

PRESTATIE- EN TARIEFBESCHIKKING
Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018



Nummer
TB/REG-18619-01

Datum inwerkingtreding
1 januari 2018

datum verzending
13 juli 2017

Datum vaststelling
11 juli 2017

Geldig tot
1 januari 2019

Behandeld door
directie Regulering

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft met inachtneming van Hoofdstuk 4, paragrafen 4.2 en 4.4, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg),

en meer in het bijzonder:

artikel 35, artikel 50 lid 1, onderdelen a, c en d jo. artikel 51 tot en met 53 Wmg,

alsmede de Beleidsregel:

huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018 (BR/REG-18122),

en de Regeling:

multidisciplinaire zorg (NR/REG-1821),

besloten:

dat rechtsgeldig

door:

- zorgaanbieders die huisartsgeneeskundige zorg en/of multidisciplinaire zorg leveren en
- zorgaanbieders als bedoeld in artikel 1 onder c sub 2 Wmg (factormaatschappijen)

aan:

- alle ziektekostenverzekeraars en
- alle (niet-)verzekerden¹

de prestatiebeschrijvingen en bijbehorende (maximum)tarieven (in euro's):

zoals omschreven in de tarievenlijst behorende bij deze tariefbeschikking, in rekening kunnen worden gebracht, mits voldaan is aan de bij de betreffende prestatie beschreven voorwaarden, voorschriften en beperkingen. Voor de beschrijving van de prestaties wordt eveneens verwezen naar de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018 (BR/REG-18122).

De vastgestelde maximumtarieven zijn inclusief BTW-kosten, maar exclusief de BTW-heffing en afdracht door een zorgaanbieder. De declaraties dienen te worden gespecificeerd conform de beschrijvingen in de tarievenlijst. Bij contante betaling mag het eindbedrag worden afgerond op het dichtstbijzijnde veelvoud van 5 eurocent.

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

Beëindiging oude tariefbeschikking

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze tariefbeschikking wordt tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, met kenmerk TB/REG-17621-03, beëindigd.

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 een door Nederland ondertekend bilateraal of multilateraal verdrag, recht heeft op verstrekkingen overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz), gelijkgesteld met een Zvw-, respectievelijk Wlz- verzekerde.

Inwerkingtreding

Deze beschikking treedt in werking met ingang van 1 januari 2018 en vervalt met ingang van 1 januari 2019.

Gelet op artikel 20, tweede lid, onderdeel d, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal van de vaststelling van deze beschikking mededeling worden gedaan in de Staatscourant.

Deze beschikking wordt aangehaald als: Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. J.C.E. Kursten
directeur Regulering

Bijlagen:

- Toelichting bij prestatie- en tariefbeschikking; en
- Tarievenlijst huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

TOELICHTING BIJ TARIEFBESCHIKKING

Nederlandse Zorgautoriteit

Bezwaar

Gelet op artikel 8:1 Algemene wet bestuursrecht (Awb) juncto artikel 7:1 lid 1 Awb kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit een bezwaarschrift indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit, unit Juridische Zaken, postbus 3017, 2502 GA Utrecht. Het bezwaar kan per post, per fax of, indien in uw geval van toepassing, via het webportaal Toegang (<https://toegang.nza.nl>) ingediend worden (dus niet via e-mail). In de linkerbovenhoek van de envelop vermeldt u: Bezwaarschrift.

Het bezwaar moet volgens artikel 6:5 lid 1 Awb schriftelijk en ondertekend worden ingediend en moet ten minste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, de dagtekening, een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar zich richt en de gronden van het bezwaar. Wij verzoeken u een kopie van het bestreden besluit bij te voegen.

BIJLAGE 1 BIJ PRESTATIE- EN TARIEFBESCHIKKING TB/REG-18619-01**TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018****Inhoudsopgave**

1. Segment 1	2
1.1 Inschrijving	2
1.2 Consult	3
1.3 Poh-ggz	5
1.4 Onderlinge dienstverlening poh-ggz	9
1.5 Overige S1-verrichtingen	10
1.6 Prestaties huisartsenzorg eerstelijnsverblijf en intensieve zorg	11
2. Segment 2	13
2.1 Organisatie en infrastructuur	13
2.2 Multidisciplinaire zorg - gecontracteerd	16
2.2 Multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd	18
3. Segment 3	24
3.1 Resultaatbeloning	24
3.2 Zorgvernieuwing	25
4. Prestaties buiten segmenten	27
4.1 Anw-verrichtingen in hds	27
4.2 Anw-verrichtingen buiten hds	27
4.3 Informatieverzoek bedrijfsarts of verzekeringsarts	28
4.4 Uitstrijkjes	28
4.5 Keuringen en onderzoek	29
4.6 Verbruiksmaterialen	30
4.7 Kostenvergoedingen	30
4.8 SCEN-consultatie	31
4.9 Huisartsenzorg voor asielzoekers in de centrale opvang	31
4.10 Module achterstandsfonds	31
4.11 M&I-verrichtingen	31
5. Verloskundige hulp	36
6. Medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik	42
7. De opslagwijken	43

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

2 van 47

DE PRESTATIES EN TARIEVEN DIE DOOR ZORGAANBIEDERS DIE HUISARTSGENEESKUNDIGE ZORG EN/OF MULTIDISCIPLINAIRE ZORG LEVEREN IN REKENING KUNNEN WORDEN GEBRACHT MET INGANG VAN 1 JANUARI 2018.

1. Segment 1

1.1 Inschrijving

De prestatie inschrijving beschrijft beschikbaarheid van het integrale pakket aan huisartsgeneeskundige zorg, 24 uur per dag en 7 dagen per week, voor de bij de zorgaanbieder op naam ingeschreven verzekerden. Het tarief bij de prestatie inschrijving is een vergoeding voor de kosten van beschikbaarheid, waaronder die van de anw-diensten, en een deel van de kosten van zorglevering.

De maximumtarieven voor de inschrijving op naam van de bij de zorgaanbieder ingeschreven verzekerde* per kwartaal bedragen:

Prestatie	Maximum-tarief
Inschrijving verzekerden tot 65 jaar <u>niet</u> woonachtig in een opslagwijk	€ 15,63
Inschrijving verzekerden van 65 jaar tot 75 jaar <u>niet</u> woonachtig in een opslagwijk	€ 18,34
Inschrijving verzekerden vanaf 75 jaar tot 85 jaar <u>niet</u> woonachtig in een opslagwijk	€ 27,54
Inschrijving verzekerden vanaf 85 jaar <u>niet</u> woonachtig in een opslagwijk	€ 43,20
Inschrijving verzekerden tot 65 jaar <u>en</u> woonachtig in een opslagwijk	€ 20,54
Inschrijving verzekerden van 65 jaar tot 75 jaar <u>en</u> woonachtig in een opslagwijk	€ 23,26
Inschrijving verzekerden vanaf 75 jaar tot 85 jaar <u>en</u> woonachtig in een opslagwijk	€ 32,46
Inschrijving verzekerden vanaf 85 jaar <u>en</u> woonachtig in een opslagwijk	€ 48,11

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Het inschrijvingstarief per kwartaal mag in rekening worden gebracht voor bij de zorgaanbieder op de eerste van het kwartaal ingeschreven verzekerden.
2. Het inschrijvingstarief per kwartaal mag niet in rekening worden gebracht voor bij de zorgaanbieder op de eerste van het kwartaal ingeschreven gemoedsbezwaarden als omschreven in Artikel 2.2b van de Zorgverzekeringswet.
3. De prestatie mag enkel in rekening worden gebracht indien de verzekerde zich uit eigen beweging heeft ingeschreven bij de betreffende zorgaanbieder.
4. Het inschrijvingstarief wordt nader gedifferentieerd voor ingeschreven patiënten woonachtig in een opslagwijk. Voor opslagwijken wordt gerekend met een factor op basis van een achterstandsindex. De basis voor de berekening van de achterstandsindex vormen de CBS-gegevens op wijk- en buurtniveau. Het CBS baseert deze index op de volgende criteria:
 - a. percentage inwoners met laag inkomen;
 - b. percentage niet actieven/niet-studenten;

* Onder verzekerde wordt in deze tarievenlijst ook verstaan (principiële) niet-verzekerde, met uitzondering van gemoedsbezwaarden als omschreven in Artikel 2.2b van de Zorgverzekeringswet.

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

3 van 47

- c. percentage niet-westerse allochtonen;
- d. omgevingsadressendichtheid.

Als de waarde van de achterstandsindex groter is dan een bepaalde waarde, is de desbetreffende buurt als achterstandsgebied aangemerkt. Per buurt wordt bepaald welke postcodes in de achterstandsgebieden voorkomen. Verzekerden woonachtig in de betreffende postcodes worden aangemerkt als woonachtig in een opslagwijk. De opslagwijken betreffen de wijken met postcodes zoals opgenomen in artikel 7 van deze tariefbeschikking.

5. Het tarief mag enkel in rekening worden gebracht indien de verzekerde zich uit eigen beweging heeft ingeschreven bij de betreffende zorgaanbieder.
6. Het tarief kan in rekening worden gebracht in aanvulling op de overige prestaties zoals in deze tariefbeschikking beschreven, tenzij expliciet anders wordt vermeld.

1.2 Consult

Het consult is een direct patiëntcontact van een ingeschreven verzekerde met de zorgaanbieder. Het tarief van het consult is een bedrag per patiëntcontact. Het tarief is een vergoeding voor een deel van de kosten van zorglevering.

Reguliere consulten

De maximumtarieven voor verrichtingen voor op naam van de zorgaanbieder ingeschreven verzekerden bedragen:

Prestatie	Maximum-tarief
Consult regulier korter dan 20 minuten	€ 9,59
Consult regulier 20 minuten en langer	€ 19,18
Visite regulier korter dan 20 minuten	€ 14,38
Visite regulier 20 minuten en langer	€ 23,97
Telefonisch consult regulier	€ 4,79
Vaccinatie regulier	€ 4,79
E-mailconsult regulier	€ 4,79

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Indien het patiëntcontact al in rekening wordt gebracht in het kader van een andere prestatie, mag de zorgaanbieder daarnaast niet ook een consult declareren.
2. Indien het patiëntcontact *niet* in rekening wordt gebracht in het kader van een andere prestatie kan deze op basis van één van de hierboven beschreven prestaties gedeclareerd worden, met inachtneming van de overige hier vermelde voorwaarden, voorschriften en beperkingen.
3. De prestaties consult regulier 20 minuten en langer en visite regulier 20 minuten en langer mogen alleen in rekening worden gebracht indien het zorginhoudelijke patiëntcontact daadwerkelijk 20 minuten of langer in beslag heeft genomen.
4. Kleine chirurgische ingrepen die niet vallen onder de prestatie chirurgie (zie artikel 1.5 van deze tariefbeschikking) zijn in het consulttarief begrepen.
5. Het maken en lezen van een ECG is in het consulttarief begrepen. Voor de kosten van een ECG wordt uitgegaan van een normbedrag, zie artikel 4.7.
6. Telefonische consulten mogen niet in rekening worden gebracht, tenzij deze duidelijk dienen ter vervanging van een spreekuurconsult.
7. Een vaccinatie tijdens een consult of een visite mag niet extra in rekening worden gebracht.
8. De declaraties (honorarium en kosten) voor de door de dienstenstructuren geleverde anw-diensten lopen via de dienstenstructuur waaraan de zorgaanbieder is verbonden. De

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

4 van 47

aan een dienstenstructuur verbonden zorgaanbieders mogen voor de verrichte consulten niet zelf declareren.

9. Het e-mailconsult mag *niet* in rekening worden gebracht, tenzij het e-mailcontact duidelijk dient ter vervanging van een spreekuurconsult. Het tarief kan alleen worden gedeclareerd indien voldaan wordt aan de voorwaarden die de beroepsgroep zelf heeft opgesteld in de KNMG-richtlijn online arts-patiënt contact. Deze richtlijn stelt onder andere dat in het geval van online-zorgverlening sprake moet zijn van een bestaande behandelrelatie tussen arts en patiënt en dat zorgverlening via internet niet moet worden aangewend bij de eerste beoordeling van een aandoening. Bij afwezigheid van een dergelijke behandelrelatie kan online contact slechts plaatsvinden als de daaraan verbonden risico's geminimaliseerd zijn en dat contact de patiënt ten goede komt.
10. Een consult kan ook in rekening worden gebracht indien sprake is van zorgverlening zonder direct face-to-face-contact, bijvoorbeeld via internet. Voorwaarde is wel dat het contact zowel inhoudelijk als qua tijdsbesteding vergelijkbaar is met de zorgverlening die in een regulier consult wordt geboden. Als de zorgverlening qua tijdsbesteding beperkter is (bijvoorbeeld in het geval van e-mailwisseling) is de prestatie e-mailconsult van toepassing. Aanvullende voorwaarde bij de declaratie van een consult zonder direct face-to-face-contact is dat voldaan wordt aan de voorwaarden die de beroepsgroep zelf heeft opgesteld in de KNMG-richtlijn online arts-patiënt contact. Deze richtlijn stelt onder andere dat in het geval van online-zorgverlening sprake moet zijn van een bestaande behandelrelatie tussen arts en patiënt en dat zorgverlening via internet niet moet worden aangewend bij de eerste beoordeling van een aandoening. Bij afwezigheid van een dergelijke behandelrelatie kan online contact slechts plaatsvinden als de daaraan verbonden risico's geminimaliseerd zijn en dat contact de patiënt ten goede komt.
11. De prestatie consult regulier 20 minuten en langer mag (in afwijking van voorwaarde 2) ook in rekening worden gebracht indien het gaat om een van de volgende verrichtingen (vh. M&I-verrichtingen):
 - a. Postoperatief consult in de praktijk (vh. 13016)
 - b. Verrichting ter vervanging van specialistenbezoek (vh. 13018)
 - c. Trombosebeen (vh. 13019)
 - d. Varices sclerosering (vh. 13020)
 - e. Aanmeten en plaatsen pessarium (vh. 13025)
12. De prestatie visite regulier 20 minuten en langer mag (in afwijking van voorwaarde 2) ook in rekening worden gebracht indien het gaat om een postoperatief consult thuis (vh. M&I-verrichting 13017).

Consulten passant / militair / gemoedsbezwaarde

De maximumtarieven voor de incidentele en acute hulpverlening door zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die bieden aan *passanten*, bedragen:

Prestatie	Maximum-tarief
Consult passant korter dan 20 minuten	€ 28,19
Consult passant 20 minuten en langer	€ 56,39
Visite passant korter dan 20 minuten	€ 42,29
Visite passant 20 minuten en langer	€ 70,48
Telefonisch consult passant	€ 14,10
Vaccinatie passant	€ 14,10

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

5 van 47

De maximumtarieven voor de incidentele en acute hulpverlening door zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die bieden aan *militairen* in actieve dienst bedragen:

Prestatie	Maximum-tarief
Consult militair korter dan 20 minuten	€ 28,19
Consult militair 20 minuten en langer	€ 56,39
Visite militair korter dan 20 minuten	€ 42,29
Visite militair 20 minuten en langer	€ 70,48
Telefonisch consult militair	€ 14,10
Vaccinatie militair	€ 14,10

De maximumtarieven voor hulpverlening door zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die bieden aan *gemoedsbezwaarden* als omschreven in Artikel 2.2b van de Zorgverzekeringswet bedragen:

Prestatie	Maximum-tarief
Consult gemoedsbezwaarde korter dan 20 minuten	€ 30,67
Consult gemoedsbezwaarde 20 minuten en langer	€ 61,34
Visite gemoedsbezwaarde korter dan 20 minuten	€ 46,00
Visite gemoedsbezwaarde 20 minuten en langer	€ 76,67
Telefonisch consult gemoedsbezwaarde	€ 15,33
Vaccinatie gemoedsbezwaarde	€ 15,33

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Voorwaarden, voorschriften en beperkingen 1 tot en met 8 van de reguliere consulten (zie artikel 1.2) zijn mutatis mutandis van toepassing.
2. Consulten voor passant, militair of gemoedsbezwaarde mogen door de zorgaanbieder alleen in rekening worden gebracht voor zorg buiten anw-uren.
3. Consulten voor passanten mogen door de zorgaanbieder alleen in rekening worden gebracht voor incidentele en acute zorg.
4. Als aanvullende voorwaarde geldt dat een consult voor een passant niet in rekening mag worden gebracht indien de betreffende patiënt woonachtig is in de vestigingsgemeente van de huisarts.
5. Indien niet aan de voorwaarden 2 t/m 4 wordt voldaan, mogen alleen de reguliere consulten (zie artikel 1.2) in rekening worden gebracht.

