



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

LHV-Declareerwijzer 2018

Richtlijnen, regels en praktijkvoorbeelden voor
het declareren van tarieven





Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

Inhoudsopgave



1	Inleiding	4	3	Prestaties en tarieven Segment 1	12
1.1	Introductie	4	3.1	Inschrijftarieven	12
1.2	Leeswijzer	5	3.2	Consulttarieven	12
			3.2.1	Reguliere consulten	12
			3.2.2	Passanten	14
2	Algemene uitgangspunten en richtlijnen voor het declareren	6	3.2.3	Militairen	14
2.1	De bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg	6	3.2.4	Gemoedsbezwaarden	15
2.1.1	Het segmentenmodel	6	3.3	Verrichtingentarieven	15
2.1.2	Verschillende soorten tarieven	6	3.3.1	Verrichtingen consulttarief/visitetarief 20 minuten of langer	15
2.1.3	Maximumtarieven en vrije tarieven	6	3.3.2	Overige S1-verrichtingen	15
2.1.4	Tarieven voor de griepvaccinatie	7	3.3.2.1	Chirurgie	15
2.1.5	Tarieven voor onderlinge waarneming	7	3.3.2.2	Intensieve zorg, dag en ANW	16
2.1.6	Btw	7	3.3.2.3	Eerstelijns verblijf, dag en ANW	17
2.2	Declareren van contacten en handelingen	8	3.3.2.4	Compressietherapie bij ulcus cruris	17
2.2.1	Wel of geen declaratie?	8	3.3.2.5	Oogboring	18
2.2.2	Meerdere declaraties voor één patiënt op één dag	8	3.3.2.6	Therapeutische injectie (Cyriax)	18
2.2.3	Declareren onder de juiste code	8	3.3.2.7	IUD aanbrengen / implanteren of verwijderen etonogestrel implantatiestaafje	18
2.2.4	Declareren van zorg door de praktijkondersteuner voor de somatiek (POH-S)	9	3.4	Tarieven praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ)	18
2.2.5	Declareren van bloedafname	9	3.4.1	POH-GGZ	18
2.2.6	Stoppen met roken	9	3.4.2	Onderlinge dienstverlening POH-GGZ	19
2.2.7	Declareren van niet-nagekomen afspraken	10	4	Prestaties en tarieven Segment 2	20
2.2.8	Declareren voor bijzondere groepen	11	4.1	Declareren van multidisciplinaire ketenzorg	20
			4.2	Multidisciplinaire zorg DM2/VRM	20
			4.3	Multidisciplinaire zorg COPD/Astma	20
			4.4	Module geïntegreerde eerstelijnszorg	20



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)



5	Prestaties en tarieven Segment 3	21	6.11.9	Teledermatologie	28
5.1	Resultaatbeloning	21	6.11.10	Cognitieve functietest (MMSE)	28
5.2	Zorgvernieuwing	22	6.11.11	Hartritmestoornissen	28
6	Overige prestaties en tarieven	23	6.11.12	MRSA-screening	28
6.1	ANW-verrichtingen in de HDS	23	6.11.13	Diabetes: begeleiding per jaar	28
6.2	ANW-verrichtingen buiten de HDS	23	6.11.14	Diabetes: instellen op insuline	28
6.3	Informatieverzoek bedrijfsarts of verzekeringsarts	23	6.11.15	COPD: gestructureerde zorg per jaar	29
6.4	Uitstrijkjes	24	6.11.16	Palliatieve consultatie, visite	29
6.5	Keuringen en onderzoek	24	6.11.17	Palliatieve consultatie, telefonisch	29
6.6	Verbruiksmaterialen	24	6.11.18	Euthanasie	29
6.7	Kostenvergoedingen	25	6.11.19	Gestructureerde huisartsenzorg in het verzorgingshuis	29
6.7.1	ECG-tarief	25	6.11.20	Gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang	29
6.7.2	Kosten entstoffen en laboratoriumkosten	25	6.11.21	Module abdominale echografie	29
6.8	SCEN	25	6.12	M&I-verrichtingen niet ten laste van de basisverzekering Zvw	30
6.9	Huisartsenzorg voor asielzoekers in de centrale opvang	25	6.12.1	Chirurgie in geval van cosmetiek	30
6.10	Module achterstandsfonds	25	6.12.2	Varices sclerosering in geval van cosmetiek	30
6.11	M&I-verrichtingen ten laste van de basisverzekering Zvw	25	6.12.3	Reizigersadvisering	30
6.11.1	Audiometrie	26	6.12.4	Sterilisatie man	30
6.11.2	Diagnostiek met behulp van Doppler	26	6.12.5	Besnijdenis	30
6.11.3	Tympanometrie	26	7	LHV-richtlijn voor niet-nagekomen afspraken	31
6.11.4	Longfunctiemeting (= spirometrie)	27	8	Declareren voor bijzondere groepen	33
6.11.5	ECG-diagnostiek (ECG maken, interpreteren en bespreken met patiënt)	27	9	Praktijkvoorbeelden declareren	36
6.11.6	Spleetlamponderzoek	27	10	Trefwoordenlijst	55
6.11.7	Tele-echo, -röntgen, -hartmonitoring op de Waddeneilanden	27			
6.11.8	Bloeddrukmeting gedurende 24 uur, hypertensiemeting	27			



