

Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2021 - TB/REG-21627-02

Versie 1

Dit document is gepubliceerd door NZa op het publicatie platform voor uitvoering (PUC). Dit document is een afdruk van de originele versie die is te vinden op: http://puc.overheid.nl/doc/PUC_315836_22. Controleer altijd of u de actuele versie in handen hebt.

Geldig vanaf: 01-01-2021 tot en met 31-12-2021.

Documentgegevens

Dit document is een afdruk van een originele publicatie op PUC Open Data.

Originele versie:

Citeertitel: Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2021 - TB/REG-21627-02

Permalink: http://puc.overheid.nl/doc/PUC_315836_22

Soort document:

Type: Beleid en regels - Tarieven en prestaties

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

Versie en datums:

Versie: 1

Geldig vanaf: 01-01-2021 tot en met 31-12-2021

Laatste wijziging: 13-07-2020

Publicatiegegevens:

Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Kanaal: NZa

Vorm: origineel PUC document

Referentienummer: PUC_315836_22

Toegankelijkheid: Intern

Publicatiedatum: 13-07-2020

Taal: nl

Verrijking gepubliceerd bij document:

Thema: Huisartsenzorg

Inhoudsopgave

Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg - TB/REG-21627-02.....	4
Toelichting bij de prestatie- en tariefbeschikking.....	5
Prestaties en tarieven.....	6
1. Segment 1.....	6
1.1 Inschrijving.....	6
1.2 Consult.....	7
1.3 Poh-ggz.....	11
1.4 Onderlinge dienstverlening poh-ggz.....	15
1.5 Overige S1-verrichtingen.....	16
1.6 Prestaties huisartsenzorg eerstelijnsverblijf en intensieve zorg.....	17
1.7 Prestaties deelname programma OPEN.....	19
2. Segment 2.....	21
2.1 Organisatie en infrastructuur.....	21
2.2 Multidisciplinaire zorg - gecontracteerd.....	25
2.3 Multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd.....	27
3. Segment 3.....	33
3.1 Resultaatbeloning.....	33
3.2 Zorgvernieuwing.....	34
4. Prestaties buiten segmenten.....	36
4.1 Anw-verrichtingen in hds.....	36
4.2 Anw-verrichtingen buiten hds.....	36
4.3 Informatieverzoek.....	37
4.4 Uitstrijkjes.....	38
4.5 Keuringen en onderzoek.....	38
4.6 Verbruiksmaterialen.....	39
4.7 Kostenvergoedingen.....	39
4.8 SCEN.....	40
4.9 Huisartsenzorg voor asielzoekers in de centrale opvang.....	40
4.10 Module achterstandsfonds.....	40
4.11 Vaccinatie op eigen verzoek (niet medische indicatie).....	41
4.12 M&I-verrichtingen.....	41
5. Medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik.....	47
6. Aanvullende regelgeving als gevolg van het SARS-CoV-2 virus.....	48

Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg - TB/REG-21627-02

Nummer	Datum inwerkingtreding	
TB/REG-21627-02	01-01-2021	
Volgnr.	Geldig tot	Behandeld door
02	01-01-2022	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, eerste lid, onderdelen c en d jo. artikel 51 tot en met 53, van de Wmg,

op basis van de beleidsregel:

Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2021 (BR/REG-21144),

en de regeling:

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, onderdeel c, onder 2° van de Wmg (factormaatschappijen)

aan:

- alle ziektekostenverzekeraars,
- alle (niet-)verzekerden¹
- zorgaanbieders.

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.

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 alsmede de voorwaarden, voorschriften en beperkingen genoemd in de van toepassing zijnde beleidsregel en regeling.

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.

Vervallen oude tariefbeschikking

De Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2020, met kenmerk TB/REG-20622-04 die een geldigheidsduur had tot en met 31 december 2020, is met ingang van de dag na laatstgenoemde datum van rechtswege komen te vervallen.

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze prestatie- en tariefbeschikking wordt de gepubliceerde maar nog niet in werking getreden prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, met kenmerk TB/REG-21627-01, ingetrokken.

Inwerkingtreding

Deze beschikking treedt in werking met ingang van 1 januari 2021 en vervalt met ingang van 1 januari 2022.

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.

Citeertitel

Deze beschikking wordt aangehaald als: Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2021.

Met vriendelijke groet,

De Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. J. Rijneveld

unitmanager Eerstelijnszorg

Toelichting bij de prestatie- en tariefbeschikking

Bezwaar

Indien u het niet eens bent met dit besluit, dan kunt u binnen zes weken na verzending/bekendmaking van dit besluit een bezwaarschrift indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit. U kunt uw bezwaar indienen: per post of per fax. Het is niet mogelijk uw bezwaar via de e-mail in te dienen.

Adres:

Nederlandse Zorgautoriteit

t.a.v. unit Juridische Zaken

Postbus 3017

3502 GA UTRECHT

(In de linkerbovenhoek van de envelop vermeldt u: Bezwaarschrift)

Fax: 030 – 296 82 96

Het bezwaar dient volgens artikel 6:5, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en dient ten minste de volgende gegevens te bevatten:

- naam en adres van de indiener;
- de dagtekening;
- een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar zich richt;
- de gronden (onderbouwing) van het bezwaar.

Wij verzoeken u een kopie van dit besluit bij te voegen.

Prestaties en tarieven

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 2021.

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 verzekerde¹ per kwartaal bedragen:

Prestatie	Maximumtarief
Inschrijving verzekerden tot 65 jaar <u>niet</u> woon-achtig in een opslagwijk	€ 17,14

¹ Onder verzekerde wordt in deze tarievenlijst ook verstaan (principeel) niet-verzekerde, met uitzondering van gemoedsbezwaarden als omschreven in Artikel 2.2b van de Zorgverzekeringswet.