1.3 Poh-ggz

De maximumtarieven voor prestaties binnen de functie Praktijkondersteuning Geestelijke Gezondheidszorg (poh-ggz) bedragen:

Prestatie	Maximum-tarief
Module poh-ggz per kwartaal per ingeschreven verzekerde	€ 2,89
Consult poh-ggz korter dan 20 minuten	€ 9,59
Consult poh-ggz 20 minuten en langer	€ 19,18
Visite poh-ggz korter dan 20 minuten	€ 14,38
Visite poh-ggz 20 minuten en langer	€ 23,97

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

6 van 47

Telefonisch consult poh-ggz	€ 4,79
E-mailconsult poh-ggz	€ 4,79
Groepsconsult poh-ggz	€ 9,59

De functie poh-ggz betreft zorginhoudelijke ondersteuning van de huisartsenzorg aan alle patiënten met klachten van (mogelijk) psychische, psychosociale of psychosomatische aard. De functie kan worden ingevuld door (een combinatie van) personele inzet, e-health, en consultatieve raadpleging van gespecialiseerde zorgaanbieders.

- *Probleemverheldering en uitvoeren van screeningsdiagnostiek*

Probleemverheldering betreft nader analyseren en uitdiepen van psychische, (psycho)sociale en (psycho)somatische klachten en de oorzaken van die klachten, aan de hand van een of meer gesprekken met de patiënt. Doorgaans zal het hierbij gaan om patiënten die zich recent hebben gemeld met nieuwe klachten. Hierbij kan ook screeningsdiagnostiek (bijv. gestructureerde interviews of vragenlijsten) worden ingezet.

- *Opstellen en bespreken van een vervolgstappenplan*

Volgstappen kunnen betrekking hebben op verwijzing voor diagnostiek of behandeling buiten de huisartsenzorg, waarover de verantwoordelijk (huis)arts uiteindelijk moet beslissen.

- *Geven van psycho-educatie*

Psycho-educatie bestaat uit het geven van voorlichting en het verstrekken van informatie aan de patiënt over klachten of een stoornis, de oorzaken ervan, en mogelijke oplossingen.

- *Begeleiden/ondersteunen van zelfmanagement*

Wanneer met de patiënt overeengekomen wordt dat zelfmanagement een afdoende c.q. de beste aanpak is van de psychische klachten, kunnen contacten tussen ggz-ondersteuner en patiënt nodig zijn ter begeleiding of ondersteuning van het zelfmanagement-programma, bijvoorbeeld om vragen te beantwoorden of vorderingen en mogelijke aanpassingen van het programma te bespreken. Hieronder valt ook de begeleiding van e-health trajecten.

- *Interventies gericht op verbetering in functioneren van de patiënt met psychische klachten*

Bij patiënten met psychische klachten is vaak geen sprake van een psychische ziekte maar wel van een vastlopen in het functioneren als gevolg van de problematiek. Kortdurende behandeling binnen de huisartsenzorg kan dan aangewezen zijn. Uitvoeren van interventies binnen dergelijke behandeling behoort tot de functie POH-GGZ. Deze interventies richten zich veelal op gedragsverandering en (begeleide) zelfhulp.

- *Geïndiceerde preventie*

Interventies van geïndiceerde preventie hebben tot doel het ontstaan van een psychische ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen.

Alleen geïndiceerde preventie bij een individu met een hoog risico op een depressie, paniekstoornis of bij problematisch alcoholgebruik valt onder de Zvw.

- *Zorggerelateerde preventie*

Richt zich op individuen met een (chronische) psychische ziekte op een of meerdere gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft tot doel het individu te begeleiden en ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en verergering op tijd te signaleren c.q. voorkomen. Dit kan ook betrekking hebben op somatische co-morbiditeit.

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

7 van 47

Zorggerelateerde preventie kan ook de vorm van casemanagement aannemen. Het gaat hierbij om casemanagement voor zover dit valt onder de verzekerde zorg.¹

- *Terugvalpreventie*

Terugvalpreventie betreft een of enkele handelingen / gesprekken met individuen die samenhangen met een behandeling die zij hebben ondergaan voor een psychische ziekte, gericht op het voorkomen en/of vroeg herkennen door het individu zelf van terugkeer van de klachten. Terugvalpreventie vormt vaak de laatste fase van de behandeling.

Bij de lijst met zorgactiviteiten dient te worden opgemerkt dat de lijst bestaat uit zo goed mogelijk afgebakende direct patiëntgebonden zorgactiviteiten. Dit betekent niet dat zorgaanbieders zich moeten beperken tot die activiteiten in het vormgeven van de zorgverlening, hiervan kunnen ook indirect patiëntgebonden activiteiten (bijv. overleg met een school) en niet-patiëntgebonden activiteiten (bijv. activiteiten nodig voor het onderhouden van een netwerk) deel uitmaken.

- Toelichting op maximumtarief module poh-ggz

De inzet van poh-ggz wordt vergoed door middel van declaratie van specifieke consulten en door een aanvullende opslagmodule op het inschrijftarief. Het maximumtarief voor de opslagmodule biedt ruimte om 12 uur per week per 2.350 patiënten een ggz-praktijkondersteuner in te zetten. Het tarief dekt daarbij zowel de kosten van de ondersteuner, de aanvullende managementtijd van de huisarts en infrastructurele voorzieningen behorende bij de inzet van aanvullend poh-ggz personeel.

De bekostiging van poh-ggz is de afgelopen jaren ingericht rondom de aanname dat via het contract tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder nadere afspraken worden gemaakt die aansluiten bij de werkelijke en noodzakelijke inzet van poh-ggz. Het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) heeft echter in november 2016 bepaald dat deze voorwaarde voor het declareren van poh-ggz niet meer randvoorwaardelijk mag worden gesteld voor declaratie van deze prestaties. Naar aanleiding van deze uitspraak zijn in het beleid vanaf 2017 twee wijzigingen doorgevoerd in de wijze van bekostigen van poh-ggz.

1. In 2016 is het moduletarief verhoogd, zodat zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken konden maken tot aan een maximale inzet van 36 uur poh-ggz per 2.350 patiënten. Deze aanvullende ruimte blijft behouden indien zorgverzekeraar en zorgaanbieder dit contractueel overeenkomen, maar wordt anders vormgegeven. Afspraken boven het niveau van 12 uur inzet poh-ggz per week per 2.350 patiënten worden vanaf 2017 via segment 3 binnen de prestatie zorgvernieuwing vormgegeven. Inzet tot aan het niveau van 12 uur per week per 2.350 patiënten kan zonder contract in rekening worden gebracht.
2. Het uitgangspunt blijft gelden dat het in rekening te brengen modulebedrag is gebaseerd op de aantoonbare en voor de ingeschreven patiënt beschikbare inzet van poh-ggz. Het maximale moduletarief is gebaseerd op een inzet van 12 uur poh-ggz per week per 2.350 patiënten. Inzet onder deze 12 uur per 2.350 moet leiden tot een naar rato verlaagd moduletarief.
3. Eventuele kosten voor direct aan de functie poh-ggz gekoppelde en voor de ingeschreven patiënt beschikbare e-healthtoepassingen en externe consultatie kunnen binnen het moduletarief worden verrekend. Het gaat dan uitdrukkelijk niet over regulier bij de poh-ggz behorende infrastructurele middelen, aangezien deze kosten reeds onderdeel zijn van de onderbouwing van het tarief dat gekoppeld is aan de inzet per fte poh-ggz. Dit

¹ Zie uitspraak CVZ: casemanagement, 25 maart 2011

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

8 van 47

alles met inachtneming van de in deze beleidsregel beschreven voorwaarden, voorschriften en beperkingen. De methodiek hoe deze toerekening naar rato van werkelijke inzet leidt tot het in rekening te brengen moduletariaf wordt uiteengezet in onderstaande rekenvoorbeelden:

REKENVOORBEELD 1

Een praktijk heeft 3.000 ingeschreven patiënten waarvoor 5,5 uur poh-ggz personeel per week beschikbaar is. Tevens kan de praktijk aantonen dat aanvullend € 1.000 per kwartaal direct aan de functie poh-ggz gekoppelde kosten voor de ingeschreven patiënt beschikbare e-health en externe consultatie worden gemaakt.

Het maximale modulebedrag dat deze praktijk in rekening mag brengen, wordt dan als volgt vastgesteld:

Inzet poh-ggz:

Een inzet van 5,5 uur op 3.000 patiënten komt overeen met een inzet van 4,31 uur op 2.350 patiënten

$$\begin{aligned} 2.350 / 3.000 \text{ patiënten} &= 0,783 \\ 0,783 * 5,5 \text{ uur} &= 4,31 \text{ uur.} \end{aligned}$$

Een inzet van 4,31 uur op 2.350 patiënten is 36% van de maximale inzet van 12 uur. Voor dit deel mag maximaal € 1,04 per ingeschreven verzekerde in rekening worden gebracht.

$$\begin{aligned} 4,31 / 12 \text{ uur} &= 0,36 \\ 0,36 * € 2,89 &= € 1,04 \text{ per patiënt kwartaal} \end{aligned}$$

Aanvullende kosten e-health en consultatie per kwartaal

€ 1.000 (werkelijke kosten per kwartaal) / 3.000 patiënten = € 0,33 per patiënt per kwartaal

Totaal maximaal moduletariaf per patiënt per kwartaal

$$€ 1,04 + € 0,33 = € 1,37$$

REKENVOORBEELD 2

Een praktijk heeft 3.000 ingeschreven patiënten waarvoor 14 uur poh-ggz personeel per week beschikbaar is. Tevens kan de praktijk aantonen dat aanvullend € 1.000 per kwartaal direct aan de functie poh-ggz gekoppelde kosten voor de ingeschreven patiënt beschikbare e-health en externe consultatie worden gemaakt.

Het maximale modulebedrag dat deze praktijk in rekening mag brengen, wordt dan als volgt vastgesteld:

Inzet poh-ggz:

Een inzet van 14 uur op 3.000 patiënten komt overeen met een inzet van 10,97 uur op 2.350 patiënten

$$\begin{aligned} 2.350 / 3.000 \text{ ingeschreven patiënten} &= 0,783 \\ 0,783 * 14 \text{ uur} &= 10,97 \text{ uur.} \end{aligned}$$

Een inzet van 10,97 uur op 2.350 patiënten is 91,39% van de maximale inzet van 12 uur. Voor dit deel mag maximaal € 2,64 per ingeschreven verzekerde in rekening worden gebracht.

$$\begin{aligned} 10,97 / 12 \text{ uur} &= 0,9139 \\ 0,9139 * € 2,89 &= € 2,64 \text{ per patiënt per kwartaal} \end{aligned}$$

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

9 van 47

Aanvullende kosten e-health en consultatie per kwartaal

€ 1.000 (werkelijke kosten per kwartaal)/ 3.000 patiënten = € 0,33 per patiënt per kwartaal

€ 2,64 + € 0,33 = € 2,97

Echter, het maximumtarief is € 2,89 per kwartaal.

Dat is daarmee ook het maximumtarief dat binnen deze module in rekening kan worden gebracht. Eventueel aanvullende afspraken kunnen contractueel met de zorgverzekeraar overeen worden gekomen via segment 3 zorgvernieuwing.

Continuering regelgeving poh-ggz

Met het in 2017 uitgevoerde kostenonderzoek (onderzoeksjaar 2015) is getracht de gemiddelde kosten poh-ggz in kaart te brengen. Het doel was om deze kosten als uitgangspunt te nemen voor het tarief dat met ingang van 2018 ook zonder contractuele relatie in rekening kan worden gebracht. Het is vanwege de grote spreiding in zowel de mate waarin de poh-ggz werd ingezet in 2015 als de spreiding in opgegeven kosten van de poh-ggz echter niet mogelijk een passend gemiddeld kostenniveau te bepalen. Er is om deze reden voor gekozen de regelgeving poh-ggz uit 2017 te continueren in 2018.

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Voorwaarden, voorschriften en beperkingen 1, 2, 3, 6, 8 en 9 van de reguliere consulten zijn mutatis mutandis van toepassing op de consulten poh-ggz.
2. Het maximale moduletarium poh-ggz is gebaseerd op een inzet van 1/3 fte poh-ggz (12 uur per week) per 2.350 patiënten. Het in rekening te brengen tarief mag echter niet hoger zijn dan verklaard kan worden op basis van de aantoonbare en voor de ingeschreven patiënt beschikbare inzet van poh-ggz personeel (waarbij het functie- en competentieprofiel voor de praktijkondersteuner ggz ontwikkeld door LHV, NHG, PsyHAG en InEen leidend is), eventueel aangevuld met de direct aan de functie poh-ggz gekoppelde en aantoonbaar gemaakte kosten voor de ingeschreven patiënt beschikbare e-healthtoepassingen (niet zijnde reguliere infrastructurele kosten) en externe consultatie. Hierbij wordt de toerekenmethodiek gehanteerd zoals in de rekenvoorbeelden in de toelichting bij dit artikel is uitgewerkt. De onderbouwing van het werkelijk in rekening gebrachte moduletarium moet op verzoek van de patiënt, diens zorgverzekeraar of de NZa ter beschikking worden gesteld.
3. Aanvullende vergoedingen voor inzet van poh-ggz boven het niveau van 1/3 fte per 2.350 patiënten, of hieraan gekoppelde e-health en externe consultatie, kunnen overeengekomen worden binnen segment 3, onder de noemer zorgvernieuwing.
4. Indien de betreffende zorgaanbieder (aanbieder poh-ggz) niet ook de aanbieder is van de basisvoorziening huisartsenzorg (aanbieder huisartsenzorg) voor de betreffende ingeschreven verzekerden, dan moet een overeenkomst gesloten zijn tussen aanbieder poh-ggz en aanbieder huisartsenzorg. Aanbieder poh-ggz stelt deze overeenkomst met aanbieder huisartsenzorg desgevraagd ter beschikking aan de patiënt, de zorgverzekeraar of de NZa.
5. Het groepsconsult poh-ggz mag ongeacht de duur van het groepsconsult per consult één keer in rekening worden gebracht bij alle deelnemers aan het groepsconsult.

1.4 Onderlinge dienstverlening poh-ggz

Prestaties in rekening te brengen door een zorgaanbieder bij een zorgaanbieder. Er worden twee prestaties onderscheiden:

Prestatie	Tarief
Onderlinge dienstverlening t.b.v. poh-ggz	vrij tarief
Onderlinge dienstverlening t.b.v. consultatie bij poh-ggz	vrij tarief

1.5 Overige S1-verrichtingen

Deze paragraaf beschrijft vijf specifieke (groepen van) prestaties. Het betreft prestaties die tot en met 2015 als M&I-verrichting gedeclareerd konden worden. Het tarief is per verrichting en is een vergoeding voor de kosten van zorglevering.