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

1 Inleiding

1.1 Introductie

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) geeft sinds 2006 de LHV-Declareerwijzer uit. Hiermee streeft de LHV twee doelen na: informeren en adviseren. Het eerste doel is om de leden te informeren over de bindende regels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), zoals die zijn vastgelegd in beleidsregels en tariefbeschikkingen voor huisartsenzorg. Het tweede doel is om de leden te adviseren over de toepassing van deze regels in de dagelijkse praktijk. De Declareerwijzer bevat geen informatie of adviezen over de hoogte van de tarieven die in rekening kunnen worden gebracht.

Bij het opstellen van de LHV-Declareerwijzer is uitgegaan van de NZa-tariefbeschikkingen. Individuele zorgverzekeraars kunnen in de contracten aanvullende voorwaarden hebben gesteld. De LHV raadt aan om de contracten goed te lezen.

De LHV benadrukt dat deze Declareerwijzer een hulpmiddel is bij het nemen van beslissingen over het declareren van contacten met patiënten of derden. De werkelijke praktijksituatie kan afwijken van de hier beschreven praktijksituaties. Bovendien kunnen er andere factoren een rol spelen bij beslissingen over het declareren. Uiteindelijk dienen huisartsen een individuele afweging te maken en blijven ze zelf verantwoordelijk voor hun eigen handelen. Bij twijfel kan contact worden opgenomen met de LHV.



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

1.2 Leeswijzer

De LHV-Declareerwijzer is als volgt opgebouwd:

- In hoofdstuk 2 worden algemene uitgangspunten en richtlijnen voor het declareren gegeven.
- In de hoofdstukken 3 t/m 6 worden de NZa-prestaties met bijbehorende voorwaarden beschreven. Dit betekent niet dat de LHV het altijd eens is met de inhoud van deze hoofdstukken.
- Hoofdstuk 7 bevat de richtlijn voor niet-nagekomen afspraken.
- In hoofdstuk 8 wordt ingegaan op het declareren voor groepen bijzondere patiënten.
- Hoofdstuk 9 bevat tal van praktijkvoorbeelden. De bijbehorende adviezen vloeien deels voort uit de regels van de NZa, zoals die in de voorgaande hoofdstukken zijn beschreven; deels zijn het vrijblijvende adviezen voor praktijksituaties waarover de NZa-regels geen duidelijkheid verschaffen.

De LHV-Declareerwijzer en de NZa-tariefbeschikkingen zijn te vinden op de website van de LHV (<https://www.lhv.nl/uw-praktijk/financien/tarieven>).



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

2 Algemene uitgangspunten en richtlijnen voor het declareren

In dit hoofdstuk worden enkele algemene uitgangspunten en richtlijnen gegeven voor het declareren van contacten en handelingen in de huisartspraktijk.