Inschrijving verzekerden van 65 jaar tot 75 jaar <u>niet</u> woonachtig in een opslagwijk	€ 20,11
Inschrijving verzekerden vanaf 75 jaar tot 85 jaar <u>niet</u> woonachtig in een opslagwijk	€ 30,19
Inschrijving verzekerden vanaf 85 jaar <u>niet</u> woonachtig in een opslagwijk	€ 47,37
Inschrijving verzekerden tot 65 jaar <u>en</u> woonachtig in een opslagwijk	€ 22,52
Inschrijving verzekerden van 65 jaar tot 75 jaar <u>en</u> woonachtig in een opslagwijk	€ 25,51
Inschrijving verzekerden vanaf 75 jaar tot 85 jaar <u>en</u> woonachtig in een opslagwijk	€ 35,59
Inschrijving verzekerden vanaf 85 jaar <u>en</u> woonachtig in een opslagwijk	€ 52,75

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 alsmede tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht verzekerd zijn.
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 postcode 6 - en postcode 5-niveau. De achterstandsindex wordt gebaseerd op de volgende criteria:
 - percentage inwoners met laag inkomen;
 - percentage niet actieven
 - percentage niet-Westerse allochtonen of midden-Oost-Europeanen;
Verzekerden woonachtig in de betreffende postcodes worden aangemerkt als woonachtig in een opslagwijk. De opslagwijken betreffen de wijken met postcodes zoals opgenomen in de bijlage van deze tariefbeschikking.
5. 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.

Regulier consult

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

Prestatie	Maximumtarief
Consult regulier korter dan 5 minuten	€ 5,26
Consult regulier vanaf 5 minuten en korter dan 20 minuten	€ 10,51
Consult regulier 20 minuten en langer	€ 21,03
Visite regulier korter dan 20 minuten	€ 15,77
Visite regulier 20 minuten en langer	€ 26,28
Vaccinatie regulier	€ 5,26

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Indien het patiëntcontact al in rekening wordt gebracht in het kader van een andere prestatie (bijvoorbeeld de ketenzorgprestaties in segment 2 of het uitvoeren van een M&I-verrichting), mag de zorgaanbieder voor dezelfde handeling 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. Contact met andere zorgaanbieders, intercollegiaal/multidisciplinair overleg etc. kan niet als directe patiëntentijd in de vorm van een consult in rekening worden gebracht.
3. De tijdsduur van het zorginhoudelijke patiëntcontact is leidend voor de declaratie. Zo mogen de prestaties consult regulier 20 minuten en langer en visite regulier 20 minuten en langer alleen in rekening worden gebracht indien het zorginhoudelijke patiëntcontact daadwerkelijk 20 minuten of langer in beslag heeft genomen. Dit zorginhoudelijk contact kan in de vorm van een fysiek spreekuurconsult zijn, maar ook zonder direct fysiek face-to-face-contact, bijvoorbeeld telefonisch, per e-mail of via een internet beeldverbinding. Deze laatste vorm van contact mag alleen als consult in rekening worden gebracht indien deze duidelijk dienen ter vervanging van een spreekuurconsult, waarbij de zorgverlening zowel inhoudelijk als qua tijdsbesteding vergelijkbaar is met de zorgverlening die in een regulier face-to-face consult wordt geboden.
4. Aanvullende voorwaarde bij de declaratie van een regulier consult zonder direct fysiek face-to-face-contact is dat voldaan wordt aan de voorwaarden die de beroepsgroep zelf heeft opgesteld in paragraaf 1.5 van de KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens. Hierin wordt gesteld 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. Kleine chirurgische ingrepen, die gedurende de tijd van een regulier consult uitgevoerd worden, kunnen via de prestatie consult regulier in rekening worden gebracht.
5. Kleine chirurgische ingrepen, die gedurende de tijd van een regulier consult uitgevoerd worden, kunnen via de prestatie consult regulier in rekening worden gebracht.
6. Het maken van een ECG is in het consulttarief begrepen. Voor de kosten van een ECG wordt uitgegaan van een normbedrag, zie artikel 8.2.7 van de beleidsregel.

7. De declaraties (honorarium en kosten) voor de door de dienstenstructuren geleverde anw-diensten lopen via de dienstenstructuur waaraan de zorgaanbieder is verbonden. De aan een dienstenstructuur verbonden zorgaanbieders mogen voor de verrichte consulten niet zelf declareren.
8. De prestatie consult regulier vanaf 20 minuten mag (in afwijking van de voorwaarde zoals genoemd onder 2) ook in rekening worden gebracht indien het gaat om één van de volgende verrichtingen (vh. M&I-verrichtingen):
 - Postoperatief consult in de praktijk (vh. 13016)
 - Verrichting ter vervanging van specialistenbezoek (vh. 13018)
 - Trombosebeen (vh. 13019)
 - Varices sclerosering (vh. 13020)
 - Aanmeten en plaatsen pessarium (vh. 13025)
9. De prestatie visite regulier vanaf 20 minuten mag (in afwijking van de voorwaarde genoemd onder 2) ook in rekening worden gebracht indien het gaat om een postoperatief consult thuis (vh. M&I-verrichting 13017).
10. Een vaccinatie tijdens een consult of een visite mag niet extra in rekening worden gebracht.

Consulten passanten / militairen / gemoedsbezwaarden / tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht zijn verzekerd

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

Prestatie	Maximumtarief
Consult passant korter dan 5 minuten	€ 15,46
Consult passant vanaf 5 minuten tot 20 minuten	€ 30,91
Consult passant 20 minuten en langer	€ 61,83
Visite passant korter dan 20 minuten	€ 46,37
Visite passant 20 minuten en langer	€ 77,28
Vaccinatie passant	€ 15,46

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	Maximumtarief
Consult militair korter dan 5 minuten	€ 15,46
Consult militair vanaf 5 minuten tot 20 minuten	€ 30,91
Consult militair 20 minuten en langer	€ 61,83
Visite militair korter dan 20 minuten	€ 46,37
Visite militair 20 minuten en langer	€ 77,28
Vaccinatie militair	€ 15,46

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	Maximumtarief
Consult gemoedsbezwaarde korter dan 5 minuten	€ 16,77
Consult gemoedsbezwaarde vanaf 5 minuten tot 20 minuten	€ 33,55
Consult gemoedsbezwaarde 20 minuten en langer	€ 67,09
Visite gemoedsbezwaarde korter dan 20 minuten	€ 50,32
Visite gemoedsbezwaarde 20 minuten en langer	€ 83,87
Vaccinatie gemoedsbezwaarde	€ 16,77

De maximumtarieven voor de incidentele en acute hulpverlening door zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die bieden aan tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht verzekerd zijn bedragen:

Prestatie	Maximumtarief
Consult buitenlandse patiënt korter dan 5 minuten	€ 16,77
Consult buitenlandse patiënt vanaf 5 minuten tot 20 minuten	€ 33,55
Consult buitenlandse patiënt 20 minuten en langer	€ 67,09
Visite buitenlandse patiënt korter dan 20 minuten	€ 50,32
Visite buitenlandse patiënt 20 minuten en langer	€ 83,87
Vaccinatie buitenlandse patiënt	€ 16,77

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Voorwaarden, voorschriften en beperkingen 1 tot en met 10 van de reguliere consulten (zie artikel 1.2) zijn mutatis mutandis van toepassing.