Prestatie	Maximum-tarief
Chirurgie (v.h. 13012, 13047, 13048)	€ 86,65
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris (v.h. 13015)	€ 58,24
Oogboring (v.h. 13024)	€ 55,38
Therapeutische injectie (Cyriax) (v.h. 13023)	€ 29,27
IUD aanbrengen/implanteren of verwijderen etonogestrel implantatiestaafje (v.h. 13042)	€ 61,11

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Het totaal aan medisch noodzakelijke handelingen zoals beschreven in de per prestatie relevante NHG-richtlijn (dan wel overige voor het uitvoeren van de specifieke prestatie relevante richtlijnen) is onderdeel van de beschreven prestatie.
2. Chirurgie betreft chirurgische ingrepen ter vervanging van behandeling in de 2e lijn, zoals:
 - a. excisie van een atheroom, lipoom, fibroom, chalazion, nevus/multiple naevi;
 - b. huidbiopt (stans), electrochirurgie;
 - c. complexe (uitgebreide) wondbehandeling met hechten;
 - d. Barron-ligatie;
 - e. chirurgische decubitusbehandeling;
 - f. nagelchirurgie bijvoorbeeld nagelextractie respectievelijk nagelbedexcisie;
 - g. incideren van abces of van vers getromboseerd hemorrhoid, incisie periaanaal abces/sinus pilonidalis;
 - h. ascitespunctie;
 - i. verdenking melanoom, basaalcelcarcinoom, plaveiselcelcarcinoom, overige maligniteiten huid;
 - j. hechten grotere/lelijke complexe wonden;
 - k. frenulumplastiek;
 - l. behandeling van multipole condylomata acuminata met electrocoagulatie-apparaat.
3. Het verwijderen van wratten of mollusca valt niet onder chirurgie, maar onder het begrip kleine chirurgie in de consultprestaties van artikelen 1.2 en 4.2.
4. Voor chirurgie gelden de volgende aanvullende voorwaarden:
De prestatie is inclusief (hecht)materiaal, verwijderen hechtingen en nabehandeling (verwijderen van hechtingen na specialistische behandeling valt hier niet onder);
5. Compressietherapie bij ulcus cruris betreft het behandelen van een patiënt met ulcus cruris met behulp van compressietherapie, met de volgende voorwaarden:
 - indicatie conform NHG-standaard M16;
 - de patiënt is niet onder behandeling van een medisch specialist.
 - het maken van afspraken met de gespecialiseerde zorgaanbieder/verlener (bijvoorbeeld de wondverpleegkundige) over consulteren en door- en terugverwijzen valt onder de prestatiebeschrijving
6. Oogboring betreft het verwijderen van een corpus alienum uit het oog. Handelingen beschreven in NHG-standaard M57.
7. Therapeutische injectie (Cyriax) betreft een injectie met corticosteroïden of lokaal anestheticum in gewrichten, op peesaanhechtingen of bursa volgens principe van Cyriax.

8. IUD aanbrengen betreft het inbrengen van een spiraaltje of etonogestrel implantatiestaafje vanwege anticonceptie.

1.6 Prestaties huisartsenzorg eerstelijnsverblijf en intensieve zorg

De prestaties huisartsenzorg eerstelijnsverblijf (elv) en intensieve zorg zijn bedoeld voor huisartsenzorg geleverd aan patiënten die een hogere zorgzwaarte met zich meebrengen. De patiëntgroepen die hieronder vallen zijn palliatief terminale patiënten, patiënten waarvan het CIZ een zorgprofiel heeft geïndiceerd in de reeks VV Beschermd wonen met intensieve dementiezorg t/m VV beschermd verblijf intensieve palliatief-terminale zorg, en patiënten opgenomen in een setting voor eerstelijnsverblijf.

Huisartsenzorg eerstelijnsverblijf (elv)

Huisartsenzorg elv betreft het verlenen van huisartsgeneeskundige zorg aan patiënten die verblijven in een setting voor eerstelijnsverblijf. Het betreft een prestatie per visite. De prestatie wordt uitgesplitst in tijdsduur en tijdstip.

Prestatie	Maximum-tarief
Huisartsenzorg elv, dag korter dan 20 min	€ 41,89
Huisartsenzorg elv, dag 20 minuten en langer	€ 72,59
Huisartsenzorg elv, anw korter dan 20 min	€ 72,02
Huisartsenzorg elv, anw 20 minuten en langer	€ 111,61

Intensieve zorg

Intensieve zorg betreft het verlenen van intensieve zorg aan

- terminale patiënten of
- patiënten waarvoor het CIZ een zorgprofiel heeft toegewezen uit onderstaande reeks verpleging en verzorging. Deze patiënten ontvangen geen verblijf én behandeling van een instelling ingevolge artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a en artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c van de Wet langdurige zorg.
 - VV Beschermd wonen met intensieve dementiezorg;
 - VV Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging;
 - VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding;
 - VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging;
 - VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging;
 - VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg.

Prestatie	Maximum-Tarief
Intensieve zorg, dag (v.h.13034, 13035)	€ 74,02
Intensieve zorg, anw (v.h. 13036, 13037)	€ 127,68

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Het totaal aan medisch noodzakelijke handelingen zoals beschreven in de voor het uitvoeren van de specifieke prestaties relevante richtlijnen is onderdeel van de beschreven prestatie.
2. De prestaties huisartsenzorg elv en intensieve zorg betreffen prestaties per visite.
3. Voor de prestaties huisartsenzorg elv en intensieve zorg geldt dat indien de visite aanvangt tijdens anw-uren, dan het anw-tarief in rekening mag worden gebracht.

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

12 van 47

4. Het anw-tarief kan *niet* worden gedeclareerd indien de visite is geleverd tijdens een dienstuur hds.
5. Indien intensieve zorg conform de prestatiebeschrijving wordt geleverd aan een patiënt die opgenomen is in een setting voor elv, kunnen de prestaties intensieve zorg in rekening worden gebracht.
6. De prestaties huisartsenzorg elv 20 minuten en langer mogen alleen in rekening worden gebracht indien de patiëntgebonden tijd daadwerkelijk 20 minuten of langer in beslag heeft genomen.
7. Declaratie van een prestatie huisartsenzorg elv of intensieve zorg kan *niet* gelijktijdig met declaratie van een regulier consult of visites zoals beschreven in paragraaf 1.2. Een huisarts kan naast de prestaties huisartsenzorg elv wel overige prestaties in rekening brengen indien deze zorg geleverd is.
8. De prestaties huisartsenzorg elv en intensieve zorg kunnen niet in rekening worden gebracht indien de patiënt verblijf én behandeling geniet van een instelling ingevolge artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a en artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c van de Wet langdurige zorg.

Bedoeld wordt dat deze patiënten niet verblijven in een instelling en geen specifieke Wlz behandeling ontvangen door of namens die instelling. In artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c van de Wlz staat, dat die specifieke behandeling omvat: "behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde."

Er zijn dus twee situaties mogelijk voor patiënten die intensieve huisartsenzorg of elv vanuit de Zvw behoeven, en die daarnaast ook Wlz zorg krijgen op grond van het genoemde zorgprofiel in artikel 3.1.1 van het Besluit langdurige zorg juncto artikel 2.1 Regeling langdurige zorg juncto bijlage A bij deze regeling:

- Patiënten die in een Wlz instelling verblijven maar geen Wlz behandeling ontvangen door of namens de Wlz instelling, krijgen de geneeskundige zorg van algemeen medische aard vanuit de Zvw, dus ook de huisartsgeneeskundige zorg;
- Patiënten die thuis verblijven en ook geïndiceerd zijn voor de specifieke Wlz zorg, krijgen de geneeskundige zorg van algemeen medische aard gewoon via de Zvw, dus ook de huisartsgeneeskundige zorg.

Als patiënten in een Wlz instelling verblijven en door of namens de instelling Wlz behandeling ontvangen, dan krijgen zij de geneeskundige zorg van algemeen medische aard namens die Wlz instelling vanuit de Wlz, dus ook de "huisartsgeneeskundige" zorg.

2. Segment 2

2.1 Organisatie en Infrastructuur

De prestaties binnen organisatie en infrastructuur bieden de mogelijkheid om aanvullende vergoedingen per ingeschreven verzekerde overeen te komen op basis van afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze vergoedingen hebben als doel om (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners te stimuleren en te organiseren, waarbij de patiënt de voordelen ervaart van het continue verbeteren van de kwaliteit en/of kosten van zorg. Hiervoor is op verschillende populatieniveaus een ondersteuningsstructuur nodig waarbij partijen zich gezamenlijk organiseren en gemandateerd zijn om namens de aangesloten zorgverleners afspraken te maken met stakeholders (zoals bijvoorbeeld gemeenten, ziekenhuizen, VVT-instellingen, GGZ-instellingen, overige eerstelijns zorgaanbieders etc.)

Onder Organisatie en Infrastructuur onderscheiden we vier prestaties:

- a. *O&I Wijkmanagement*
- b. *O&I Ketenzorg*
- c. *O&I Regiomanagement*
- d. *O&I Geïntegreerde eerstelijnszorg overig*

In alle gevallen betreft het een vergoeding per ingeschreven verzekerde van de bij het multidisciplinair samenwerkingsverband aangesloten huisartsen. De vergoeding wordt vervolgens overeengekomen met het relevante samenwerkingsverband.

Alle prestaties kennen een vrij tarief en mogen enkel in rekening worden gebracht indien hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt. De zorgverzekeraar heeft hierbij zorg te dragen dat de afspraken over vergoedingen via deze prestatietitels geen overlappende kostencomponenten bevatten die tot dubbele bekostiging leiden. De afspraken binnen deze prestaties organisatie en infrastructuur zijn altijd gekoppeld aan afspraken over de vergoeding, inhoud en resultaat

Het is partijen voor al deze prestaties toegestaan meerjarige contracten te sluiten, en daarin voor elk jaar van de looptijd van het contract een jaartarief en eventueel aanvullende afspraken overeen te komen.

a. *O&I Wijkmanagement*

Deze prestatie biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over de investeringen in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden met bijbehorende ondersteuningsstructuur met als doel optimalisatie van samenwerking tussen eerstelijns zorgaanbieders op wijkniveau (een populatie van 10.000/20.000 ingeschreven verzekerden is hierbij een uitgangspunt, maar de specifieke invulling van dit wijkniveau is aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars). De verwachting hierbij is dat deze verbeterde samenwerking bijdraagt aan behoud of verbetering van kwaliteit van zorg en/of beheersing van zorgkosten.

Het samenwerkingsverband ontwikkelt en onderhoudt een actieve plan-do-check-act-cyclus gericht op de kwaliteit en kosten van zorg, gebaseerd op de zorgbehoefte van de populatie op wijkniveau. Naast het opzetten van de gewenste structuur en overlegvormen, betekent dit ook het periodiek analyseren van de ontwikkelingen in de zorgvraag, het zorgaanbod en de zorgkosten, het definiëren van speerpunten, het maken en uitvoeren van plannen op deze speerpunten en het inzichtelijk maken van de resultaten van deze plannen.

Het multidisciplinair samenwerkingsverband maakt hierbij adequate samenwerkingsafspraken tussen de deelnemende zorgprofessionals en het sociale domein.

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

14 van 47

Het samenwerkingsverband is hierbij een gemandateerd aanspreekpunt voor en namens de aangesloten zorgaanbieders met andere stakeholders, zoals bijvoorbeeld gemeenten, ziekenhuizen, VVT-instellingen, GGZ-instellingen etc.

Bij het tot stand komen van tariefafspraken voor deze prestatie maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders specifieke afspraken over de vergoedingen voor bijvoorbeeld personele inzet, management, werkgeverschap, ICT, huisvesting en innovatie op wijkniveau.

Prestatie	Tarief
O&I Wijkmanagement, per ingeschreven verzekerde	vrij tarief

b. O&I Ketenzorg

Deze prestatie biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over de financiering van de organisatie en infrastructuur behorende bij de opzet en uitvoering van de landelijke ketenzorgprogramma's zoals beschreven in artikel 6.2.2. Het betreft een vergoeding voor het organiseren en onderhouden van de kwaliteitscyclus (plan-do-check-act) rondom de kosten en kwaliteit van ketenzorg. Hierbij wordt voldaan aan de criteria zoals gesteld in het huidige zorgstandaardmodel van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden.

Naast het opzetten van de gewenste structuur en overlegvormen, betekent dit ook het periodiek analyseren van de ontwikkelingen in de zorgvraag, het zorgaanbod en de zorgkosten, het definiëren van speerpunten, het maken en uitvoeren van plannen op deze speerpunten en het inzichtelijk maken van de resultaten van deze plannen voor deze specifieke ketens.

Het multidisciplinair samenwerkingsverband is hierbij voor deze ketenzorgafspraken een gemandateerd aanspreekpunt voor en namens de aangesloten zorgaanbieders met andere stakeholders, zoals bijvoorbeeld gemeenten, ziekenhuizen, VVT-instellingen, GGZ-instellingen etc.

De afspraken binnen deze prestatie over organisatie en infrastructuur zijn altijd gekoppeld aan afspraken over de vergoeding, inhoud en resultaat van de zorglevering binnen de bijbehorende ketenzorg, en aan afspraken over de samenstelling en inclusiecriteria van de populatie die de daadwerkelijke zorg gaat ontvangen.

Bij het tot stand komen van tariefafspraken voor deze prestatie maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders specifieke afspraken over de vergoedingen voor bijvoorbeeld personele inzet, management, ICT, huisvesting en overige kosten behorende bij het organiseren en onderhouden van de kwaliteitscyclus.

Indien de financiering van de organisatie en infrastructuur van ketenzorg via deze prestatie wordt overeengekomen, kan het tarief dat daarnaast in rekening wordt gebracht voor de betaaltitel ketenzorg per geïncludeerde patiënt vervolgens niet dezelfde O&I-componenten bevatten.

Afspraken over de organisatie en infrastructuur behorende bij de opzet en uitvoering van meer innovatieve ketenzorgprogramma's zoals deze binnen Segment 3 zorgvernieuwing worden overeengekomen, vallen in de basis onder de prestatietitels wijkmanagement of regiomanagement, afhankelijk van de grootte van de populatie.

Prestatie	Tarief
O&I Ketenzorg, per ingeschreven verzekerde	vrij tarief

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

15 van 47

c. O&I Regiomanagement

Deze prestatie biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over aanvullende investeringen in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden met bijbehorende ondersteuningsstructuur met als doel de optimalisatie van samenwerking van tussen eerstelijns zorgaanbieders op regioniveau (een populatie van 100.000 ingeschreven verzekerden of meer is hierbij een uitgangspunt, maar de specifieke invulling van dit regioniveau is aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars.) De verwachting hierbij is dat deze verbeterde samenwerking bijdraagt aan behoud of verbetering van kwaliteit van zorg en/of beheersing van zorgkosten.

Het samenwerkingsverband ontwikkelt en onderhoudt een actieve plan-do-check-act-cyclus gericht op de kwaliteit en kosten van zorg, gebaseerd op de zorgbehoefte van de populatie op regioniveau. Naast het opzetten van de gewenste structuur en overlegvormen, betekent dit ook het periodiek analyseren van de ontwikkelingen in de zorgvraag van de specifieke populatie, het zorgaanbod en de zorgkosten, het definiëren van speerpunten, het maken en uitvoeren van plannen op deze speerpunten en het inzichtelijk maken van de resultaten van deze plannen.

Het samenwerkingsverband maakt hierbij adequate samenwerkingsafspraken tussen de deelnemende zorgprofessionals en het sociale domein. Het samenwerkingsverband is hierbij een gemandateerd aanspreekpunt voor en namens de aangesloten zorgaanbieders met andere stakeholders, zoals bijvoorbeeld gemeenten, ziekenhuizen, VVT-instellingen, GGZ-instellingen etc.

Bij het tot stand komen van een tariefafspraken voor deze prestatie maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders specifieke afspraken over de vergoedingen voor bijvoorbeeld personele inzet, management, ICT, huisvesting, en innovatie op regioniveau.