2.1 De bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

2.1.1 Het segmentenmodel

Sinds 1 januari 2015 is de bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg grotendeels opgedeeld in drie segmenten:

- Segment 1 betreft de bekostiging van de basisvoorziening huisartsenzorg (zie hoofdstuk 3);
- Segment 2 betreft de bekostiging van de multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg (zie hoofdstuk 4);
- Segment 3 betreft de bekostiging van uitkomsten en zorgvernieuwing (zie hoofdstuk 5).

Daarnaast is er een aantal prestaties en tarieven dat geen onderdeel uitmaakt van deze drie segmenten (zie de hoofdstukken 6, 7 en 8). Deels gaat het om prestaties die niet vallen onder de basisverzekering zoals die is geregeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het is belangrijk om hierop goed te letten, zodat met de juiste partij tariefafspraken worden gemaakt en zodat bij de juiste partij wordt gedeclareerd. Bij de verkeerde partij ingediende declaraties kunnen leiden tot terugvorderingen.

2.1.2 Verschillende soorten tarieven

Voor de bekostiging van huisartsenzorg bestaan verschillende soorten tarieven:

- inschrijftarieven (tarieven per kwartaal voor bij de huisarts op de eerste dag van het kwartaal ingeschreven patiënten);
- consulttarieven (tarieven per consult, visite, telefonisch consult, etc., bedoeld voor direct patiëntencontact, gebaseerd op een tijdseenheid en ongeacht het aantal gepresenteerde klachten of gestelde diagnoses);
- moduletarieven (tarieven per kwartaal voor bij de huisarts op de eerste dag van het kwartaal ingeschreven patiënten);
- overige tarieven, waaronder het uurtarief voor ANW-zorg en diverse verrichtingentarieven (zoals de verrichtingentarieven voor Modernisering en Innovatie, voor informatieverstrekking of voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker).

2.1.3 Maximumtarieven en vrije tarieven

Als zorgaanbieder valt de huisarts onder de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt op basis van die wet jaarlijks de tarieven voor huisartsenzorg vast. Daarbij maakt de NZa een onderscheid tussen maximumtarieven en vrije tarieven. De meeste tarieven zijn door de NZa vastgestelde maximumtarieven.



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

Van een aantal tarieven heeft de NZa vastgelegd dat ze vrij zijn. Voorbeelden hiervan zijn de tarieven voor de praktijkondersteuner voor de somatiek (POH-S) en de tarieven voor Modernisering en Innovatie (M&I). Hierover kunnen huisartsen en zorgverzekeraars afspraken maken. Ook de tarieven voor multidisciplinaire ketenzorg zijn vrij. Daarover kunnen huisartsen en ketenzorgorganisaties afspraken maken. Over de vrije tarieven voor onderlinge waarneming kunnen huisartsen onderling afspraken maken.

De Wmg is niet van toepassing op zorgaanbieders voor zover deze jeugdhulp bieden als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet. Ook is de Wmg niet van toepassing op aanbieders als bedoeld in 1.1.1 van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo). Voor diensten die de gemeente inkoopt bij de huisarts en die onder deze twee wetten vallen, stelt de NZa dus geen tarieven vast. Huisartsen en gemeenten kunnen hierover zelf afspraken maken.

2.1.4 Tarieven voor de griepvaccinatie

De jaarlijkse vaccinatie ten behoeve van de preventie van influenza valt niet onder de Wmg. Voor het declareren van de griepvaccinatie kan een onderscheid worden gemaakt tussen patiënten die geïndiceerd zijn in het kader van het Nationaal Programma Grieppreventie en patiënten die dat niet zijn.

Geïndiceerde patiënten

Het tarief voor het vaccineren van de geïndiceerde patiënten wordt jaarlijks vastgesteld binnen het Nationaal Programma Grieppreventie. Dit tarief wordt gedeclareerd via de webapplicatie van SNPG.