2. Consulten voor passanten, militairen, gemoedsbezwaarden of tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht verzekerd zijn mogen door de zorgaanbieder alleen in rekening worden gebracht voor zorg buiten anw-uren.
3. Het is niet toegestaan het consult voor tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht zijn verzekerd in rekening te brengen indien voor de ingeschreven patiënt het inschrijftarief in rekening wordt gebracht.
4. Consulten voor passanten mogen door de zorgaanbieder alleen in rekening worden gebracht voor incidentele en acute zorg aan niet bij de zorgaanbieder ingeschreven patiënten die bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht zijn verzekerd.
5. Het is niet toegestaan het passantentarium in rekening te brengen indien de patiënt, gelet op de aard van de klachten, redelijkerwijs kan worden verwezen naar de huisarts(praktijk) waar de patiënt staat ingeschreven.
6. Het is niet toegestaan het consult voor passanten in rekening te brengen:
 - Indien de patiënt is ingeschreven bij een huisarts die werkzaam is i) binnen dezelfde praktijk en/of ii) op dezelfde locatie als de behandeld huisarts;
 - of indien er sprake is van onderlinge waarneming (zoals bij vakantie, ziekte of nascholing).
7. Indien niet aan de voorwaarden 2 t/m 6 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	€ 3,18
Consult poh-ggz korter dan 5 minuten	€ 5,26
Consult poh-ggz vanaf 5 minuten tot 20 minuten	€ 10,51
Consult poh-ggz 20 minuten en langer	€ 21,03
Visite poh-ggz korter dan 20 minuten	€ 15,77
Visite poh-ggz 20 minuten en langer	€ 26,28
Groepsconsult poh-ggz	€ 10,51

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.

Zorggerelateerde preventie kan ook de vorm van casemanagement aannemen. Het gaat hierbij om casemanagement voor zover dit valt onder de verzekerde zorg.³

- *Terugvalpreventie*

3 Zie uitspraak CVZ: casemanagement, 25 maart 2011

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 als infrastructurele voorzieningen behorende bij de inzet van aanvullend poh-ggz personeel.

De bekostiging van poh-ggz is de afgelopen jaren ingericht rondom de aanneming 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 moduletarium 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 moduletarium 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 moduletarium.
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 moduletarium 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 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 moduletarium 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 € 1,14 per ingeschreven verzekerde in rekening worden gebracht.

$$\begin{aligned} 4,31 / 12 \text{ uur} &= 0,36 \\ 0,36 * € 3,18 &= € 1,14 \text{ per patiënt per kwartaal} \end{aligned}$$

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 moduletarief per patiënt per kwartaal

$$€ 1,14 + € 0,33 = € 1,47$$

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 € 2,91 per ingeschreven verzekerde in rekening worden gebracht.

$$\begin{aligned} 10,97 / 12 \text{ uur} &= 0,9139 \\ 0,9139 * € 3,18 &= € 2,91 \text{ per patiënt per kwartaal} \end{aligned}$$

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

€ 2,91 + € 0,33 = € 3,24

Echter, het maximumtarief is € 3,18 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 en verder.

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Voorwaarden, voorschriften en beperkingen 1, 2, 3, 4 en 7 van de reguliere consulten zijn mutatis mutandis van toepassing op de consulten poh-ggz.
2. Het maximale moduletariaf 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 moduletariaf 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 2014 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)	€ 95,01
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris (v.h. 13015)	€ 63,86
Oogboring (v.h. 13024)	€ 60,72
Therapeutische injectie (Cyriax) (v.h. 13023)	€ 32,09
IUD aanbrengen/implanteren of verwijderen etonogestrel implantatiestaafje (v.h. 13042)	€ 67,01

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, neavus/multiple naevi;
- b. huidbiops (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:
- de indicatie en uitvoering conform NHG-standaard M16;
 - de patiënt is voor deze aandoening 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;
 - de prestatie is exclusief de benodigde verbandmiddelen.
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.
9. Het tarief voor bovengenoemde verrichtingen is een vergoeding voor onder meer de tijd, die wordt besteedt aan het uitvoeren van de verrichting. De handelingen, die vooraf gaan aan het uitvoeren van deze verrichting, zoals uitgebreide uitvraag van klachten en hulpvraag, vraagverheldering, lichamelijk onderzoek, diagnostiek en het advies, zijn geen onderdeel van het tarief van de verrichting en kunnen separaat in rekening gebracht worden op basis van de bestede tijd als regulier consult of een van de varianten hiervan. Uiteraard alleen indien deze werkzaamheden ook daadwerkelijk zijn uitgevoerd. Indien voorafgaand aan de verrichting hulpvragen los van de verrichting worden beantwoord, kunnen deze als consult naast de verrichting in rekening worden gebracht.

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 minuten	€ 45,93
Huisartsenzorg elv, dag 20 minuten en langer	€ 79,59

Huisartsenzorg elv, anw korter dan 20 minuten	€ 78,96
Huisartsenzorg elv, anw 20 minuten en langer	€ 122,38

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)	€ 81,17
Intensieve zorg, anw (v.h. 13036, 13037)	€ 140,00

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.
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.

1.7 Prestaties deelname programma OPEN

OPEN is een meerjarig programma voor het ontsluiten van patiëntgegevens. Inzicht in de eigen medische gegevens kan patiënten helpen in hun omgang met de eigen gezondheid.

Het doel van OPEN is het mogelijk maken dat huisartsen en andere zorgverleners uit de gecontracteerde programmatische ketenzorg, vertegenwoordigd in een regionale coalitie onder regie van een huisartsenorganisatie, iedere inwoner die dat wil veilig, betrouwbaar en zonder kosten, digitaal en gestandaardiseerd kunnen laten beschikken over de eigen gezondheidsgegevens. Deze gegevens kunnen zodra mogelijk door patiënten worden toegevoegd aan hun persoonlijke gegevensomgeving (PGO), conform het afsprakenstelsel en de informatiestandaarden van MedMij.