Prestatie	Tarief
O&I Regiomanagement, per ingeschreven verzekerde	vrij tarief

d. O&I Geïntegreerde eerstelijnszorg overig

Indien zorgverzekeraars en zorgaanbieders continuering van bestaande afspraken wensen rondom de vergoedingen voor/investeringen in multidisciplinaire samenwerking tussen zorgverleners, en daarbij nog geen gebruik kunnen of willen maken van de O&I-prestaties zoals beschreven onder a, b of c, kunnen deze voornog binnen deze prestatie worden overeengekomen. Het overeengekomen tarief is dan een vergoeding voor de kosten van personele inzet, organisatie en infrastructuur die nodig is voor deze vormen van samenwerking tussen zorgverleners voor wat betreft het leveren van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten.

Tot en met 2017 konden multidisciplinaire samenwerkingsverbanden afspraken maken binnen de GEZ-module. De verwachting is dat de afspraken die binnen deze GEZ-module vielen, nu binnen de drie nieuwe O&I-prestaties a, b of c kunnen vallen. De GEZ-module zou daarmee kunnen vervallen. De traditionele ruimte die de GEZ-module bood blijft echter voornog behouden totdat duidelijk is dat alle bestaande en gewenste afspraken ook daadwerkelijk te vatten zijn in de drie nieuwe O&I-prestaties. Deze prestatie biedt ook de ruimte om bestaande meerjarencontracten binnen de voormalige GEZ-module in 2018 door te laten lopen. In overleg met InEen/LHV/ZN zal gedurende 2018 worden bezien of deze prestatietitel in 2019 nog noodzakelijk is.

Prestatie	Tarief
O&I Geïntegreerde eerstelijnszorg overig, per ingeschreven verzekerde	vrij tarief

2.2 Multidisciplinaire zorg - gecontracteerd

a. Multidisciplinaire zorg DM2/VRM

Deze prestatie betreft zorg aan een patiënt met Diabetes Mellitus type 2 (vanaf 18 jaar) en/of met verhoogd risico op overlijden aan hart- of vaatziekten, waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines de zorgonderdelen in samenhang en in samenwerking met de betreffende patiënt aan de patiënt leveren. De zorgonderdelen die deel uitmaken van deze prestatie worden beschreven binnen de kaders van de standaard voor zorgstandaarden welke ingevuld wordt met behulp van de zorgstandaard voor Diabetes Mellitus en de zorgstandaard Vasculair Risicomanagement die geldt op het moment van sluiten van de overeenkomst en is aangepast aan de lokale situatie.

De prestatie betreft de ingevulde standaard voor zorgstandaarden, waarbij de prestatie geldt voor het deel van de zorgstandaard dat inhoud en levering beschrijft nadat de diagnose is vastgesteld (in het geval van VRM een risico van minimaal 5% om binnen 10 jaar te overlijden aan hart- of vaatziekte). De zorg bestaat tenminste uit (een) ziekte specifieke en (een) generieke component(en) waarbij de organisatiestructuur en de kwaliteitscyclus waarbinnen de zorgonderdelen geleverd worden, tenminste dienen te voldoen aan de criteria zoals gesteld in het huidige zorgstandaardmodel van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden.

Het overeengekomen tarief is een tarief per geïncludeerde patiënt en kan vergoeding bieden voor de kosten van organisatie en infrastructuur (overhead) van de ketenzorg en alle zorgverlening waarop de patiënt aanspraak heeft op grond van de Zorgverzekeringswet. Uitgezonderd van het voorgaande zijn de anw-zorg, eerstelijnsdiagnostiek, geneesmiddelenzorg en hulpmiddelenzorg. Geneesmiddelen verstrekt binnen een programmatische aanpak van zorg bij het Stoppen met Roken mogen weer wel binnen het tarief vergoed worden.

Met de introductie van de module *O&I Ketenzorg* (zie artikel 6.2.1 b) wordt expliciet de mogelijkheid benadrukt om de kosten van de organisatie en infrastructuur separaat te vergoeden via een vergoeding per ingeschreven verzekerde. Als deze vorm van vergoeding overeen wordt gekomen voor organisatie van ketenzorg, kan het tarief dat voor de prestaties binnen S2A overeen wordt gekomen per geïncludeerde patiënt enkel nog gebaseerd zijn op de resterende component van de ketenzorg, te weten de concrete zorglevering. Het blijft ook mogelijk om een tarief overeen te komen voor de ketenzorgprestaties binnen S2A inclusief de kosten voor organisatie en infrastructuur (dus per geïncludeerde patiënt), zolang hier geen vergoeding via de O&I-module tegenover staat.

De prestatie start op het moment dat de diagnose DM type 2 is gesteld of het verhoogde risico (VRM) is vastgesteld en aan eventuele aanvullende inclusiecriteria uit de zorgstandaard is voldaan, en duren zolang de cliënt 'in zorg' is.

Prestatie	Tarief
Multidisciplinaire zorg DM2/VRM	vrij tarief

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Uitgezonderd van de prestatiebeschrijving zijn de anw-zorg, eerstelijnsdiagnostiek, geneesmiddelenzorg en hulpmiddelenzorg.
2. Geneesmiddelen verstrekt binnen een programmatische aanpak van zorg bij het Stoppen met Roken vallen wel onder de prestatiebeschrijving.

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

17 van 47

3. De prestatie betreft de ingevulde standaard voor zorgstandaarden, waarbij de prestatie geldt voor het deel van de zorgstandaard dat inhoud en levering beschrijft nadat de diagnose is vastgesteld. Het bestaat ten minste uit (een) ziektespecifieke en (een) generieke component(en) waarbij de organisatiestructuur en de kwaliteitscyclus waarbinnen de zorgonderdelen geleverd worden, tenminste dienen te voldoen aan de criteria zoals gesteld in het vigerende zorgstandaard model van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden.
4. De hierboven beschreven prestaties starten op het moment dat de diagnose (DM type 2, COPD of Astma) of het verhoogde risico (VRM) is vastgesteld en duren zolang de cliënt 'in zorg' is.
5. Het overeengekomen tarief heeft een maximale looptijd van 1 januari tot en met 31 december van enig jaar. Het is partijen toegestaan meerjarige contracten te sluiten, en daarin voor elk jaar van de looptijd van het contract een jaartarief en eventueel aanvullende afspraken overeen te komen.
6. De prestaties kennen een vrij tarief per geïncludeerde patiënt per kwartaal en mogen enkel in rekening worden gebracht wanneer er een overeenkomst is afgesloten tussen verzekeraar en aanbieder, of indien de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde uitsluitend restitutiepolissen aanbiedt (en daarbij niet zelf contracteert) onder de voorwaarde dat er een overeenkomst is met minimaal 1 andere zorgverzekeraar.

b. Multidisciplinaire zorg COPD/Astma

Deze prestatie betreft zorg aan een patiënt met Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) en/of Astma, waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines de zorgonderdelen in samenhang en in samenwerking met de betreffen patiënt aan de patiënt leveren. De zorgonderdelen die deel uitmaken van deze prestatie worden beschreven binnen de kaders van de standaard voor zorgstandaarden die ingevuld wordt met behulp van de zorgstandaard voor COPD en de zorgstandaard voor Astma die geldt op het moment van sluiten van de overeenkomst en is aangepast op de lokale situatie.

De prestatie betreft de ingevulde standaard voor zorgstandaarden, waarbij de prestatie geldt voor het deel van de zorgstandaard dat inhoud en levering beschrijft nadat de diagnose is vastgesteld. Het bestaat tenminste uit (een) ziekte specifieke en (een) generieke component(en) waarbij de organisatiestructuur en de kwaliteitscyclus waarbinnen de zorgonderdelen geleverd worden, tenminste dienen te voldoen aan de criteria zoals gesteld in het vigerende zorgstandaard model van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden.

Het overeengekomen tarief is een tarief per geïncludeerde patiënt en kan vergoeding bieden voor de kosten van organisatie / overhead van de ketenzorg en alle zorgverlening waarop de patiënt aanspraak heeft op grond van de Zorgverzekeringswet. Uitzonderd van het voorgaande zijn de anw-zorg, eerstelijnsdiagnostiek, geneesmiddelenzorg en hulpmiddelenzorg. Geneesmiddelen verstrekt binnen een programmatische aanpak van zorg bij het Stoppen met Roken mogen weer wel binnen het tarief vergoed worden.

Met de introductie van de module *O&I Ketenzorg* (zie artikel 6.2.1 b) wordt expliciet de mogelijkheid benadrukt om de kosten van de organisatie en infrastructuur separaat te vergoeden via een vergoeding per ingeschreven verzekerde. Als deze vorm van vergoeding overeen wordt gekomen voor organisatie van ketenzorg, kan het tarief dat voor de prestaties binnen S2A overeen wordt gekomen per geïncludeerde patiënt enkel nog gebaseerd zijn op de resterende component van de ketenzorg, te weten de concrete zorglevering. Het blijft ook mogelijk om een tarief overeen te komen voor de ketenzorgprestaties binnen S2A inclusief de kosten voor organisatie en infrastructuur (dus per geïncludeerde patiënt), zolang hier geen vergoeding via de O&I-module tegenover staat.

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

18 van 47

De prestatie start op het moment dat de diagnose COPD of Astma is gesteld en aan eventuele aanvullende inclusiecriteria uit de zorgstandaard is voldaan, en duren zolang de cliënt 'in zorg' is.

Prestatie	Tarief
Multidisciplinaire zorg COPD/Astma	vrij tarief

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. De voorwaarden, voorschriften en beperkingen 1 tot en met 6 van de prestatie multidisciplinaire zorg DM2/VRM zijn mutatis mutandis van toepassing.

2.3 Multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd

a. Multidisciplinaire zorg DM2 – niet gecontracteerd

Deze prestatie betreft zorg aan een patiënt van 18 jaar of ouder met Diabetes Mellitus type 2 (DM2), waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines de zorgonderdelen in samenhang en in samenwerking met de betreffende patiënt aan de patiënt leveren. De zorgonderdelen die deel uitmaken van deze prestatie worden beschreven binnen de kaders van de standaard voor zorgstandaarden welke ingevuld wordt met behulp van de zorgstandaard voor Diabetes Mellitus die geldt op 1 januari van het jaar waarin de zorg wordt geleverd en is aangepast aan de lokale situatie.

De prestatie betreft de ingevulde standaard voor zorgstandaarden, waarbij de prestatie geldt voor het deel van de zorgstandaard dat inhoud en levering beschrijft nadat de diagnose is vastgesteld. De zorg bestaat tenminste uit (een) ziekte specifieke en (een) generieke component(en) waarbij de organisatiestructuur en de kwaliteitscyclus waarbinnen de zorgonderdelen geleverd worden, tenminste dienen te voldoen aan de criteria zoals gesteld in het vigerende zorgstandaard model van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden.

Het tarief is een maximumtarief per geïnccludeerde patiënt per kwartaal en biedt vergoeding voor de kosten van het geheel aan noodzakelijke organisatie en infrastructuur van de ketenzorg conform zorgstandaard. Het tarief dekt daarmee alle kosten voor voor personele inzet, management, ICT, huisvesting en overige kosten behorende bij de noodzakelijke organisatiestructuur en het onderhouden van de kwaliteitscyclus die samenhangen met het leveren van multidisciplinaire ketenzorg voor patiënten met DM2. Het tarief dekt verder de kosten van huisartsenzorg, diëtetiek en de eventuele inzet van een diabetesverpleegkundige.

Prestatie	Maximum-tarief
Multidisciplinaire zorg DM2 – niet gecontracteerd	€ 59,52

b. Multidisciplinaire zorg COPD – niet gecontracteerd

Deze prestatie betreft zorg aan een patiënt met Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines de zorgonderdelen in samenhang en in samenwerking met de betreffende patiënt aan de patiënt leveren. De zorgonderdelen die deel uitmaken van deze prestatie worden beschreven binnen de kaders van de standaard voor zorgstandaarden die ingevuld wordt met behulp van de zorgstandaard voor COPD die geldt op 1 januari van het jaar waarin de zorg wordt geleverd en is aangepast op de lokale situatie.

De prestatie betreft de ingevulde standaard voor zorgstandaarden, waarbij de prestatie geldt voor het deel van de zorgstandaard dat inhoud en levering beschrijft nadat de diagnose is

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

19 van 47

vastgesteld. Het bestaat tenminste uit (een) ziekte specifieke en (een) generieke component(en) waarbij de organisatiestructuur en de kwaliteitscyclus waarbinnen de zorgonderdelen geleverd worden, tenminste dienen te voldoen aan de criteria zoals gesteld in het vigerende zorgstandaard model van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden.

Het tarief is een maximumtarief per geïncludeerde patiënt per kwartaal en biedt vergoeding voor de kosten van het geheel aan noodzakelijke organisatie en infrastructuur van de ketenzorg conform zorgstandaard. Het tarief dekt daarmee alle kosten voor personele inzet, management, ICT, huisvesting en overige kosten behorende bij de noodzakelijke organisatiestructuur en het onderhouden van de kwaliteitscyclus die samenhangen met het leveren van multidisciplinaire ketenzorg voor patiënten met COPD. Het tarief dekt verder de kosten van huisartsenzorg, diëtetiek en de eventuele inzet van een COPD-verpleegkundige.

Prestatie	Maximum-tarief
Multidisciplinaire zorg COPD – niet gecontracteerd	€ 47,12

c. Multidisciplinaire zorg HVZ – niet gecontracteerd

Deze prestatie betreft secundair preventieve zorg aan een patiënt met hart- of vaatziekten (HVZ), waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines de zorgonderdelen in samenhang en in samenwerking met de betreffende patiënt aan de patiënt leveren. De zorgonderdelen die deel uitmaken van deze prestatie worden beschreven binnen de kaders van de standaard voor zorgstandaarden welke ingevuld wordt met behulp van de zorgstandaard Vasculair Risicomanagement die geldt op 1 januari van het jaar waarin de zorg wordt geleverd en is aangepast aan de lokale situatie.

De prestatie betreft de ingevulde standaard voor zorgstandaarden, waarbij de prestatie geldt voor het deel van de zorgstandaard dat inhoud en levering beschrijft nadat de diagnose is vastgesteld en een risico van minimaal 5% om binnen 10 jaar te overlijden aan hart- of vaatziekte. De zorg bestaat ten minste uit (een) ziekte specifieke en (een) generieke component(en) waarbij de organisatiestructuur en de kwaliteitscyclus waarbinnen de zorgonderdelen geleverd worden, tenminste dienen te voldoen aan de criteria zoals gesteld in het vigerende zorgstandaard model van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden.

Het tarief is een maximumtarief per geïncludeerde patiënt per kwartaal en biedt vergoeding voor de kosten van het geheel aan noodzakelijke organisatie en infrastructuur van de ketenzorg conform zorgstandaard. Het tarief dekt daarmee alle kosten voor personele inzet, management, ICT, huisvesting en overige kosten behorende bij de noodzakelijke organisatiestructuur en het onderhouden van de kwaliteitscyclus die samenhangen met het leveren van multidisciplinaire ketenzorg voor patiënten met HVZ. Het tarief dekt verder de kosten van huisartsenzorg en diëtetiek. Zie verder artikel 6.3.3 en bijlage 3.

Prestatie	Maximum-tarief
Multidisciplinaire zorg HVZ – niet gecontracteerd	€ 25,52

d. Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

Voor de drie prestaties beschreven in artikel 2.3 van deze beschikking gelden onderstaande voorwaarden, voorschriften en beperkingen. Deze voorwaarden, voorschriften en beperkingen zijn afgeleid van hetgeen aanbieders van multidisciplinaire zorg en zorgverzekeraars gebruikelijk contractueel overeenkomen bij de afspraken over de prestaties binnen segment S2A. De voorwaarden, voorschriften en beperkingen hebben betrekking op de volgende onderwerpen:

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

20 van 47

- de inrichting van de organisatie en infrastructuur van het multidisciplinair samenwerkingsverband,
- in- en exclusiecriteria,
- de wijze waarop omgegaan wordt met de samenloop van declaratietitels.

