <p>Het betreft de volgende indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aorta: herkennen aneurysmata - lever: tumoren, metastasen - galblaas: stenen, stuwing - nieren: stuwing, concrementen, cysten, tumoren - uterus: myomen, positie IUD, endometriumdikte - ovaria: cysten - blaas: urine-retentie, concrementen <p>Het betreft uitdrukkelijk niet de echo bij zwangerschap.</p>

13046	<p><i>Kortdurende opname</i></p> <p>De tijdelijke opname van bewoners in een verzorgingshuis of zorghotel, waarvoor een AWBZ-indicatie tijdelijke opname door het Centraal Indicatieorgaan Zorginstellingen (CIZ) is afgegeven.</p> <p>Voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De patiënt behoort niet tot de praktijkpopulatie van de behandelend huisarts tijdens de opname; dat wil zeggen er is geen sprake van inschrijving op naam van de betreffende huisarts. – De tijdelijke opname vindt plaats buiten het waarneemgebied van de huisarts waarbij de patiënt op naam is ingeschreven. – De huisarts maakt werkafspraken met het verzorgingshuis of zorghotel over de organisatie van de zorg, het beleid van de opname en de afstemming tussen partijen over de opname. – De huisarts maakt afspraken met de behandelaar(s) van de patiënt ter continuering van de zorgketen. – De huisarts verzorgt bij ontslag uit de tijdelijke opname de overdracht naar de oorspronkelijke huisarts. – De huisarts maakt een jaarverslag waaruit blijkt, dat de beoogde verbetering van doelmatigheid en kwaliteit wordt gehaald. <p>Het betreft een prestatie per visite tot maximaal 6 visites per tijdelijke opname.</p>
13047	<p><i>Chirurgie, categorie A</i></p> <p>Kleine chirurgische en therapeutische ingrepen, ter vervanging van behandeling in de 2e lijn (tijdsduur 10 tot 20 minuten), zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> - excisie van een atheroom, klein lipoom, chalazion, excisie naevus/multiple naevi. - huidbiopt (stans) - nagelchirurgie, bijv. nagelextractie/-bedexcisie/wig-excisie, paronychium. - indicering van abces of van vers getromboseerd hemorrhoid. <p>Voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Indicatie: chirurgische ingreep, ter vervanging van behandeling in 2e lijn. – Inclusief de voorbereidingstijd (klaarzetten, verdoven en opruimen) en inclusief (hecht-) materiaal en verwijdering hechting en nabehandeling. Verwijdering van hechting na specialistische behandeling valt hier niet onder. <p>N.B. Het verwijderen van wratten, mollusca, een klein fibroom, een enkele naevus, normaliter van beperkte duur (minder dan 10 minuten), valt hier niet onder maar is te beschouwen als kleine chirurgie en is onderdeel van een regulier consult.</p> <p>Het betreft een prestatie per verrichting, inclusief materiaal en verwijderen hechtingen.</p>
13048	<p><i>Chirurgie, categorie B</i></p> <p>Grote chirurgische en therapeutische ingrepen, ter vervanging van behandeling in de 2e lijn (tijdsduur langer dan 20 minuten), zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> - excisie van meerdere atheromen, groot lipoom, grote naevus/multiple naevi. - Barron-ligatie conform NHG-bouwsteen en CBO richtlijn. - chirurgische decuitusbehandeling. - incisie peri-anaal abces/sinus pilonidalis. - ascitespunctie. - verdenking meanoom, basaalcelca, plaveiselcelca, maligniteit. - hechten grotere/lelijke complexe wonden - frenulumplastiek - behandeling van multipole condylomata acuminata met hyfrecator/surgitron

	<p>Voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicatie: chirurgische ingreep, ter vervanging van behandeling in 2e lijn. - Inclusief de voorbereidingstijd (klaarzetten, verdoven en opruimen) en inclusief (hecht-) materiaal en verwijdering hechting en nabehandeling. Verwijdering van hechting na specialistische behandeling valt hier niet onder. <p>N.B. Het verwijderen van wratten, mollusca, een klein fibroom, een enkel naevus, normaliter van beperkte duur (minder dan 10 minuten), valt hier niet onder maar is te beschouwen als kleine chirurgie en is onderdeel van een regulier consult.</p> <p>Het betreft een prestatie per verrichting, inclusief materiaal en verwijderen hechtingen.</p>
13049	<p><i>Polyfarmacie</i></p> <p>Het screenen van de medicatie van patiënten die veel geneesmiddelen tegelijk gebruiken. Er kunnen aanzienlijke resultaten worden bereikt als zorgaanbieders zijnde huisartsen en apotheker gezamenlijk de gehele medicatie van dit type patiënt herbeoordelen. Om Polyfarmacie te kunnen declareren dient er een overeenkomst Polyfarmacie te worden ondertekend en waarbij de volgende voorwaarden gelden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De apotheker selecteert de patiënten met meer dan 6 (en minder dan 18) geneesmiddelen - Hieruit selecteert de huisarts een streefgetal aan patiënten - Per patiënt wordt een Medicine Evaluatie Profiel (MEP) door de apotheker naar de huisarts gestuurd. - Huisarts en apotheker bestuderen de MEP en bespreken gezamenlijk de medicatie aan de hand van het Medicatie Beoordelings Formulier (MBF) en komen gezamenlijk tot de conclusie of de medicatie van de patiënt moet worden aangepast. - Wijzigingen in de medicatie worden doorgesproken met de patiënt en met eventuele andere voorschrijvers bij wie de patiënt in behandeling is. <p>Het betreft een prestatie per verrichting die 1 keer per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht</p>

13013	<p><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.</p>
13021	<p><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.</p>
13039	<p><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.</p>
13040	<p><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.</p>
13041	<p><i>Besnijdenis</i> Gestandaardiseerde ingreep Voorwaarde: Alle besnijdenissen (inclusief religieuze) Het betreft een prestatie per ingreep, inclusief nacontrole.</p>