OPEN is gericht op aanpassingen van ICT, het bieden van praktische ondersteuning en deskundigheidsbevordering aan zorgverleners in de eerstelijnszorg over digitale informatie-uitwisseling, maar vooral op het ondersteunen van het gesprek daarover tussen huisarts en patiënt.

Regionale coalities ondersteunen huisartsen bij het implementeren van het OPEN-programma, onder andere door:

- het ondersteunen van huisartsen voor het op landelijke uniforme wijze bereiken van gegevensdeling tussen huisarts en patiënten in de huisartsenzorg;
- het organiseren van deskundigheidsbevordering;
- het verzorgen van voorlichting en scholing aan huisartsen;
- het ondersteunen van huisartsen bij het verzorgen van voorlichting aan en stimuleren van gebruik door patiënten.

- het verzorgen van de regionale communicatie.

De prestatie geeft huisartsen een eenmalige vergoeding voor de extra tijd en inspanning om zorg te dragen voor een online patiëntinzage in de medische gegevens die de huisarts voor hem/haar bijhoudt. De maximumtarieven voor de deelname aan het programma OPEN per op naam van de bij de zorgaanbieder ingeschreven verzekerde bedragen:

Prestatie	Maximum-Tarief
Deelname programma OPEN	€ 2,92

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

- Het tarief mag in de periode 2020-2022 voor alle op het moment van declareren ingeschreven verzekerde patiënten eenmalig in rekening worden gebracht indien is voldaan aan de voorwaarden van:
- deelname aan een regionale coalitie;
- deelname aan de door de regionale coalitie in het kader van OPEN georganiseerde scholing voor de basismodule 'Implementeren online inzage conform de 'Richtlijn Online inzage in het H-EPD door patiënt':
- patiënten zijn geïnformeerd op welke wijze de eigen gezondheidsgegevens elektronisch kunnen worden ingezien;
- het huisartsinformatiesysteem functioneert conform de richtlijn 'Richtlijn Online inzage in het H-EPD door patiënt'.

Aangezien hier een landelijk vastgesteld bedrag verdeeld wordt over een periode van drie jaar, moeten een aantal aanvullende voorwaarden worden gesteld aan de wijze van declareren. De zorgverlener kiest na het voldoen aan bovenstaande voorwaarden in de periode 2020-2022 één moment van declareren, gelijktijdig met de declaratie van de kwartaalbedragen voor inschrijving op naam. Hierbij wordt eenmalig voor alle op dat moment ingeschreven verzekerden de prestatie "deelname programma OPEN" voor de ingeschreven verzekerden in rekening gebracht. Nadat de huisartsenpraktijk het opslagtariaf in rekening heeft gebracht voor de op dat moment ingeschreven verzekerde patiënten kan voor nieuw instromende/overstappende patiënten het tarief niet meer in rekening worden gebracht.

- Het tarief mag in rekening worden gebracht voor die verzekerden die op genoemde declaratiedatum uit eigen beweging bij de zorgaanbieder ingeschreven staan.
- Het tarief kan in rekening worden gebracht in aanvulling op de overige prestaties zoals in deze beleidsregel beschreven, tenzij expliciet anders wordt vermeld.

De vergoedingen voor deelname aan het programma OPEN zijn vorm gegeven als een eenmalige declaratie per ingeschreven verzekerde. Voor *gemoedsbezwaarden* als omschreven in Artikel 2.2b van de Zorgverzekeringswet geldt dat geen declaratie op basis van inschrijving wordt gedeclareerd. Voor deze groep worden alleen verrichtingentarieven in rekening gebracht. Het tarief voor deelname aan het programma OPEN mag voor deze groep éénmalig gedurende de periode 2020-2022 in rekening worden gebracht als opslag op het "consult gemoedsbezwaarde".

De maximumtarieven voor consulten en visites aan gemoedsbezwaarden, inclusief de éénmalige opslag voor de deelname aan het programma OPEN per op naam van de bij de zorgaanbieder ingeschreven gemoedsbezwaarde bedragen:

Prestatie	Maximumtarief
Consult gemoedsbezwaarde korter dan 5 minuten	€ 19,70
Consult gemoedsbezwaarde vanaf 5 minuten tot 20 minuten	€ 36,47
Consult gemoedsbezwaarde 20 minuten en langer	€ 70,01
Visite gemoedsbezwaarde korter dan 20 minuten	€ 53,24
Visite gemoedsbezwaarde 20 minuten en langer	€ 86,79
Vaccinatie gemoedsbezwaarde	€ 19,70

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

- Voorwaarden, voorschriften en beperkingen van de reguliere consulten gemoedsbezwaarden (zie artikel 5.2.3) zijn mutatis mutandis van toepassing;
- Het tarief mag in de periode 2020-2022 voor alle ingeschreven gemoedsbezwaarden eenmalig in rekening worden gebracht als is voldaan aan de voorwaarden van:
 - deelname aan een regionale coalitie;
 - deelname aan de door de regionale coalitie in het kader van OPEN georganiseerde scholing voor de basismodule 'Implementeren online inzage conform de 'Richtlijn Online inzage in het H-EPD door patiënt'. Dit kan worden aangetoond door een verklaring van de regionale coalitie dat scholing conform scholingseisen is afgerond;
 - patiënten zijn geïnformeerd op welke wijze de eigen gezondheidsgegevens elektronisch kunnen worden ingezien;
 - het huisartsinformatiesysteem functioneert conform de richtlijn 'Richtlijn Online inzage in het H-EPD door patiënt'.

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 á 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. 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 verze-kerde	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

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 vooralsnog 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 vooralsnog 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 2019 door te laten lopen. In overleg met InEen/LHV/ZN zal gedurende 2018 worden gezien of deze prestatietitel in 2020 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 geïnccludeerde 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 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 geïnccludeerde 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 geïnccludeerde 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 duurt 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.
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 prestatie start op het moment dat de diagnose (DM type 2, COPD of Astma) of het verhoogde risico (VRM) is vastgesteld en duurt 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 één 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 geïnccludeerde 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. 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 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 geïnccludeerde 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 geïnccludeerde patiënt), zolang hier geen vergoeding via de *O&I*-module tegenover staat.

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 duurt 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 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 DM2. Het tarief dekt verder de kosten van huisartsenzorg, diëtetiek en de eventuele inzet van een diabetesverpleegkundige.