Algemeen

Ten algemene geldt dat de aanbieder van multidisciplinaire zorg bij declaratie van de betreffende prestaties op verzoek van de patiënt of diens zorgverzekeraar dan wel de NZa moet aantonen dat aan alle voorwaarden, voorschriften en beperkingen is voldaan.

Organisatie en Infrastructuur

Een aanbieder van multidisciplinaire zorg mag de prestaties alleen in rekening brengen als zij in staat is om het geheel aan multidisciplinaire ketenzorg conform zorgstandaarden en overige vigerende richtlijnen te leveren en de kwaliteit hiervan te borgen. Hiervoor dient de aanbieder van multidisciplinaire ketenzorg:

1. een zorgprogramma te ontwikkelen aangepast op de lokale situatie gebaseerd op de vigerende zorgstandaard en de onderliggende standaarden en richtlijnen en dit schriftelijk vast te leggen;
2. voldoende onderaannemers te contracteren dan wel schriftelijke samenwerkingsafspraken te maken om alle zorgonderdelen binnen de zorgstandaarden tijdig te leveren aan zijn patiënten en in hun nabijheid. Onderdeel van al deze samenwerkingsafspraken zijn schriftelijk vastgelegde verwijs- en terugverwijsafspraken en kwaliteitsafspraken. Deze afspraken voldoen aan de voorwaarden zoals beschreven in de zorgstandaarden. Deze afspraken worden periodiek geëvalueerd en ook dit wordt schriftelijk vastgelegd;
3. alle noodzakelijke organisatie en infrastructuur in te richten om de zorgverlening door de onderaannemers dan wel samenwerkingspartners te organiseren en coördineren. Onderdeel hiervan is een ICT-systeem dat multidisciplinaire gegevensuitwisseling ondersteunt. Het systeem geeft, met inachtneming van de privacyregels, alle betrokken zorgaanbieders binnen de keten inzage in de voor hen relevante parameters van de patiënten die zij in zorg hebben en stelt zorgaanbieders in staat zelf relevante gegevens in het systeem te registreren voor alle zorgketens;
4. een kwaliteitsbeleid inclusief kwaliteitscyclus (PDCA-cyclus) op te zetten en te onderhouden voor de aanbieders binnen het multidisciplinaire samenwerkingsverband. Het kwaliteitsbeleid wordt jaarlijks onderhouden en is schriftelijk vastgelegd;
5. alle gecontracteerde zorg en de organisatie ervan te voorzien van een klachtenregeling die voldoet aan de vigerende eisen en voorwaarden.

Inclusie- en exclusiecriteria

Voor het in rekening brengen van deze prestaties gelden harde inclusie- en exclusiecriteria. Hiervoor sluit de NZa onverkort aan bij de 'Handleiding voor inclusie en exclusie van patiënten in ketenzorgprogramma's' van InEen en ZN. Deze is opgenomen in bijlage 4 van de beleidsregel. De prestaties mogen alleen in rekening worden gebracht voor patiënten die op de eerste dag van het te declareren kwartaal (1 januari, 1 april, 1 juli, 1 oktober) voldoen aan alle inclusiecriteria en aan geen van de exclusiecriteria voor de specifieke ketenzorgprogramma's. Hieruit volgt onder andere:

1. dat voor patiënten die worden geïncludeerd in de keten DM2 niet aanvullend de keten HVZ in rekening mag worden gebracht;
2. dat de prestaties enkel in rekening mogen worden gebracht als de patiënt ook daadwerkelijk wordt behandeld door (de onderaannemers van) de aanbieder van multidisciplinaire zorg;

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

21 van 47

3. dat de aanbieder van multidisciplinaire zorg de prestaties alleen in rekening mag brengen aan patiënten (c.q. hun zorgverzekeraars) die staan ingeschreven op naam bij een huisarts die onderaannemer is van de zorgaanbieder of bij de zorgaanbieder zelf.

Samenloop declaratietitels

De aanbieder van multidisciplinaire zorg borgt via het contract met zijn onderaannemers dat zij de huisartsenzorg en diëtetiek die zij als onderdeel van deze prestaties verlenen niet buiten de zorgaanbieder om bij de patiënt of diens zorgverzekeraar in rekening brengen. Dit geldt voor alle elementen die onderdeel zijn van de tariefonderbouwing van deze prestaties. Deze worden hieronder per keten toegelicht.

ad a) DM2

Als de prestatie multidisciplinaire ketenzorg DM2 – niet gecontracteerd in rekening wordt gebracht, mogen de volgende prestaties voor dezelfde patiënt in het betreffende kwartaal niet in rekening worden gebracht.

1. Prestaties beschreven binnen de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg:
 - *Materiaalkosten teststrips bloedsuikerbepaling diabetespatiënten (waaronder eyetone-teststrips)*, in het geheel uitgesloten;
 - *Diabetes – begeleiding per jaar*, in het geheel uitgesloten;
 - *Diabetes – instellen op insuline*, in het geheel uitgesloten;
 - *Spleetlamponderzoek*, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening DM2 plaatsvindt;
 - *Consulten/visites* en daarvan afgeleide prestaties binnen Segment 1 voor huisartsenzorg, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening DM2 plaatsvindt.
2. Prestaties beschreven binnen de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor extramurale diëtetiek:
 - Alle prestaties zoals beschreven binnen deze beleidsregel, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening DM2 of HVZ plaatsvindt.
3. Prestaties beschreven binnen de Beleidsregel Stoppen-met-rokenprogramma:
 - Alle prestaties zoals beschreven binnen deze beleidsregel, in het geheel uitgesloten.

Een patiënt kan binnen de prestatie multidisciplinaire ketenzorg DM2 – niet gecontracteerd ook programmatische zorg in het kader van HVZ ontvangen. Op basis van de in- en exclusiecriteria kan een zorgaanbieder in dat geval alleen de prestatie multidisciplinaire ketenzorg DM2 – niet gecontracteerd in rekening brengen. Prestaties die onderdeel zijn van de programmatische zorg in het kader van HVZ mogen daarmee ook niet separaat in rekening worden gebracht naast de prestatie multidisciplinaire ketenzorg DM2 – niet gecontracteerd. Het betreft dan de prestaties:

- *Diagnostiek met behulp van Doppler*, in het geheel uitgesloten;
- *Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting*, in het geheel uitgesloten;
- *Kosten ECG maken*, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening HVZ plaatsvindt;
- *ECG-diagnostiek (ECG maken, interpreteren en bespreken met patiënt)*, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening HVZ plaatsvindt;

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

22 van 47

- *Consulten/visites en daarvan afgeleide prestaties binnen Segment 1 voor huisartsenzorg*, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening HVZ plaatsvindt.

ad b) COPD

Als de prestatie multidisciplinaire zorg COPD – niet gecontracteerd in rekening wordt gebracht, mogen de volgende prestaties voor dezelfde patiënt in het betreffende kwartaal niet in rekening worden gebracht.

1. Prestaties beschreven binnen de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg:
 - *Longfunctiemeting (= spirometrie)*, in het geheel uitgesloten;
 - *COPD – gestructureerde zorg per jaar*, in het geheel uitgesloten
 - *Kosten ECG maken*, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening COPD plaatsvindt;
 - *ECG-diagnostiek (ECG maken, interpreteren en bespreken met patiënt)*, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening COPD plaatsvindt;
 - *Consulten/visites en daarvan afgeleide prestaties binnen Segment 1 voor huisartsenzorg*, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening COPD plaatsvindt.
2. Prestaties beschreven binnen de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor extramurale diëtetiek:
 - Alle prestaties zoals beschreven binnen deze beleidsregel, voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening COPD plaatsvindt.
3. Prestaties beschreven binnen de Beleidsregel Stoppen met rokenprogramma:
 - Alle prestaties zoals beschreven binnen deze beleidsregel, in het geheel uitgesloten.

ad c). HVZ

Als de prestatie multidisciplinaire zorg HVZ – niet gecontracteerd in rekening wordt gebracht, mogen de volgende prestaties voor dezelfde patiënt in het betreffende kwartaal niet in rekening worden gebracht.

1. Prestaties beschreven binnen de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg:
 - *Diagnostiek met behulp van Doppler*, in het geheel uitgesloten;
 - *Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting*, in het geheel uitgesloten;
 - *Kosten ECG maken*, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening HVZ plaatsvindt;
 - *ECG-diagnostiek (ECG maken, interpreteren en bespreken met patiënt)*, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening HVZ plaatsvindt;
 - *Consulten/visites en daarvan afgeleide prestaties binnen Segment 1 voor huisartsenzorg*, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de behandeling en begeleiding van de aandoening HVZ plaatsvindt.
2. Prestaties beschreven binnen de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor extramurale diëtetiek:

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

23 van 47

- Alle prestaties zoals beschreven binnen deze beleidsregel, voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening HVZ plaatsvindt.

- 3. Prestaties beschreven binnen de Beleidsregel Stoppen met rokenprogramma:
 - Alle prestaties zoals beschreven in deze beleidsregel.

3. Segment 3

3.1 Resultaatbeloning

Binnen het domein Resultaatbeloning worden de volgende deelprestaties onderscheiden.

a) Resultaatbeloning adequaat verwijzen en diagnostiek

Deze deelprestatie biedt ruimte om afspraken te maken over beloning op uitkomsten van zorgkwaliteit en/of kosten als gevolg van het adequaat doorverwijzen naar andere zorgaanbieders, het aanvragen van diagnostiek, of een combinatie van beide.

b) Resultaatbeloning doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen

Deze deelprestatie biedt ruimte om afspraken te maken over beloning op uitkomsten van zorgkwaliteit en/of kosten als gevolg van het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen. Hierbij kunnen partijen aansluiten bij uniforme indicatoren zoals die van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM)² en algemene indicatoren over het voorschrijven van multisource geneesmiddelen.

c) Resultaatbeloning service en bereikbaarheid

Deze deelprestatie biedt ruimte om afspraken te maken over beloning op uitkomsten van zorgkwaliteit en/of kosten als gevolg van een verbetering in service en bereikbaarheid. Hieronder vallen afspraken rondom zaken als:

- Het hebben en gebruiken van mogelijkheden voor patiënten om digitaal afspraken te maken met de huisartspraktijk.
- Het hebben en gebruiken van mogelijkheden voor patiënten tot het aanvragen van herhaalrecepten via mail of website.
- Het ingericht hebben van een ochtend en/of avondspreekuur en/of weekendspreekuur.
- Deelname aan een klanttevredenheidsonderzoek.
- Volledige telefonische bereikbaarheid.

d) Resultaatbeloning multidisciplinaire zorg

Deze deelprestatie biedt ruimte om afspraken te maken over beloning op uitkomsten van zorgkwaliteit en/of kosten rondom multidisciplinaire zorg(programma's). Hierbij kunnen partijen aansluiten bij de uniforme indicatoren en normen overeengekomen door branchepartijen InEen en Zorgverzekeraars Nederland³.

e) Resultaatbeloning stimulering huisartsenzorg in krimpregio's

Deze deelprestatie biedt ruimte om afspraken te maken over aanvullende vergoeding van activiteiten die de toegankelijkheid en kwaliteit van huisartsenzorg in krimpregio's borgen en verbeteren.

f) Resultaatbeloning overig

Deze deelprestatie biedt ruimte om afspraken te maken over beloning op uitkomsten van zorgkwaliteit en/of kosten bij domeinen anders dan de vijf hierboven genoemde.

Deelprestaties resultaatbeloning	Tarief
Resultaatbeloning adequaat verwijzen en diagnostiek	vrij tarief
Resultaatbeloning doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen	vrij tarief
Resultaatbeloning service en bereikbaarheid	vrij tarief
Resultaatbeloning multidisciplinaire zorg	vrij tarief

² De IVM-indicatoren worden door Vektis beheerd onder de naam Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen.

³ Te raadplegen via www.ineen.nl en www.zn.nl.

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

25 van 47

Resultaatbeloning stimulering huisartsenzorg in krimpregio's	vrij tarief
Resultaatbeloning overig	vrij tarief

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Voor alle prestaties geldt dat deze enkel in rekening mogen worden gebracht indien een overeenkomst is gesloten tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar van de betreffende verzekerde.
2. Voor de deelprestaties a tot en met d binnen het domein resultaatbeloning geldt dat de afgesproken tarieven betrekking hebben op een bedrag per verzekerde, dan wel een bedrag per geïncludeerde patiënt. Voor de deelprestaties resultaatbeloning stimulering huisartsenzorg in krimpregio's en resultaatbeloning overig geldt deze beperking niet.
3. De deelprestaties a tot en met d binnen het domein resultaatbeloning mogen *niet* zelfstandig in rekening worden gebracht. Deze deelprestaties mogen enkel in rekening worden gebracht met minimaal een van de volgende prestaties:
 - a. Inschrijving
 - b. Multidisciplinaire zorg DM2/VRM
 - c. Multidisciplinaire zorg COPD/Astma.

3.2 Zorgvernieuwing

Binnen het domein zorgvernieuwing worden de volgende prestaties onderscheiden.

g) *Zorgvernieuwing e-health*

Deze prestatie biedt ruimte om afspraken te maken over de vergoeding van of beloning voor inzet van e-health binnen de geboden zorgverlening, voor zover de e-health een van de twee volgende vormen betreft:

- Digitale instrumenten voor zelfmanagement door de patiënt.
- Digitale behandelvormen.

Beperking: e-health die samenhangt met enkel de functie poh-ggz moet in eerste instantie onder die prestatie in rekening worden gebracht (zie artikel 1.3); alleen als partijen afspraken maken die de ruimte van die prestatie te boven gaat, mag de S3-prestatie zorgvernieuwing e-health voor dat deel worden gebruikt.

h) *Zorgvernieuwing meekijkconsult*

Deze prestatie biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over de inzet van aanvullende middelen, van waaruit de zorgaanbieder de expertise in kan roepen van gespecialiseerde zorgaanbieders zonder hierbij tot verwijzing te hoeven overgaan. Dit kan de inzet zijn van medisch specialistische consultatie of de inzet van andere expertises in het zorgveld. Doel van de inzet moet zijn om verwijzing te voorkomen of, indien verwijzing toch nodig is, om doelgericht te kunnen verwijzen. De huisarts blijft tijdens het meekijkconsult de hoofdbehandelaar. Indien de zorgaanbieder een afspraak maakt over aanvullende financiering door middel van deze module, kan de inzet van de ingeroepen expertise via onderlinge dienstverlening tegen vrij tarief worden bekostigd.

Beperking: Een meekijkconsult dat samenhangt met enkel de functie poh-ggz moet in eerste instantie onder die prestatie in rekening worden gebracht (consultatieve raadpleging poh-ggz zie artikel 1.3); alleen als partijen afspraken maken die de ruimte van die prestatie te boven gaat, mag de S3-prestatie zorgvernieuwing meekijkconsult voor dat deel worden gebruikt..

i) *Overige zorgvernieuwing*

Deze prestatie biedt ruimte om lokale afspraken te maken over de vergoeding van overige vormen van zorgvernieuwing, die niet in één van de prestaties g of h zijn onder te brengen. Afspraken over inzet van poh-ggz boven 1/3 fte per 2.350 patienten kunnen ook onderdeel zijn van de afspraken binnen deze prestatie. Deze prestatie biedt ook de ruimte om een

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

26 van 47

vergoeding overeen te komen voor de inzet van praktijkmanagement. Het betreft dan de vergoeding van kosten voor inzet van een praktijkmanager, die ondersteuning biedt aan (bij voorkeur) een groep van huisartsen in een netwerk of een groepspraktijk.