Niet-geïndiceerde patiënten

Het tarief voor een griepvaccinatie op eigen verzoek is volledig vrij. De huisarts maakt voorafgaand aan de vaccinatie met de patiënt een afspraak over de hoogte van het tarief. De patiënt betaalt dit tarief vervolgens rechtstreeks aan de huisarts. Een patiënt zonder indicatie die op eigen verzoek wordt gevaccineerd, kan met een recept het vaccin halen bij de apotheek of de apotheekhoudende huisarts. De patiënt betaalt de vaccinprijs aan de apotheek of de apotheekhoudende huisarts. De griepvaccinatie valt niet onder de basisverzekering en kan dus niet bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd. De patiënt moet zelf nagaan of zijn aanvullende verzekering de vaccinatie vergoedt. Een (telefonisch) consult voorafgaand aan een eventuele vaccinatie en waarin de hulpvraag van de patiënt wordt besproken, kan gewoon als consult bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd; ongeacht of wordt besloten om wel of niet te vaccineren.

2.1.5 Tarieven voor onderlinge waarneming

Voor onderlinge waarneming heeft de NZa vrije tarieven vastgesteld. Deze tarieven kunnen uitsluitend in rekening worden gebracht bij de huisarts die wordt waargenomen.

2.1.6 Btw

Huisartsen moeten btw afdragen voor handelingen die niet onder de btw-vrijstelling vallen. De door de NZa vastgestelde tarieven zijn exclusief btw-heffing en btw-afdracht door een zorgaanbieder. Als dus voor bepaalde handelingen btw moet worden geheven en afgedragen, dan mag de btw bovenop de NZa-tarieven in rekening worden gebracht. Voor meer informatie, zie de handleiding over btw bij huisartsen. Deze is te vinden op de website van de LHV (<https://www.lhv.nl/service/btw-bij-huisartsen>).



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

2.2 Declareren van contacten en handelingen

2.2.1 Wel of geen declaratie?

Uitgangspunt 1: Declareren, tenzij...

Een algemeen uitgangspunt is dat voor declarabele contacten of handelingen in principe gewoon wordt gedeclareerd, tenzij er goede overwegingen zijn om dat niet te doen. Een consult- of een verrichtingen-systeem is immers gebaseerd op het principe van loon naar werken. Anderzijds moeten huisartsen het systeem niet misbruiken om slechts de omzet te verhogen. Misbruik kan onwenselijke gevolgen hebben voor de patiënt, kan de beroepsgroep (op kortere of langere termijn) schaden en kan leiden tot controles door bijvoorbeeld zorgverzekeraars of de FIOD.

Uitgangspunt 2: Inhoudelijke vermelding in dossier patiënt

Een tweede uitgangspunt is dat er bij een gedeclareerd contact altijd een inhoudelijke vermelding in het dossier van de patiënt heeft plaatsgevonden.

Controle vragen

Huisartsen zouden zich in de meeste situaties de volgende vragen kunnen stellen:

1. Is er door de patiënt een inhoudelijke hulpvraag gesteld?
2. Is op deze hulpvraag een professioneel antwoord gegeven?
3. Waar of hoe is dit antwoord gegeven (bijvoorbeeld per telefoon, in de praktijk of elders)?
4. Hoe lang heeft het consult geduurd? Voor een consult van 20 minuten of langer kan een dubbel consult in rekening worden gebracht.

Als bijvoorbeeld een patiënt met een inhoudelijke hulpvraag de praktijk belt en de assistente geeft een professioneel antwoord, dan is het een telefonisch consult. Geeft de assistente geen professioneel antwoord maar wordt er een afspraak met de huisarts gepland, dan wordt het contact tussen assistente en patiënt niet gedeclareerd. Voor het latere contact tussen huisarts en patiënt wordt dan een consult gedeclareerd.

2.2.2 Meerdere declaraties voor één patiënt op één dag

In de huisartsenzorg is het goed mogelijk dat er op één dag meerdere contacten met dezelfde patiënt plaatsvinden. Als het om meerdere declarabele contacten gaat, dan is het toegestaan om hiervoor meerdere declaraties te versturen. De NZa heeft hiervoor geen beperkingen aangebracht. Of een contact een declarabel contact betreft, wordt in deze Declareerwijzer nader toegelicht.

2.2.3 Declareren onder de juiste code

Door de juiste tarieven te declareren en door daarbij de juiste Vektis-codes te hanteren, wordt vervuiling van de contactcijfers in registratiesystemen voorkomen.