Prestatie	Maximumtarief
Multidisciplinaire zorg DM2 – niet gecontracteerd	€ 65,12

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 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	Maximumtarief
Multidisciplinaire zorg COPD – niet gecontracteerd	€ 51,59

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.

Prestatie	Maximumtarief
Multidisciplinaire zorg HVZ – niet gecontracteerd	€ 27,92

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:

- 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;
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.
- *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.

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;
- *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:

- 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

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

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.

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
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 geïnccludeerde 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:
 - Inschrijving
 - Multidisciplinaire zorg DM2/VRM
 - 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 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 geïnccludeerde patiënt.

4. Prestaties buiten segmenten

4.1 Anw-verrichtingen in hds

Voor incidentele en acute huisartsenhulp in anw-uren (avond-, nacht- en weekenduren) is een maximum uurtarief van kracht voor huisartsen die participeren in een huisartsendienstenstructuur (hds). Het uurtarief brengen huisartsen in rekening bij de hds waarin zij participeren. De maximaal door de huisarts die actief is in een hds aan die hds in rekening te brengen tarieven voor prestaties voor ANW-zorg bedragen:

Prestatie	Maximumtarief
Dienstuur hds	€ 81,13
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 incidentele en acute hulpverlening gedurende de ANW-uren bedragen:

Prestatie	Maximumtarief
Consult anw korter dan 5 minuten	€ 26,44
Consult anw vanaf 5 minuten tot 20 minuten	€ 52,88
Consult anw 20 minuten en langer	€ 105,76
Visite anw korter dan 20 minuten	€ 79,32
Visite anw 20 minuten en langer	€ 132,20
Vaccinatie anw	€ 26,44

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Voorwaarden, voorschriften en beperkingen 1 t/m 7 en 10 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.

4.3 Informatieverzoek

Voor informatieverstrekking wordt één prestatie onderscheiden met een tarief per 5 minuten door de zorgverlener bestede tijd. De maximum in rekening te brengen tarieven voor informatieverstrekking per 5 minuten bedragen:

Prestatie	Maximumtarief
Informatieverstrekking per 5 minuten	€ 15,46

De tijdsduur voor iedere door of namens de huisarts bestede 5 minuten aan het verstrekken van informatie, inclusief de bestede tijd aan bijbehorende rapportage, is leidend voor de declaratie. De in rekening te brengen bestede tijd dient te worden afgerond naar het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten.

Het betreft hier werkzaamheden die niet in het kader van de Zvw worden uitgevoerd maar door de aanvrager zelf worden vergoed.

Naast de declaratie van de prestatie informatieverstrekking kan niet separaat een consult in rekening worden gebracht voor dezelfde werkzaamheden.

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.

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. De prestatie kan in rekening worden gebracht indien de huisarts wordt benaderd met informatieverzoeken door derden (al dan niet via de patiënt) die niet volgen uit zorg- of dienstverlening in het kader van de Zvw, Wlz of Wmo. Denk hierbij aan verzoeken vanuit bedrijfs- of verzekeringsartsen, advocaten, politie ed.
2. Het tarief mag daarmee niet in rekening worden gebracht:
 - Indien het een informatieverzoek betreft waarvoor bij enig wettelijk voorschrift is bepaald dat zorgaanbieders die informatie kosteloos ter beschikking moeten stellen.
 - Bij zorgverzekeraars in het kader van de Zorgverzekeringswet.
 - In het kader van zorgverlening waarvoor de huisarts de patiënt heeft verwezen, zoals bij een aanvraag/machtiging voor geneesmiddelen, hulpmiddelen etc.
3. Het tarief voor informatieverstrekking mag alleen in rekening worden gebracht indien het verzoek om informatie schriftelijk is gesteld. Voor een gevraagde toelichting of verduidelijking op de verstrekte informatie mag het tarief niet in rekening worden gebracht.

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	Maximumtarief
Uitstrijkje	€ 14,54

4.5 Keuringen en onderzoek

Voor keuringen en onderzoek wordt één prestatie onderscheiden met een tarief per 5 minuten door de zorgverlener bestede tijd. De maximum in rekening te brengen tarieven voor keuringen en onderzoek per 5 minuten bedraagt:

Prestatie	Maximumtarief
Keuringen en onderzoek per 5 minuten	€ 15,46

De tijdsduur voor iedere door of namens de huisarts bestede 5 minuten aan keuringen en onderzoek, inclusief de bestede tijd aan bijbehorende rapportage, is leidend voor de declaratie. De in rekening te brengen bestede tijd dient te worden afgerond naar het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten.

Het betreft hier werkzaamheden die niet in het kader van de Zvw worden uitgevoerd maar door de aanvrager zelf worden vergoed. Denk hierbij aan rijbewijskeuringen, invaliditeitskeuringen, bedrijfsgeneeskundig onderzoek en dergelijke.

Naast de declaratie van keuringen en onderzoek kan niet separaat een consult in rekening worden gebracht voor dezelfde werkzaamheden.

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	Maximumtarief
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	Maximumtarief
Materiaalkosten atraumatisch hechtmateriaal, waaronder lijmen	Kostprijs
Materiaalkosten tapemateriaal ten behoeve van enkeldistorties	Kostprijs
Materiaalkosten zwangerschapsreactie (plano-test en dergelijke)	Kostprijs
Materiaalkosten dipslides (urine­weginfecties)	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	Maximumtarief
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.

Prestaties	Maximum-tarief
SCEN	€ 550,19
SCEN op de Waddeneilanden	€ 1.100,37

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. De prestatie SCEN op de Waddeneilanden kan in rekening worden gebracht indien de SCEN-arts niet op hetzelfde Waddeneiland woont als de behandelend (huis)arts van de patiënt.

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	Maximumtarief
Huisartsenzorg voor asielzoekers in centrale opvang, per plaats	€ 257,10

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	Maximumtarief
Module achterstandsfonds, per op naam van de huisarts ingeschreven verzekerde in een opslagwijk en per kwartaal	€ 0,91

4.11 Vaccinatie op eigen verzoek (niet medische indicatie)

Voor het vaccineren op eigen verzoek (niet medische indicatie) wordt één prestatie onderscheiden met een tarief per 5 minuten door de zorgverlener bestede tijd.

De tijdsduur voor iedere door of namens de huisarts bestede 5 minuten aan het vaccineren, is leidend voor de declaratie. De in rekening te brengen bestede tijd dient te worden afgerond naar het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten.