Prestaties zorgvernieuwing	Tarief
Zorgvernieuwing e-health	vrij tarief
Zorgvernieuwing meekijkconsult	vrij tarief
Overige zorgvernieuwing	vrij tarief

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Voor alle prestaties geldt dat deze enkel in rekening mogen worden gebracht indien een overeenkomst is gesloten tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar van de betreffende verzekerde.
2. E-health die samenhangt met enkel de functie poh-ggz moet in eerste instantie onder die prestatie in rekening worden gebracht; alleen als partijen afspraken maken die de ruimte van die prestatie te boven gaat, mag de S3-prestatie zorgvernieuwing E-health voor dat deel worden gebruikt.
3. De inzet van het meekijkconsult moet zijn om verwijzing te voorkomen of, indien verwijzing toch nodig is, om doelgericht te kunnen verwijzen. De huisarts blijft tijdens het meekijkconsult de hoofdbehandelaar. Indien de zorgaanbieder een afspraak maakt over aanvullende financiering door middel van deze prestatie, kan de inzet van de ingeroepen expertise via onderlinge dienstverlening tegen vrij tarief worden bekostigd.
4. Een meekijkconsult dat samenhangt met enkel de functie poh-ggz moet in eerste instantie onder die prestatie in rekening worden gebracht; alleen als partijen afspraken maken die de ruimte van die prestatie te boven gaat, mag de S3-prestatie zorgvernieuwing meekijkconsult voor dat deel worden gebruikt.
5. De prestatie overige zorgvernieuwing biedt ruimte om lokale afspraken te maken over de vergoeding van overige vormen van zorgvernieuwing, die niet in één van de onder resultaatbeloning of zorgvernieuwing vermelde deelprestaties is onder te brengen.
6. Voor de deelprestaties g tot en met i geldt niet noodzakelijkerwijs dat de afgesproken tarieven betrekking moeten hebben op een bedrag per verzekerde, dan wel een bedrag per geïncludeerde patiënt.

4. Prestaties buiten segmenten

4.1 Anw-verrichtingen in hds

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:

Prestatie	Maximum-tarief
Dienstuur hds	€ 73,37
Opslag dienstuur hds	€ 15,00

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

De huisarts mag de prestatie opslag dienstuur hds enkel in rekening brengen indien:

1. De huisarts hiertoe een overeenkomst heeft met de betreffende hds, en
2. De betreffende hds hiertoe een overeenkomst heeft met de representatieve zorgverzekeraars betreffende het volume en het tarief. De voorwaarden die verbonden zijn aan deze overeenkomst zijn beschreven in de Beleidsregel huisartsendienstenstructuren.

4.2 Anw-verrichtingen buiten hds

De maximaal door zorgaanbieders die niet participeren in een huisartsendienstenstructuur (hds) in rekening te brengen tarieven voor prestaties voor avond-, nacht- en weekendzorg bedragen

Prestatie	Maximum-tarief
Consult anw korter dan 20 minuten	€ 47,89
Consult anw 20 minuten en langer	€ 95,77
Visite anw korter dan 20 minuten	€ 71,83
Visite anw 20 minuten en langer	€ 119,71
Telefonisch consult anw	€ 23,94
Vaccinatie anw	€ 23,94

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Voorwaarden, voorschriften en beperkingen 1 t/m 7 van de reguliere consulten zijn mutatis mutandis van toepassing.
2. Consulten/visites voor anw-zorg mogen alleen in rekening worden gebracht indien de zorgaanbieder niet participeert in een huisartsendienstenstructuur.
3. Het declareren van het tarief is alleen toegestaan indien de zorg is verleend tijdens anw-uren⁴ en indien vaststaat dat het tijdstip waarop de hulp is verleend, de patiënt is aan te rekenen.

⁴ Anw-uren: de tijdsperiode tussen 18.00 en 08.00 uur en op zaterdag en zondag tussen 08.00 en 18.00 uur, alsmede tussen 08.00 en 18.00 uur op algemeen erkende feestdagen of gelijkgestelde dagen in de zin van de Algemene Termijnenwet.

4.3 Informatieverzoek

De maximum in rekening te brengen tarieven voor informatieverstrekking per contact bedragen:

Prestatie	Maximum-tarief
Telefonische informatieverstrekking	€ 19,75
Schriftelijke informatieverstrekking	€ 39,51

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Het tarief voor informatieverstrekking mag alleen in rekening worden gebracht indien de vraag/de vragen schriftelijk zijn gesteld door een bedrijfsarts of verzekeringsarts.
2. Voor een gevraagde toelichting/verduidelijking op de verstrekte informatie mag niets aanvullends in rekening worden gebracht.
3. Het tarief mag alleen in rekening worden gebracht indien de vraag/de vragen gesteld is/zijn in het kader van de volgende wetgeving:
 - a. 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;
 - b. 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);
 - c. 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:
 - i. artikel 7: 685 van Burgerlijk Wetboek,
 - ii. artikel 6 Buitengewoon Besluit Arbeidsverhoudingen,
 - iii. de Ziektewet (ZW),
 - iv. de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA),
 - v. de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (WAZ),
 - vi. de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (WAJONG),
 - vii. de Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten (Wet REA),
 - viii. de Tijdelijke wet beperking inkomensgevolgen arbeidsongeschiktheidscriteria (TWBIA),
 - ix. de Toeslagenwet (TW),
 - x. de Werkloosheidswet (WW)
 - xi. en de Organisatiewet sociale verzekeringen (OSV 1997), alsmede van de op al deze wetten gebaseerde lagere regelgeving.

4.4 Uitstrijkjes

Het maximumtarief voor het in het kader van het preventief bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker afgenomen zogenoemde uitstrijkje voor de vrouwelijke verzekerde bedraagt:

Prestatie	Maximum-tarief
Uitstrijkje	€ 13,26

4.5 Keuringen en onderzoek

De maximum in rekening te brengen tarieven voor keuringen bedragen:

Prestatie	Toelichting	Maximumtarief
Spreekuurcontrole (voor onder andere bedrijfsgeneeskundig onderzoek)	Ten behoeve van het beoordelen van de vraag of een werknemer arbeids-(on)geschikt is voor zijn/haar functie. De controle bestaat meestal alleen uit een anamnese en gericht medisch onderzoek met hierbij een korte rapportage.	€ 26,75
Gericht klein onderzoek	Doelgericht onderzoek om een vraag van een medisch adviseur te beantwoorden.	€ 26,75
Visitecontrole (voor onder andere bedrijfsgeneeskundig onderzoek)	Idem als spreekuurcontrole, maar dan uitgevoerd bij de patiënt aan huis.	€ 40,18
Keuring voor invalidenparkeerkaart (kort)	Beoordeling of een patiënt qua lichamelijke beperking recht heeft op een invalidenparkeerkaart (vooral gericht op loopafstand), op basis van anamnese, gericht lichamenlijk onderzoek en een kort rapport.	€ 26,75
Keuring voor invalidenparkeerkaart (lang)	Idem aan keuring voor invalidenparkeerkaart (kort), maar dan ook gericht op andere beperkingen. Naast uitgebreidere anamnese bestaat de keuring ook uit een volledig lichamenlijk onderzoek en het invullen van een vragenlijst.	€ 53,51
Kleine keuring (oriënterend algemeen lichamenlijk onderzoek)	Beperkt onderzoek, meestal gericht op de acceptatie ten behoeve van een verzekering, met hierbij een kort rapport.	€ 80,36
Periodiek (beperkt) geneeskundig onderzoek	Doelgericht onderzoek gerelateerd aan hetzij preventie van beroepsziekten, dan wel uitsluiten van medische risico's gerelateerd aan een functie.	€ 80,36
Scheepvaartkeuring	Medische keuring voor werknemers in zowel de binnenvaart als zeevaart. Beoordeling van fysieke en mentale gesteldheid, van de betreffende werknemer, om de functie verantwoord uit te oefenen. Deze keuring wordt uitgevoerd door huisartsen met speciale expertise.	€ 80,36
Grote keuring	Uitgebreide anamnese, lichamenlijk onderzoek en soms aanvullend onderzoek ten behoeve van een levensverzekering of hypotheekaanvraag, met hierbij een uitgebreid rapport.	€ 120,44
Invaliditeitskeuring met rapport	Keuring ten behoeve van de vaststelling van invaliditeit: een uitgebreide keuring met een uitgebreid rapport.	€ 160,33
Rijbewijskeuring tot 15 minuten	Onderzoek ter beoordeling van de rijvaardigheid, op basis van anamnese en medische voorgeschiedenis.	€ 40,08

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

30 van 47

Rijbewijskeuring langer dan 15 minuten	Idem aan rijbewijskeuring tot 15 minuten maar de keuring is langduriger dan wel uitgebreider door de toestand van de patiënt. Naast anamnese en gericht lichamelijk onderzoek vindt er ook een beoordeling van de psychische gesteldheid plaats.	€ 80,36
Bedrijfs- en sollicitatiekeuring	Onderzoek ter beoordeling van de geschiktheid voor een bepaalde functie (bij aanvang of gedurende de uitoefening van een functie).	€ 120,44
Periodiek geneeskundig onderzoek (conform LHV-keuring)		€ 120,44

Voor de reiskosten die de zorgaanbieder eventueel maakt in het kader van keuringen en onderzoek geldt een kilometervergoeding per retourkilometer (is 2 gewone kilometers) vanaf 5 retourkilometers:

Prestatie	Maximum-tarief
Kilometervergoeding (voor de 5 ^e en volgende retourkilometers) per retourkilometer (= twee gewone kilometers)	€ 0,23

4.6 Verbruiksmaterialen

De navolgende verbruiksmaterialen (limitatieve lijst) mogen additioneel op basis van de werkelijk gemaakte kosten in rekening worden gebracht.

Prestatie	Maximum-tarief
Materiaalkosten atraumatisch hechtmateriaal, waaronder lijmen	Kostprijs
Materiaalkosten tapemateriaal ten behoeve van enkeldistorties	Kostprijs
Materiaalkosten zwangerschapsreactie (planotest en dergelijke)	Kostprijs
Materiaalkosten dipslides (urinewegsinfecties)	Kostprijs
Materiaalkosten teststrips bloedsuikerbepaling diabetespatiënten (waaronder eyetone-teststrips)	Kostprijs
Materiaalkosten vloeibaar stikstof of histofreezer	Kostprijs
Materiaalkosten blaaskatheter	Kostprijs
Materiaalkosten CRP-sneltest cassette(s)	Kostprijs

4.7 Kostenvergoedingen

De navolgende kostenvergoedingen mogen indien relevant additioneel in rekening worden gebracht. Daar waar kostprijs is vermeld, mogen de werkelijk gemaakte kosten in rekening worden gebracht.

Prestatie	Maximum-tarief
Kosten ECG maken	€ 9,59
Kosten entstoffen	Kostprijs
Laboratoriumkosten	Kostprijs

4.8 SCEN

De prestatie steun en consultatie bij euthanasie in Nederland (SCEN) betreft steun en consultatie bij euthanasie aan de patiënt en diens behandelend arts.

De prestatie mag gedeclareerd worden als het gaat om een niet bij de huisarts ingeschreven patiënt en om een verzoek van diens behandelend arts. Onder de prestatie wordt het totaal aan activiteiten van de SCEN-arts begrepen naar aanleiding van een steun/consultatieverzoek, waaronder:

- het overleggen met de behandelaar plus het bestuderen van het medisch dossier ten behoeve van de SCEN;
- het afleggen van de visites bij de patiënt en diens omgeving;
- de verslaglegging ten behoeve van de behandelaar;
- het afsluitend overleg met de behandelaar voor onder meer bespreking van het verslag. Met de bespreking van het verslag wordt de SCEN afgesloten.

Prestatie	Maximum-tarief
SCEN	€ 387,34

4.9 Huisartsenzorg voor asielzoekers in de centrale opvang

Voor huisartsenzorg aan asielzoekers in de centrale opvang bestaat een abonnementstarief. Het maximumtarief voor huisartsenhulp voor asielzoekers in de centrale opvang, bijvoorbeeld in een asielzoekerscentrum (AZC), in een opvangcentrum (OC) of in de aanvullende opvang (AVO) is een abonnementstarief per plaats.

Prestatie	Maximum-tarief
Huisartsenzorg voor asielzoekers in centrale opvang, per plaats	€ 234,48

4.10 Module achterstandsfonds

Via het achterstandsfonds kunnen op een indirecte wijze specifieke zorgactiviteiten in het kader van de achterstandswijkproblematiek worden gefinancierd. Hierbij wordt de mogelijkheid geboden om een bedrag voor de betreffende prestatie in rekening te brengen per kwartaal en per bij de huisarts ingeschreven verzekerde in een opslagwijk (voorheen achterstandswijk). Het betreft een vergoeding ter afdracht aan het achterstandsfonds.

Prestatie	Maximum-tarief
Module achterstandsfonds, per op naam van de huisarts ingeschreven verzekerde in een opslagwijk en per kwartaal	€ 1,48

4.11 M&I-verrichtingen

De volgende M&I-verrichtingen bestaan nog als separate verrichting. In geval een overeenkomst is afgesloten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, geldt voor deze verrichtingen een vrij tarief. In geval geen overeenkomst is afgesloten mogen maximaal de onderstaande tarieven in rekening worden gebracht.

Prestatie	Aanvullend voorschrift	Maximum tarief i.g.v. geen overeenkomst
Audiometrie	Objectiveren van subjectief verminderd gehoor en bepaling van de mate van	€ 24,96

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

32 van 47

Prestatie	Aanvullend voorschrift	Maximum tarief i.g.v. geen overeenkomst
	slechthorendheid met behulp van audiometer in eigen beheer. Het betreft een prestatie per verrichting. Handelingen beschreven in NHG-standaard M61.	
Diagnostiek met behulp van Doppler	Opsporen van vaatvernauwingen met behulp van Doppler apparatuur in eigen beheer. Het betreft een prestatie per verrichting. Handelingen beschreven in NHG-standaard M13.	€ 28,69
Tymanometrie	Het meten van de beweeglijkheid van het trommelvlies met behulp van microtymanometer in eigen beheer ter diagnostiek en vervolgen van gehoorproblemen bij: <ul style="list-style-type: none"> – Otitis media met effusie langer dan 3 maanden; – Tympanosclerose; – Otosclerose. Het betreft een prestatie per meting. Handelingen beschreven in NHG-standaard M18.	€ 29,27
Longfunctiemeting (= spirometrie)	Longfunctiemeting met reversibiliteitstest in eigen beheer voor analyse benauwdheidsklachten of bepaling effectiviteit therapeutische interventie bij patiënt met inhalatiemedicatie. Het betreft een prestatie per meting. Handelingen beschreven in NHG-standaard M26.	€ 45,62
ECG-diagnostiek (ECG maken, interpreteren en bespreken met patiënt)	Het betreft een prestatie per diagnose. Prestatie is inclusief verbruiksmateriaal. Handelingen beschreven in Elektrocardiografie in de huisartsenpraktijk (NHG-Bouwsteen voor de praktijkvoering, volume 1).	€ 43,61
Spleetlamponderzoek	Diagnostiek en controle van een aantal oogheelkundige aandoeningen, met behulp van spleetlamp in eigen beheer. Het betreft een prestatie per onderzoek.	€ 12,34
Tele-echo, -röntgen, -hartmonitoring op de waddeneilanden	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	€ 117,06