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

2.2.4 Declareren van zorg door de praktijkondersteuner voor de somatiek (POH-S)

Moduletarief

De werkzaamheden van de POH-S kunnen deels worden bekostigd door een moduletarief. Dit moduletarief is een vrij tarief waarover huisarts en zorgverzekeraar een afspraak moeten maken. Het kan worden gedeclareerd nadat hierover een overeenkomst met de zorgverzekeraar is gesloten.

Ketenzorgtarief

Huisartsen die zijn aangesloten bij een ketenzorgorganisatie (zorggroep), ontvangen een ketenzorgtarief. Daarin zal een vergoeding zijn opgenomen voor de inzet van de POH-S voor de ketenzorg. Dit moduletarief is een vrij tarief waarover huisarts en ketenzorgorganisatie een afspraak moeten maken. Het kan worden gedeclareerd nadat hierover een overeenkomst met de ketenzorgorganisatie is gesloten.

Consulttarieven

Consulten van een POH-S kunnen niet worden gedeclareerd indien voor die werkzaamheden al een moduletarief (door de zorgverzekeraar) of een ketenzorgtarief (door de ketenzorgorganisatie) wordt betaald; anders zouden de werkzaamheden dubbel worden betaald. Het kan voorkomen dat de werkzaamheden van de POH-S niet onder de overeenkomst met de zorgverzekeraar of de ketenzorgorganisatie (de zorggroep) vallen, omdat:

- De huisarts niet is aangesloten bij een ketenzorgorganisatie (zorggroep) voor multidisciplinaire ketenzorg;
- De huisarts geen POH-overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar;
- De huisarts de POH-S meer uren inzet dan met de zorgverzekeraar is overeengekomen.

Werkzaamheden van de POH-S die niet onder de overeenkomst met de zorgverzekeraar en ook niet onder de overeenkomst met de zorggroep vallen, kunnen wel worden gedeclareerd. Hiervoor gelden dezelfde tarieven met dezelfde tariefcodes als door de huisarts en de assistente worden gebruikt.

Zorgverzekeraars kunnen afwijkende regels hanteren voor het declareren van consulttarieven. Raadpleeg hiervoor (de contracten met) de zorgverzekeraars of uw kring.

2.2.5 Declareren van bloedafname

Als de huisarts of de assistente tijdens een consult bloed afneemt, dan valt de bloedafname onder het consult. Als tijdens een consult wordt besloten tot bloedafname en de patiënt daarvoor op een ander moment terugkomt (bijvoorbeeld tijdens een prikbeurt), dan kan twee keer een consult worden gedeclareerd: één keer voor het consult waarin tot bloedafname werd besloten en één keer voor de bloedafname zelf. Het is volgens de NZa niet toegestaan dat laboratoria huisartsen betalen voor bloedafname of voor verwijzing naar een bepaald lab.

2.2.6 Stoppen met roken

Weer verzekerde zorg

Vanaf 1 januari 2013 is de programmatische aanpak van stoppen met roken weer verzekerde zorg. Het gaat daarbij om zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, verloskundigen en klinisch psychologen die bieden en farmacotherapeutische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering met als doel te stoppen met roken.



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

De programmatische aanpak bij stoppen met roken bestaat altijd uit begeleiding gericht op gedragsverandering en wordt indien nodig aangevuld met farmacologische ondersteuning. De zorgmodule 'Stoppen met Roken' en de CBO-richtlijn 'Tabaksverslaving' worden hierbij als uitgangspunt gehanteerd.

Vrije tarieven

Er gelden vrije tarieven, waarover de huisarts een afspraak moet maken met de zorgverzekeraar of met de patiënt. Daarbij ligt het voor de hand dat de declaratie in het eerste geval naar de zorgverzekeraar gaat en in het tweede geval naar de patiënt zelf. Als de huisarts geen afspraak over stoppen met roken heeft met de zorgverzekeraar van de patiënt, dan moet de patiënt bij de zorgverzekeraar nagaan of stoppen met roken (volledig) wordt vergoed.