Het betreft hier werkzaamheden die niet in het kader van de Zvw worden uitgevoerd maar door de aanvrager zelf worden vergoed. De prestatie kan niet in rekening worden gebracht voor de griepvaccinatie op eigen verzoek, voor de reizigersadvisering en –vaccinatie en de vaccinatie regulier (op medische indicatie).

Naast de declaratie van de vaccinatie op eigen verzoek kan niet separaat een consult in rekening worden gebracht voor dezelfde werkzaamheden.

Prestatie	Maximumtarief
Vaccinatie op eigen verzoek (niet medische indicatie) per 5 minuten	€ 15,46

4.12 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.

Het tarief voor de M&I-verrichting is een tarief inclusief de vergoeding voor de tijd, die wordt besteedt aan het uitvoeren van de M&I-verrichting. De handelingen, die vooraf gaan aan het uitvoeren van de M&I-verrichting, zoals uitgebreide uitvraag van klachten en hulpvraag, vraagverheldering, lichamelijk onderzoek, diagnostiek en het advies, zijn geen onderdeel van het tarief van de M&I-verrichting en kunnen separaat in rekening gebracht worden op basis van de bestede tijd als regulier consult of een van de varianten hiervan. Uiteraard alleen indien deze werkzaamheden ook daadwerkelijk zijn uitgevoerd. Indien voorafgaand aan de M&I-verrichting hulpvragen los van de M&I-verrichting worden beantwoord, kunnen deze als consult naast de M&I-verrichting 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 slechthoerendheid met behulp van audiometer in eigen beheer. Het betreft een prestatie per verrichting. Handelingen beschreven in NHG-standaard M61.	€ 27,37
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.	€ 31,46
Tympanometrie	Het meten van de beweeglijkheid van het trommelvlies met behulp van microtympanometer in eigen beheer ter diagnostiek en vervolgen van gehoorproblemen bij: - Otitis media met effusie langer dan 3 maanden; - Tympanosclerose; - Otosclerose. Het betreft een prestatie per meting. Handelingen beschreven in NHG-standaard M18.	€ 32,09
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.	€ 50,02
ECG-diagnostiek (ECG maken, interpreteren en bespreken met patiënt)	Het betreft een prestatie per diagnose. Prestatie is inclusief verbruiksmateriaal.	€ 47,82

Prestatie	Aanvullend voorschrift	Maximum tarief i.g.v. geen overeenkomst
	Handelingen beschreven in Elektrocardiografie in de huisartsenpraktijk (NHG-Bouwsteen voor de praktijkvoering, volume 1).	
Spleetlamponderzoek	Diagnostiek en controle van een aantal oogheelkundige aandoeningen, met behulp van spleetlamp in eigen beheer. Het betreft een prestatie per onderzoek.	€ 13,53
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 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)	€ 128,36
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. De M&I-verrichting beschrijft in principe alleen de 24-uursmeting, maar biedt onder de voorwaarde van een overeenkomst met de zorgverzekeraar de mogelijkheid om	€ 31,77

Prestatie	Aanvullend voorschrift	Maximum tarief i.g.v. geen overeenkomst
	ook de 30-minutenmeting op deze wijze in rekening te brengen.	
Teledermatologie	<p>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.</p> <p>Het betreft een tarief per verrichting. Kan niet in rekening worden gebracht indien inspanning huisarts als onderdeel van een andere prestatie reeds wordt vergoed.</p> <p>Deze prestatie is includeert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gebruikmaking van adequate apparatuur, beveiligde verbinding en digitale opslag van informatie; • geprotocolleerde rapportage door dermatoloog. 	€ 20,45
Cognitieve functietest (MMSE)	<p>Onderzoek naar dementie door afname van MMSE-test. Het betreft een prestatie per verrichting. Handelingen beschreven in NHG-standaard M21.</p>	€ 34,29
Hartritmestoornissen	<p>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.</p>	€ 27,37

Prestatie	Aanvullend voorschrift	Maximum tarief i.g.v. geen overeenkomst
	Het betreft een prestatie per verrichting.	
MRSA-screening	Afname kweekmateriaal ten behoeve van diagnostiek MRSA. Het betreft een prestatie per verrichting.	€ 20,45
Palliatieve consultatie, visite	Consultatievisite door een opgeleide palliatieve huisartsconsulent op verzoek van huisarts. Het betreft een prestatie per visite, inclusief bestudering casus.	€ 122,69
Palliatieve consultatie, telefonisch	Telefonische consultatie door een opgeleide palliatieve huisartsconsulent op verzoek van huisarts. Het betreft een prestatie per telefonisch consult.	€ 30,83
Euthanasie	Verlenen van euthanasie. Het betreft een prestatie per euthanasieverlening. Handelingen beschreven in SCEN regels.	€ 246,64
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, stuw- wing; – nieren: stuw- ing, concre- menten, cysten, tumoren;	€ 46,25

Prestatie	Aanvullend voorschrift	Maximum tarief i.g.v. geen overeenkomst
	<ul style="list-style-type: none"> - uterus: myomen, positie IUD, endometriumdikte; - ovaria: cysten; - blaas: urineretentie, concrementen. Het betreft uitdrukkelijk niet de echo bij zwangerschap.	

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
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 dia-	vrij tarief

	agnostiek met behulp van Doppler. Het betreft een prestatie per verrichting.	
Reizigersadvies en -vaccinatie	Gestandaardiseerd consult aan de hand van vragenlijst en advies ten aanzien van preventieve vaccinaties en geven vaccinaties. De prestatie 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, conform richtlijnen urologie.	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 restitutiepolicen 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. 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. 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 mantelzorger 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 en/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.

6. Aanvullende regelgeving als gevolg van het SARS-CoV-2 virus

Aanbieders en verzekeraars zijn tot een akkoord gekomen over een pakket aan tijdelijke maatregelen in het kader van de bestrijding van het SARS-CoV-2 virus. Dit pakket aan maatregelen moet financiële rust brengen aan huisartsenpraktijken, huisartsenposten en samenwerkingsverbanden zodat zij zich de komende periode kunnen concentreren op de noodzakelijke zorg. De aanvullende tijdelijke maatregelen betreffen:

6.1 Prestaties huisartsenzorg intensieve zorg

Thuisvisites aan patiënten met (verdenking op) een besmetting van het SARS-CoV-2 virus kunnen in rekening worden gebracht door middel van de prestatie "intensieve zorg".