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

33 van 47

Prestatie	Aanvullend voorschrift	Maximum tarief i.g.v. geen overeenkomst
	specialisme naar het ziekenhuis. Het betreft een prestatie per verzekerde per ziektegeval. Handelingen beschreven in Elektrocardiografie in de huisartsenpraktijk (NHG-Bouwsteen voor de praktijkvoering, volume 1)	
Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting	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. Handelingen beschreven in NHG-richtlijn M84 en zorgstandaard CVR.	€ 28,98
Teledermatologie	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 2e 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. Het betreft een tarief per verrichting. Kan niet in rekening worden gebracht indien inspanning huisarts als onderdeel van een andere prestatie reeds wordt vergoed. Deze prestatie is includeert: <ul style="list-style-type: none"> - gebruikmaking van adequate apparatuur, beveiligde verbinding en digitale opslag van informatie; - geprotocolleerde rapportage door dermatoloog. 	€ 18,65
Cognitieve functietest (MMSE)	Onderzoek naar dementie door afname van MMSE-test. Het betreft een prestatie per verrichting. Handelingen beschreven in NHG-standaard M21.	€ 31,27
Hartritmestoornissen	Diagnostiek met behulp van holterfoon via de huisartsenpraktijk van ritmestoornissen, ter vervanging van verwijzing naar de 2e lijn waarbij specialistische beoordeling en/of advies noodzakelijk is. Het betreft een prestatie per verrichting.	€ 24,96
MRSA-screening	Afname kweekmateriaal ten behoeve	€ 18,65

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

34 van 47

Prestatie	Aanvullend voorschrift	Maximum tarief i.g.v. geen overeenkomst
	van diagnostiek MRSA. Het betreft een prestatie per verrichting.	
Palliatieve consultatie, visite	Consultatievisite door een opgeleide palliatieve huisartsconsulent op verzoek van huisarts. Het betreft een prestatie per visite, inclusief bestudering casus.	€ 111,90
Palliatieve consultatie, telefonisch	Telefonische consultatie door een opgeleide palliatieve huisartsconsulent op verzoek van huisarts. Het betreft een prestatie per telefonisch consult.	€ 28,12
Euthanasie	Verlenen van euthanasie. Het betreft een prestatie per euthanasieverlening. Handelingen beschreven in SCEN regels.	€ 224,94
Module Abdominale echografie	Het uitvoeren en interpreteren van abdominale echografie in eigen beheer ter voorkoming van onnodige verwijzing naar de tweede lijn. Bij verwijzing naar de specialist na het onderzoek is het beschikbaar stellen van diagnostische materiaal ten behoeve van de vervolgbehandeling onderdeel van de prestatie. Het betreft de volgende indicaties: - aorta: herkennen aneurysmata; - lever: tumoren, metastasen; - galblaas: stenen, stuwing; - nieren: stuwing, concrementen, cysten, tumoren; - uterus: myomen, positie IUD, endometriumdikte; - ovaria: cysten; - blaas: urineretentie, concrementen. Het betreft uitdrukkelijk niet de echo bij zwangerschap.	€ 42,18

Voor de onderstaande verrichtingen geldt dat deze alleen gedeclareerd mogen worden wanneer er een overeenkomst bestaat tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. In dat geval geldt een vrij tarief.

Prestatie	Aanvullend voorschrift	Tarief
Diabetes – begeleiding per jaar	Het betreft een prestatie per controle.	vrij tarief
Diabetes – instellen op insuline	Het betreft een prestatie per verrichting.	vrij tarief
COPD – gestructureerde zorg per jaar	Het betreft een prestatie per controle.	vrij tarief
Gestructureerde huisartsenzorg in verzorgingshuis	Het betreft een prestatie per kwartaal per betreffende bewoner in het verzorgingshuis.	vrij tarief

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

35 van 47

Gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang	Het betreft een prestatie per kwartaal per betreffende bewoner in de maatschappelijke opvang.	vrij tarief
--	---	-------------

De onderstaande verrichtingen komen niet ten laste van de basisverzekering Zvw. Deze verrichtingen mogen tegen vrij tarief in rekening worden gebracht, ongeacht of een overeenkomst bestaat tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Prestatie	Aanvullend voorschrift	Tarief
Chirurgie in geval van cosmetiek	Het betreft een prestatie per verrichting, inclusief materiaal en verwijderen hechtingen.	vrij tarief
Varices sclerosering in geval van cosmetiek	Behandeling van spataderen in geval van cosmetiek door middel van sclerosering na diagnostiek met behulp van Doppler. Het betreft een prestatie per verrichting.	vrij tarief
Reizigersadvisering	Gestandaardiseerd consult aan de hand van vragenlijst en advies ten aanzien van preventieve vaccinaties en geven vaccinaties. De prestaties betreft het advies plus injecties, exclusief vaccin.	vrij tarief
Sterilisatie man	Gestandaardiseerde ingreep inclusief preoperatief onderzoek en postoperatief spermaonderzoek. Het betreft een prestatie voor de volledige behandeling, inclusief nacontroles, en minimaal 3 keer sperma onderzoek.	vrij tarief
Besnijdenis	Gestandaardiseerde ingreep. Het betreft een prestatie per ingreep, inclusief nacontrole.	vrij tarief

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Prestaties waarvoor de voorwaarde van een overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar geldt, kunnen ook in rekening worden gebracht indien de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde uitsluitend restitutiepolissen aanbiedt (en daarbij niet zelf contracteert) onder de voorwaarde dat er een overeenkomst is met minimaal 1 andere zorgverzekeraar.
2. De verrichtingen M&I geleverd aan gemoedsbezwaarden als omschreven in artikel 2.2b van de Zorgverzekeringswet mogen enkel tegen vrij tarief in rekening worden gebracht indien hierover een overeenkomst met de gemoedsbezwaarde is gesloten. Voor declaratie van de maximumtarieven is deze overeenkomst niet nodig, evenals voor de verrichtingen die buiten de basisverzekering Zvw vallen.
3. Voor huisartsenzorg in het kader van de verrichtingenlijst M&I mogen naast de daarvoor vastgestelde verrichtingen geen andere verrichtingen in rekening worden gebracht, tenzij expliciet contractueel overeengekomen. Uitzondering hierop zijn de prestaties huisartsenzorg eerstelijnsverblijf.
4. Indien een handeling uit de M&I-verrichtingenlijst al vergoed wordt als onderdeel van een afspraak binnen segment 2, kan de M&I-verrichting niet in rekening worden gebracht.

5. Verloskundige hulp**DE MAXIMUMTARIEVEN DIE DOOR ZORGAANBIEDERS DIE GENEESKUNDIGE ZORG LEVEREN ZOALS VERLOSKUNDIGEN DIE BIEDEN IN REKENING KUNNEN WORDEN GEBRACHT VOOR PRESTATIES MET INGANG VAN 1 JANUARI 2018**

A. Volledig verloskundige zorg

Prestatie	Maximum-tarief
Verzekerden niet woonachtig in achterstandswijken	€ 1.484,01
Verzekerden woonachtig in achterstandswijken*	€ 1.825,33
RZA verzekerden in de centrale opvang	€ 1.825,33

B. Deelprestaties verloskundige zorg

Deelprestatie volledige prenatale zorg	Maximum-tarief
Verzekerden niet woonachtig in achterstandswijken	€ 549,08
Verzekerden woonachtig in achterstandswijken*	€ 675,37
RZA verzekerden in de centrale opvang	€ 675,37

Deelprestatie volledige natale zorg	Maximum-tarief
Verzekerden niet woonachtig in achterstandswijken	€ 601,02
Verzekerden woonachtig in achterstandswijken*	€ 739,25
RZA verzekerden in de centrale opvang	€ 739,25

Deelprestatie volledige postnatale zorg	Maximum-tarief
Verzekerden niet woonachtig in achterstandswijken	€ 333,90
Verzekerden woonachtig in achterstandswijken*	€ 410,70
RZA verzekerden in de centrale opvang	€ 410,70

C. Deelprestaties prenatale zorg bij spontane abortus of verwijzing van de cliënt/patiënt naar de tweede lijn

Prestatie prenatale zorg van 0 tot en met 14 weken	Maximum-tarief
Verzekerden niet woonachtig in achterstandswijken	€ 186,69
Verzekerden woonachtig in achterstandswijken*	€ 229,63
RZA verzekerden in de centrale opvang	€ 229,63

Deelprestatie prenatale zorg van 15 tot en met 29 weken	Maximum-tarief
Verzekerden niet woonachtig in achterstandswijken	€ 280,03
Verzekerden woonachtig in achterstandswijken*	€ 344,44
RZA-verzekerden in de centrale opvang	€ 344,44

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

37 van 47

Deelprestatie prenatale zorg na 29 weken doch vóór de bevalling	Maximum-tarief
Verzekerden niet woonachtig in achterstandswijken	€ 631,44
Verzekerden woonachtig in achterstandswijken*	€ 776,67
RZA-verzekerden in de centrale opvang	€ 776,67

D. Deelprestaties prenatale zorg in geval van overgaan van de cliënt/patiënt van een zorgaanbieder naar een andere zorgaanbieder (bijvoorbeeld in verband met verhuizing) indien de overdracht plaatsvindt tijdens de zwangerschap

Prestatie prenatale zorg van 0 tot en met 14 weken	<i>Eerste zorgaanbieder</i> maximumtarief	<i>Tweede zorgaanbieder</i> maximumtarief
Verzekerden niet woonachtig in achterstandswijken	€ 93,34	€ 549,08
Verzekerden woonachtig in achterstandswijken*	€ 114,81	€ 675,37
RZA verzekerden in de centrale opvang	€ 114,81	€ 675,37

Prestatie prenatale zorg van 15 tot en met 29 weken	<i>Eerste zorgaanbieder</i> maximumtarief	<i>Tweede zorgaanbieder</i> maximumtarief
Verzekerden niet woonachtig in achterstandswijken	€ 280,03	€ 362,39
Verzekerden woonachtig in achterstandswijken*	€ 344,44	€ 445,74
RZA-verzekerden in de centrale opvang	€ 344,44	€ 445,74

Prestatie prenatale zorg na 29 weken doch vóór de bevalling	<i>Eerste zorgaanbieder</i> maximumtarief	<i>Tweede zorgaanbieder</i> maximumtarief
Verzekerden niet woonachtig in achterstandswijken	€ 395,34	€ 247,09
Verzekerden woonachtig in achterstandswijken*	€ 486,27	€ 303,92
RZA-verzekerden in de centrale opvang	€ 486,27	€ 303,92

E1. Algemene termijnen echo

Het maximum abonnementstarief voor een algemene termijnen echoscopisch onderzoek in de eerste lijn (één of meerdere echo's en inclusief eventuele niet-geïndiceerde echo's) kan per zwangerschap maar éénmaal in rekening worden gebracht.

Prestatie	Maximum-tarief
Algemene termijnen echo	€ 44,43

E2. Specifieke diagnose echo

Het maximum verrichtingstarief voor een specifieke diagnose echo kan per zwangerschap alleen voor de volgende diagnoses in rekening worden gebracht:

- groeistagnatie
- bloedverlies
- uitwendige versie bij stuitligging
- ligging
- placentacontrol
- verminderde vitaliteit

De indicatie voor de specifieke diagnose echo moet worden aangetekend op de medische kaart.

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

38 van 47

Prestatie	Maximum-tarief
Specifieke diagnose echo	€ 37,02

F. Uitwendige versie bij stuitligging

Het maximumtarief voor een uitwendige versie bij stuitligging kan in rekening worden gebracht, uitgaande van de volgende uitgangspunten:

- 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.

Prestatie	Maximum-tarief
Uitwendige versie bij stuitligging	€ 101,47

G. Prenatale screening

- counseling
- nt-meting
- structureel echoscopisch onderzoek (seo)

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.

Prestatie	Maximum-tarief
Counseling	€ 44,20
Nt-meting	
- bij eenlingen en bij het eerste kind van een meerlingenzwangerschap	€ 170,13
- bij elk volgend kind van een meerlingenzwangerschap	€ 103,11
Structureel echoscopisch onderzoek (seo)	
- bij eenlingen en bij het eerste kind van een meerlingenzwangerschap	€ 148,89
- bij elk volgend kind van een meerlingenzwangerschap	€ 148,89

H. Preconceptieconsult

In het preconceptieconsult kan het geheel aan maatregelen ter bevordering van de gezondheid van vrouwen met een kinderwens worden besproken, voor zover de zorg wordt geleverd op geleide van de zorgvraag van de vrouw en deze zorgvraag een individueel karakter heeft. Het betreft hier de zorg die beschreven is in de NHG-richtlijn preconceptiezorg, en waarvan het Zorginstituut Nederland heeft geuid dat naast de huisarts ook een verloskundige bevoegd en bekwaam is om deze zorgvorm aan te bieden.

Het tarief voor een preconceptieconsult kan *niet* in rekening worden gebracht als de zorgverlener voor de betreffende patiënt ook het inschrijftarief declareert, zoals beschreven in de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg onder artikel 5.2.1. In dat geval kan de zorg gedeclareerd worden vanuit de reguliere prestatie onder artikel 5.2.2 consult zoals beschreven in de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

39 van 47

De prestatie preconceptieconsult 20 minuten en langer kan alleen in rekening worden gebracht indien het zorginhoudelijke patiëntcontact daadwerkelijk 20 minuten of langer in beslag heeft genomen.

Het preconceptieconsult is conform standpunt van het Zorginstituut Nederland zorg die deel uitmaakt van het basispakket van de Zorgverzekeringswet zolang deze zorg niet programmatisch en collectief wordt aangeboden. Een verzekerde moet het initiatief nemen en zijn zorgvraag formuleren. De zorg valt onder de te verzekeren zorg, indien een vrouw naar inhoud en omvang redelijkerwijs op deze zorg is aangewezen. Het hebben van een kinderwens is een indicatie om bovengenoemde adviezen te kunnen krijgen. Het actief aanbieden van het preconceptieconsult aan opgespoorde paren met een kinderwens past daarom niet binnen de omschreven prestaties.

Prestatie	Maximum-tarief
Preconceptieconsult, korter dan 20 minuten	€ 28,19
Preconceptieconsult, 20 minuten en langer	€ 56,39

I. IUD aanbrengen/implanteren of verwijderen etonogestrel implantatiestaafje

IUD aanbrengen betreft het inbrengen van een spiraaltje of etonogestrel implantatiestaafje vanwege anticonceptie.

Prestatie	Maximum-tarief
IUD aanbrengen/implanteren of verwijderen etonogestrel implantatiestaafje	€ 61,11

J. Aanvullende bepalingen

- 1) *Geneesmiddelen*
Alle tarieven zijn inbegrepen de kosten van alle geneesmiddelen die de verloskundige op medische indicatie mag toedienen.
- 2) *Onderlinge dienstverlening*
De uitvoerende zorgaanbieder heeft de mogelijkheid om (onderdelen van) de prestaties basis verloskundige zorg met inachtneming van de geldende maximumtarieven, in opdracht van de opdrachtgevende zorgverlener via onderlinge dienstverlening in rekening te brengen aan de opdrachtgevende zorgaanbieder.
- 3) *Achterstandswijken*
De prestaties en tarieven voor verzekerden woonachtig in achterstandswijken (onder paragraaf A, B, C en D weergegeven met *), betreffen de wijken met postcodes zoals opgenomen onder artikel 7 van deze tariefbeschikking.
- 4) *Toeslag verminderde bereikbaarheid*
Bovenop de maximumtarieven voor de verschillende (deel)prestaties verloskundige zorg zoals beschreven onder paragraaf A, B, C en D, kan een toeslag overeengekomen worden van maximaal 40% van de vermelde tarieven, indien sprake is van aanvullende maatregelen of werkzaamheden vanuit de eerste lijn als gevolg van structureel verminderde beschikbaarheid of bereikbaarheid van de tweede lijn. Deze toeslag kan enkel in rekening worden gebracht indien aan alle van de volgende voorwaarden wordt voldaan:

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

40 van 47

- De toeslag op de reguliere tarieven dient ter dekking van aanvullende maatregelen of werkzaamheden vanuit de eerste lijn, die veroorzaakt worden door een structureel verminderde beschikbaarheid of bereikbaarheid van de tweede lijn.
- De toeslag kan enkel in rekening worden gebracht indien voor een aanzienlijk deel van de populatie van de betreffende verloskundige praktijk de structureel verminderde beschikbaarheid of bereikbaarheid van de tweede lijn geldt.
- De aanvullende maatregelen en/of werkzaamheden zijn erop gericht om de verloskundige activiteiten zo lang mogelijk vanuit de eerste lijn uit te voeren, daar waar het alternatief enkel vroegtijdige overdracht aan de tweede lijn is.
- De toeslag kan enkel in rekening worden gebracht indien de zorgverlener met de zorgverzekeraar van de cliënt hiertoe een overeenkomst heeft. In deze overeenkomst worden zowel de aanvullende eerstelijns verloskundige maatregelen en/of werkzaamheden als de hoogte van de in rekening te brengen toeslag vastgelegd.