Prestatie	Maximumtarief
Intensieve zorg, dag (v.h.13034, 13035)	€ 81,17
Intensieve zorg, anw (v.h. 13036, 13037)	€ 140,00

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen (zie artikel 1.6):

- 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.
- De prestaties huisartsenzorg intensieve zorg betreffen prestaties per visite.
- 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.
- Het anw-tarief kan niet worden gedeclareerd indien de visite is geleverd tijdens een dienstuur hds.
- 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.
- Declaratie van een prestatie huisartsenzorg intensieve zorg kan niet gelijktijdig met declaratie van een regulier consult of visites zoals beschreven in paragraaf 1.2.

6.2 ANW-verrichtingen in huisartsendienstenstructuur (hds)

Ten behoeve van de aanvullende inzet in de ANW-uren bovenop het basisrooster als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus kan de huisarts die participeert in een hds een toeslag van maximaal € 15,00 per uur in rekening brengen.

Prestatie	Maximumtarief
Opslag dienstuur hds	€ 15,00

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

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

6.3 Prestatie passanttarief voor huisartsenzorg op extra daglocaties

Als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus worden aparte locaties ingericht voor huisartsenzorg aan patiënten met verdenking van een besmetting van het SARS-CoV-2 virus overdag. Dit betreft locaties zonder klinische capaciteit. De kosten die hiervoor gemaakt worden, kunnen een gevolg zijn van (A) de inzet van de huisarts, (B) de inzet van het overige personeel en (C) de overige kosten. De zorg kan in rekening worden gebracht door middel van de prestatie 'passanttarief'.

Prestatie	Maximumtarief
Consult passant korter dan 5 minuten	€ 15,46
Consult passant vanaf 5 minuten tot 20 minuten	€ 30,91
Consult passant 20 minuten en langer	€ 61,83
Visite passant korter dan 20 minuten	€ 46,37
Visite passant 20 minuten en langer	€ 77,28

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

Indien extra daglocatie wordt opgezet vanuit de huisartsenpost (HAP):

Declaratie patiëntcontact

De declaratie van het patiëntcontact door de huisartsenpost is mogelijk door middel van de declaratie van de passantentarieven. De huisartsenpost is hierbij dezelfde entiteit waarvoor ook de ANW-zorg wordt gecontracteerd. Het passantentarief wordt in deze situatie dus gedeclareerd door de huisartsenpost.

Afrekening aanvullende meerkosten

Indien de kosten van de extra daglocatie niet worden gedekt door declaratie van de passantentarieven, kunnen de huisartsenposten aanvullende afspraken maken met de zorgverzekeraar over vergoeding van de aanvullende kosten. Hierbij zijn de zorgverzekeraars en aanbieders de volgende uitgangspunten overeengekomen:

- Het is de verantwoordelijkheid van de regio om de bezetting van de extra daglocaties te regelen. Er is geen aanvullende vergoeding voor de inzet huisarts overdag mogelijk als gevolg van een verminderde inzet in de eigen huisartsenpraktijk door een verminderende vraag in de eigen huisartsenpraktijk (hiervoor worden de huisartsen namelijk gecompenseerd via het afgesproken moduletarium "Incidentele compensatie meerkosten en omzetsderving als gevolg van de uitbraak van het " als opslag op het inschrijftarief).
- De inrichting van de daglocatie HAP volgt uit de afspraken/verzoeken vanuit ROAZ-verband.
- De totale extra benodigde kosten van de HAP voor het openstellen van extra daglocatie buiten ANW-uren worden apart in beeld gebracht en zo spoedig mogelijk voorgelegd aan de preferente verzekeraars, zodat hierop een akkoord verkregen kan worden en de declaratieafhandeling kan worden ingericht. Een afspraak tussen aanbieder en verzekeraar(s) is noodzakelijk.
- Dit leidt tot een afgebakend extra budget HAP 'dagopenstelling als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus'.
- De inkomsten uit de declaratie van het passantentarief door de HAP is ter dekking van dit budget.
- Over de resterende kosten (indien van toepassing) maakt de zorgverzekeraar met de HAP een afspraak. Dit te verrekenen bedrag wordt (volgtijdelijk) afgewikkeld via:
 1. O&I indien technisch mogelijk (indien gewenst kunnen zorgaanbieders om tussentijdse ophoging van het budget vragen).
 2. Is dit niet mogelijk dan via S3 afspraak indien technisch mogelijk.
 3. Is ook dat niet mogelijk of niet uitvoerbaar (veel administratieve belasting) dan via een nacalculatie omgeslagen over de ANW-tarieven (indien gewenst kunnen zorgaanbieders vragen om tussentijdse ophoging van het budget).
- De vergoeding van huisartsen wordt (vanwege de declaratie van het moduletarium 'Incidentele compensatie meerkosten en omzetsderving' als opslag op inschrijftarief) niet meegenomen in de verrekening van het restant. Uitgangspunt is dat huisartsen, gebaseerd op een normpraktijk, gemiddeld 1 dag per 2 weken worden ingeroosterd op de daglocatie in verband met de uitbraak van het . Hiervoor vindt geen vergoeding door de HAP plaats. Huisartsen kunnen op eigen kosten zelf een waarnemer inzetten.

- Als de noodzakelijke bezetting van huisartsencapaciteit op de extra daglocatie vanwege de hoge toestroom van patiënten niet meer te borgen is met bovengenoemde inroostering van 1 dag per 2 weken, kan door de HAP aanvullende waarneming worden ingezet. Onderbouwing voor het benodigd zijn van aanvullende waarneming wordt aan de zorgverzekeraar overlegd om hierover aanvullende afspraken te maken. De kosten van deze aanvullende inzet van waarneming worden door de zorgverzekeraars vervolgens meegenomen in de vergoeding van de extra daglocatie tot aan een maximum van 78 euro per uur indien voldaan wordt aan de hierboven gestelde voorwaarden.
- De kosten (A, B en C) die vóór inwerkingtreding van deze overeenkomst zijn gemaakt kunnen wel geheel als meerkosten worden meegenomen in de begroting/afrekening. Er zal, indien nodig, enige coulance (zie ##Overgangperiode) worden betracht voor het inregelen en organiseren van de nieuwe situatie door organisaties.

Indien extra daglocatie wordt opgezet vanuit organisatie met eigen O&I-budget (regio-organisatie/ zorggroep/ gezondheidscentrum)

Declaratie patiëntcontact:

De declaratie van het patientcontact door het samenwerkingsverband is mogelijk door middel van de declaratie van de passantentarieven. Het samenwerkingsverband is hierbij dezelfde entiteit waarmee ook contractuele afspraken in het kader van O&I worden gemaakt. Het passantentarief wordt in deze situatie dus gedeclareerd door het samenwerkingsverband.

Afrekening aanvullende meerkosten

Indien de kosten van de extra daglocatie niet worden gedekt door de declaratie van de passantentarieven, kunnen de zorgaanbieders met eigen O&I-budget aanvullende afspraken maken met de zorgverzekeraar over vergoeding van de aanvullende kosten. Hierbij zijn de zorgverzekeraars en zorgaanbieders de volgende uitgangspunten overeengekomen:

- Het is de verantwoordelijkheid van de regio om de bezetting van de extra daglocaties te regelen. Er is geen aanvullende vergoeding voor de inzet huisarts overdag mogelijk als gevolg van een verminderde inzet in eigen huisartsenpraktijk door een verminderde vraag in de eigen huisartsenpraktijk(hiervoor worden de huisartsen namelijk gecompenseerd via het afgesproken moduletariaf 'Incidentele compensatie meerkosten en omzetsderving gevolg van de uitbraak van het ' als opslag op het inschrijftarief).
- De inrichting van de daglocatie samenwerkingsverband volgt uit de afspraken/verzoeken vanuit ROAZ-verband.
- De totale extra benodigde kosten van de zorgorganisatie voor het openstellen van extra daglocatie worden apart in beeld gebracht en zo spoedig mogelijk voorgelegd aan de preferente verzekeraars, zodat hierop een akkoord verkregen kan worden en de declaratie kan worden ingericht. Een afspraak tussen aanbieder en verzekeraar(s) is noodzakelijk.
- Dit leidt tot een afgebakend extra budget samenwerkingsverband 'dagopenstelling als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus'.
- De inkomsten uit de declaratie door het samenwerkingsverband van het passantentarief is ter dekking van dit budget.
- Over de resterende kosten (indien van toepassing) maakt de zorgverzekeraar met het samenwerkingsverband een afspraak. Het restant van de kosten wordt dan via een nacalculatie omgeslagen over een O&I-afpraak. Indien gewenst kan om een tussentijdse ophoging van het O&I-budget worden gevraagd.
- De vergoeding van huisartsen wordt (vanwege de declaratie van het moduletariaf 'Incidentele compensatie meerkosten en omzetsderving' als op het inschrijftarief) niet meegenomen in de

verrekening van het restant. Uitgangspunt is dat huisartsen, gebaseerd op een normpraktijk, gemiddeld 1 dag per 2 weken worden ingeroosterd op de daglocatiegevolg van de uitbraak van het . Hiervoor vindt geen vergoeding door het samenwerkingsverband plaats. Huisartsen kunnen op eigen kosten zelf een waarnemer inzetten.

- Als de noodzakelijke bezetting van huisartsencapaciteit vanwege de hoge toestroom van patiënten op de extra daglocatie niet meer te borgen is met bovengenoemde inroostering van 1 dag per 2 weken, kan door de organiserende partij aanvullende waarneming worden ingezet. Onderbouwing voor het benodigd zijn van aanvullende waarneming wordt aan de zorgverzekeraar overlegd om hierover aanvullende afspraken te maken. De kosten van deze aanvullende inzet van waarneming worden door de zorgverzekeraars vervolgens meegenomen in de vergoeding van de extra daglocatie tot aan een maximum van 78 euro per uur indien voldaan wordt aan de hierboven gestelde voorwaarden.
- De kosten (A, B en C) die vóór inwerkingtreding van deze overeenkomst zijn gemaakt kunnen wel geheel als meerkosten worden meegenomen in de begroting/afrekening. Er zal, indien nodig, enige coulance (zie 'Overgangperiode') worden betracht voor het inregelen en organiseren van de nieuwe situatie door organisaties.

Indien extra daglocatie kleinschaliger wordt opgezet vanuit samenwerkingsafspraken tussen huisartsen (dus niet vanuit samenwerkingsverband waar een budgetafspraken boven ligt)

Declaratie patiëntcontact

Op de extra daglocatie kan het passanten tarief in rekening worden gebracht indien de huisarts zorg verleent aan niet-ingeschreven patiënten, mits het noch de patiënt noch de huisarts aan te rekenen is dat de zorg niet verleend wordt door de eigen huisarts van de patiënt. Hiervoor gelden dus gelijke voorwaarden als reeds voor declaratie van het passanten tarief gelden. Voor zorgverlening aan ingeschreven patiënten geldt declaratie van de reguliere consulten (zie artikel 1.2).

Afrekening aanvullende meerkosten

De declaratie van het passanten tarief in combinatie met het moduler tarief 'Incidentele compensatie meerkosten en omzetsderving gevolg van de uitbraak van het ' als opslag op het inschrijftarief wordt gezien ter dekking van kosten die gemaakt worden op de extra daglocatie.

Als hier alsnog aanzienlijke meerkosten worden gemaakt, moet aansluiting worden gezocht bij de O&I-afrekening regionale organisatie (zie voor voorwaarden situatie 2).

De ingebrachte meerkosten volgen uit afstemming/verzoek in ROAZ-verband en na akkoord van de preferente zorgverzekeraars.

De vergoeding van eventuele extra kosten via samenwerkingsverband richting huisartspraktijken is mogelijk via 'onderlinge dienstverlening'.

Overgangperiode

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn het volgende overeengekomen: Als er al huisartsen/waarnemers zijn betaald voor de inzet op de extra daglocaties, dan zullen deze door zorgverzekeraars worden vergoed, met in achtneming van redelijk- en billijkheid. Dit geldt ook voor de overige kosten (B en C). Vanaf het moment van akkoord zullen de gemaakte afspraken ook gelden voor de al bestaande daglocaties. Als er rekeningen bij zorgverzekeraars binnenkomen na de bezegeling van de afspraken die betrekking hebben op de betaalde inzet van huisartsen/waarnemers vóór het moment van bezegeling, dan worden deze meegenomen in de begroting en afrekening voor de daglocatie .