5) *Module geboortecentrum*

Bij bevalling in een geboortecentrum kan naast het maximumtarief voor de verschillende (deel)prestaties, zoals beschreven in artikel A, B, C en D, tevens de module geboortecentrum in rekening worden gebracht. Hierbij geldt een maximumtarief van € 558,81. Deze module kan in rekening worden gebracht aan de patiënt dan wel diens zorgverzekeraar indien verloskundige zorg wordt uitgevoerd vanuit een geboortecentrum. Een geboortecentrum is in dit verband een locatie, anders dan thuis, waar laag risico zwangeren kunnen bevallen onder verantwoordelijkheid van een eerstelijns verloskundig professional. Hierbij wordt in ieder geval voorzien in faciliteiten die een normaal verloop van de baring kunnen ondersteunen.

Het maximumtarief voor de in J5 vermelde module geboortecentrum kan boven de eerder vermelde € 558,81 tot maximaal € 818,49 worden overeengekomen onder de aanvullende voorwaarde dat de betrokken zorgverzekeraar en zorgaanbieder dit onderling schriftelijk overeenkomen en waarbij inzichtelijk is dat de overeengekomen zorgverlening leidt tot een aannemelijke besparing op de kosten elders in de zorgketen.

De zorgaanbieder heeft de mogelijkheid om (onderdelen van) de module geboortecentrum zoals vermeld onder J5 met inachtneming van het geldende maximumtarief via onderlinge dienstverlening in rekening te brengen aan een andere zorgaanbieder. Ook een andere zorgaanbieder dan de zorgaanbieder die verloskundige zorg levert aan de betrokken patiënt heeft de mogelijkheid om deze module in rekening te brengen bij de patiënt of diens zorgverzekeraar.

6) *Module geboortecentrum met lachgas*

Bij bevalling in een geboortecentrum met behulp van lachgassedatie kan naast het maximumtarief voor de verschillende (deel)prestaties, zoals beschreven in artikel A, B, C en D, tevens de module bevalling met lachgassedatie in een geboortecentrum in rekening worden gebracht. Het tarief voor deze module bedraagt maximaal € 1.001,11. Deze module dient ter facilitering van natale en postnatale zorg in een eerstelijns geboortecentrum waarbij pijnbestrijding wordt toegepast door toedieningen van een lachgasmengsel.

Onder lachgassedatie wordt verstaan een beheersbare farmacologische techniek zorgvuldig uitgevoerd door een hiertoe geschoolde verloskundige in een omgeving

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

41 van 47

met adequate toedienings- en afzuigingsmogelijkheden, waarbij een variabele combinatie van lachgas en zuurstof via een neusmasker door de patiënt wordt ingeademd ten einde een gevoel van ontspanning en geruststelling bij de patiënt te bereiken, waarbij de patiënt gedurende de gehele sedatie het gasmengsel blijft inademen en de beschermende vitale reflexen intact blijven. Het tarief kan enkel in rekening worden gebracht onder voorwaarde dat over deze prestatie samenwerkingsafspraken zijn gemaakt op het niveau van het verloskundig samenwerkingsverband.

De module bevalling met lachgassedatie in een geboortecentrum mag niet in rekening worden gebracht indien voor de betrokken patiënt de module geboortecentrum al in rekening is gebracht.

De zorgaanbieder heeft de mogelijkheid om (onderdelen van) de module met inachtneming van het geldende maximumtarief via onderlinge dienstverlening in rekening te brengen aan een andere zorgaanbieder.

Ook een andere zorgaanbieder dan de zorgaanbieder die verloskundige zorg levert aan de betrokken patiënt heeft de mogelijkheid om deze module in rekening te brengen bij de patiënt of diens zorgverzekeraar.

7) *Module Integrale geboortezorg*

Naast het maximumtarief voor de verschillende (deel)prestaties zoals beschreven in artikel A, B, C en D kan tevens een module integrale geboortezorg per zwangere vrouw in rekening worden gebracht. Deze module biedt aanvullende tariefruimte ter verbetering van de kwaliteit van verloskundige zorg inclusief de bevordering van de samenwerking en professionalisering binnen de verloskundige keten. Onderdeel hiervan kan de inzet van een medisch specialist zijn gedurende het eerstelijns verloskundig traject. De module kan enkel in rekening worden gebracht indien hiertoe tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar van de patiënt een overeenkomst is gesloten, waarin de inhoud van de te leveren zorg en de hoogte van het in rekening te brengen tarief zijn vastgelegd. Deze module kan enkel in rekening worden gebracht indien er ook verloskundige zorg is geleverd aan de betrokken patiënt.

De zorgverzekeraar heeft de mogelijkheid om deze module overeen te komen met een andere zorgaanbieder dan de zorgaanbieder die verloskundige zorg levert aan de betrokken patiënt.

Voorbeeld van deze andere zorgaanbieder kan zijn een gezamenlijke juridische entiteit waarin naast de eerstelijns verloskundige ook de andere disciplines binnen de verloskundige keten participeren. De module kan één keer per zwangere vrouw in rekening worden gebracht door een zorgaanbieder aan een zorgverzekeraar. De module kan, of delen van de module kunnen, met inachtneming van het geldende maximumtarief in rekening worden gebracht aan een andere zorgaanbieder. Het maximumtarief van de module integrale geboortezorg bedraagt € 148,40.

6. Medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik

In de tariefbeschikking voor farmaceutische zorg is een prestatie tegen vrij tarief opgenomen die de medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik beschrijft. Dit is een prestatie die een gezamenlijke inspanning van huisarts en apotheker vereist. Voor de volledigheid wordt daarom de prestatiebeschrijving tevens opgenomen in de tariefbeschikking voor de huisartsenzorg.

Voor het declareren van deze prestatie wordt verwezen naar de voorwaarden zoals deze in de tariefbeschikking voor farmaceutische zorg zijn opgenomen.

Medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik

Een systematische beoordeling van het geneesmiddelgebruik van een individuele (veelal oudere) patiënt door arts, apotheker en patiënt (en/of mantelzorgers of andere verzorgenden) op basis van een periodieke gestructureerde, kritische evaluatie van de medische-, farmaceutische- en gebruiksinformatie. Deze prestatie kan enkel worden gedeclareerd indien er een medische of farmaceutische noodzaak bestaat.

Om deze prestatie te mogen declareren dienen alle onderstaande activiteiten tenminste te zijn uitgevoerd:

1. Met de patiënt wordt aan de hand van een gestructureerde vragenlijst het actuele geneesmiddelgebruik, gebruik gerelateerde problemen, ervaringen, zorgen, verwachtingen en overtuigingen van de patiënt met betrekking tot medicatie besproken (Farmacotherapeutische anamnese).
2. De verzamelde gegevens worden geordend en er wordt vastgesteld welke gegevens ontbreken. Identificeer vervolgens met een gestructureerde methode mogelijke farmacotherapie gerelateerde problemen (FTP's) (Farmacotherapeutische analyse).
3. Arts en apothekers stellen gezamenlijk een farmacotherapeutisch behandelplan op met behandeldoelen, prioritering en te ondernemen acties.
4. Met de patiënt (en/of diens verzorger) wordt het gewijzigde farmacotherapeutisch behandelplan besproken. Stel het farmacotherapeutisch behandelplan zo nodig bij aan de hand van de reactie van de patiënt.
5. In overleg tussen apotheker en arts zijn afspraken gemaakt over controle op en de evaluatie van de afgesproken acties in het farmacotherapeutisch behandelplan. De evaluatie met de patiënt vindt kort na de aanpassingen plaats (Follow-up en monitoring). De verslaglegging van de medicatiebeoordeling, het vastgestelde farmacotherapeutisch behandelplan en de evaluatie van de afgesproken acties hierin, vindt plaats in het digitale patiëntendossier.

7. De opslagwijken

De opslagwijken betreffen de navolgende wijken met postcode:

GEMEENTE	5/6-POSITIE POSTCODE
AMSTERDAM	1021 B,C,E,G,H,L,N,P,R,T,V 1022 A,B,C,W,X 1024 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M,N,P,R,S,T,V,W,X 1027 E 1031 A,B,C,D,E,G,J,T,V,X 1032 A,B,C,E,G,H,J,V,X,Z 1053 D,H,J,K,M,N,P,R 1055 A,D,E,G,H,J,K,L,M,N,P,R,S,T,V,W,X,Z 1056 H,X 1057 A,K,N,P 1058 E 1061 A,B,C,D,E,G,H,J,M,S,T,V,W,X 1062 A,B,C,D,J 1063 A,B,C,E,G,H,J,K,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,C,D,E,G,J,K,L,N,P,R,X,Z 1068 C,P,V 1069 A,B,D,G,H,J,K,R,S,X,Z 1073 G,H,J,K,L,N,P,R,S 1074 G,H,J,S,T,V 1091 L,N,P,W,X,Z 1092 G,H,J,K,S,V,X 1093 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M,N,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,L,R,S,T,V,W,X,Z 1097 G,H,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 1111 LZ,PD,PE,PG,PH,PJ,PK,PL,RA,RB 1112 C,T,X
ALMERE	1312 A,B 1314 N,R,T,V
ZAASTAD	1503 A,B,C,E,G,T,V 1504 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,N
HOORN	1622 B,N,Z 1628 N
DEN HELDER	1782 A,L,M 1784 C,D,G,K,L 1787 R
ALKMAAR	1813 D,E,J,L 1824 X

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

44 van 47

HAARLEM	2033 S,T,V,W,X,Z 2035 A,B,C,E,L,R,S,T,V,W,X
LEIDEN	2316 C,E,G,H,K,N,P,R,S,T
ALPHEN A/D RIJN	2402 A,B,C,V,X
'S GRAVENHAGE	2511 B,P,V 2512 A,B,C,D,E,G,J,K,P,R,S,T,X,Z 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 K,L,P,R, 2521 A,B,C,D,E,P,R,S,T,V,Z 2522 A,B,C,E,R 2524 E,H,J,K,L,N,P,R,S,T,V,X 2525 A,B,C,E,G,H,J,K,L,N,P,R,S,T,V,W,X,Z 2526 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M,N,P,R,S,T,V,W,X 2531 A,B,C,E,G,H,J,K,N,P,R,S,T,V,X 2532 A,B,C,E,R,S,T,V,X 2533 A,B,C,E,G,H,J,K,L,T,V,X 2541 A,B,C,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 2543 A,B,C,E,G,R,S,T,V,X 2544 B,G,H,J,K,R,S,T,V,W,X 2545 D,G,H,J,N,P 2562 E,K,L,N,R 2571 A,B,D,E,G,H,N,P,R,S,T,V,W,X 2572 A,B,C,E,G,H,J,N,P,R,S,T,V,W,X 2595 A,D,V,W,X
DELFT	2612 C 2624 B,C,D,E,G,R,S,V,W,X,Z 2625 A,B,C,D,J,R,S,T,V,W,X,Z
CAPELLE A/D IJSSEL	2902 E 2903 T 2905 T,V,X 2906 B,T,V
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,W,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 3029 C,N 3032 A,B,C,E,G,H,P,R,S,T,V,X 3034 A,B,C,E,G,H,J,K,L,N,P,R,S,T,W,X,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

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

45 van 47

	3071 B,C,E,G,H,R,S,T 3072 A,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 3075 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 A 3084 A,B,C,E,K,L,N,P,R 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 3088 L
SCHIEDAM	3112 C,H,K,N,Z 3118 A,B,E,K,R,S,T,V,X 3119 A,C,D,E,G,H,M,P,R,S,T
DORDRECHT	3311 M,R,Z 3314 B,H,JH,JK,JL,JN,JP,JR,K,N,R,S 3317 A,B,C,E,G,K,N,P,R,S,T,V,W,X
ZWIJNDRECHT	3328 G,X 3331 T 3332 X
UTRECHT	3523 H,J 3525 A,B,C,E,G,X 3526 B,C,E,G,H,J,R,S,T,V 3527 A,B,C,E,G,H,R,S,T 3551 X 3552 A,B,C,E,G,R,S,V,X 3553 A 3554 E,G,H,J,T 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	3811 D 3813 B,D,E,H,J,V 3814 A,C,W,X 3815 S 3816 E,H,J
VEENENDAAL	3901 G,H,J,K,L,M,N
BERGEN OP ZOOM	4624 A,B,C,S,V,X
BREDA	4811 L,T 4827 A,B,C,E,G,H,J,K,L,N,P
TILBURG	5011 G,J,M,N,P,R 5044 A,B,C,D,E,G,H,J,K,T 5049 B,C,E,G,H,J,K,L,N
'S HERTOGENBOSCH	5215 D 5231 DE,DG,DH,DJ,DK,DL,DM,DN,DP,DR,DS,DT,HR,HS,HT
OSS	5344 B,T,V,X

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

46 van 47

EINDHOVEN	5626 A,N 5645 B,C,M,N
HELMOND	5701 A,B,X,Z
VENLO	5921 A,B,C,D,T,V,X
ROERMOND	6043 A,B,C,E,G,J,T,V 6044 P,R,S
MAASTRICHT	6214 A,B,D,P,R,S,T,V,X 6216 A,B,V,X 6217 A,B,C,E,G,N,P,V,X
HEERLEN	6412 A,C,G 6413 N,P,R 6414 R 6415 S 6416 S,T,V 6421 N
NIJMEGEN	6537 E,G,H,J,K,L
EDE	6717 D,G
ARNHEM	6813 A,B,C,G 6822 A,B,C,D,G,J,K 6826 A,B,E,G 6828 KB,KL,KS,PL,PM,PN,ZP,ZR,ZS,ZT,ZW,ZX,ZZ 6832 A,B,C,D,E,G,H,J 6834 A,B,C 6843 A,C,D,J
DEVENTER	7413 A,B,D,E,P,R,S,T,V 7415 D,V,X 7417 A,W,X
ENSCHDEDE	7513 G 7543 B,C,E,V,W 7544 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M,N,T,V,W,X,Z 7545 C,D,S,T,V
ALMELO	7601 C,V,X 7603 B,C,D 7604 V,X 7605 A,B,C,D,E,X 7606 A,S,T,V,X 7608 J,T,V
ZWOLLE	8021 V,W,X,Z 8022 P 8031 A,D,M,Z
LELYSTAD	8233 A,B,G

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018

Kenmerk

TB/REG-18619-01

Pagina

47 van 47

LEEUWARDEN	8911 J,K,L 8918 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M 8921 H,J,K 8922 H 8923 A,B,C,D,E,G,H 8924 A,B,C,E,G,H,J 8936 A 8937 A,B
HOOGEZAND-SAPPEMEER	9602 H,P,R,S,T,X
GRONINGEN	9713 P,R,S,T,W 9716 A,B,C,E,G,H,J 9727 AS,AV,AW,AX,AZ 9742 A,N,P,R,S,T,V,X 9743 B,E,G,R,S,T,V,X