Wel/geen integrale prestatie en integraal tarief

De NZa is voor de prestatie Stoppen met Roken uitgegaan van een hoofdcontractant die een integrale prestatie voor een integraal tarief aanbiedt: zowel de gedragsmatige ondersteuning als de farmacologische ondersteuning maken deel uit van de prestatie en de tariefafpraak. Vooralsnog is het echter mogelijk om de gedragsmatige ondersteuning en de farmacologische ondersteuning gescheiden aan te bieden. Huisartsen zijn dus niet verplicht om ook de farmacologische ondersteuning en middelen in de prestatie en prijs op te nemen. De patiënt kan dan voor de middelen terecht bij de apotheek. De apotheek declareert vervolgens bij de zorgverzekeraar.

Als de huisarts wel een integrale prestatie aanbiedt, dan kan deze:

- zelf farmacotherapeutische middelen inkopen en verstrekken aan de patiënt,
- de kosten van farmacotherapeutische middelen vergoeden aan de patiënt indien de patiënt kosten heeft gemaakt voor farmacologische ondersteuning,
- of de kosten voor farmacotherapeutische middelen vergoeden aan de apotheek. In dat laatste geval is er sprake van onderlinge dienstverlening. Zorgverzekeraars kopen Stoppen met Roken niet allemaal identiek in. Zie voor meer informatie de website van uw zorgverzekeraar.

Ketenzorg

Als het gaat om een patiënt die integraal bekostigde ketenzorg ontvangt, dan kan bij de zorggroep worden nagevraagd of Stoppen met Roken onderdeel uitmaakt van de afspraken tussen zorggroep en zorgverzekeraar.

2.2.7 Declareren van niet-nagekomen afspraken

Huisartsen kunnen zelf besluiten of ze in de praktijk een wegblijftarief willen hanteren. De hoogte van het tarief kan door de huisarts worden bepaald. Het dient vervolgens bij de patiënt zelf in rekening te worden gebracht. Wel dienen patiënten vooraf duidelijk te worden geïnformeerd. Zie verder de LHV-richtlijn voor niet-nagekomen afspraken in [hoofdstuk 7](#).



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

2.2.8 Declareren voor bijzondere groepen

Bij het declareren van zorg geleverd aan patiënten, is het uitgangspunt dat de declaratie elektronisch naar de zorgverzekeraar wordt gestuurd. Voor bepaalde patiënten gelden afwijkende regels of zijn aanvullende of afwijkende afspraken gemaakt. Deze patiënten vallen onder de zogenoemde bijzondere groepen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om onverzekerbare vreemdelingen, onverzekerden, gemoedsbezwaarden, militairen, patiënten die voor behandeling zijn opgenomen in een Wlz-instelling met een toelating voor behandeling, of patiënten die verblijven in een blijf-van-mijn-lijfhuis. Zie hoofdstuk 8 voor meer informatie over het declareren voor bijzondere groepen.



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

3 Prestaties en tarieven Segment 1

3.1 Inschrijftarieven

- 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 inschrijftarieven gelden per kwartaal.
- Ze kunnen in rekening worden gebracht voor bij de huisarts op de eerste dag van het kwartaal (de peildatum) ingeschreven (niet-) verzekerden.
- De inschrijftarieven voor patiënten woonachtig in een achterstandswijk kunnen in rekening worden gebracht als de patiënt woont in één van de wijken met postcodes zoals opgenomen in de NZa-tariefbeschikking (zie de tariefbeschikking op de LHV-website, <https://www.lhv.nl/uw-praktijk/financien/tarieven/tariefbeschikking-nza>).
- De inschrijftarieven mogen niet in rekening worden gebracht bij gemoedsbezwaarden als omschreven in Artikel 2.2b van de Zorgverzekeringswet.
- De prestatie mag alleen in rekening worden gebracht als de patiënt zich uit eigen beweging heeft ingeschreven bij de betreffende huisarts.

- Het tarief kan in rekening worden gebracht in aanvulling op de overige prestaties zoals in de tariefbeschikking beschreven, tenzij expliciet anders wordt vermeld.
- Voor declaratie van de inschrijftarieven is geen overeenkomst met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig.

3.2 Consulttarieven

- Om de consulttarieven te kunnen declareren, is geen overeenkomst nodig met de desbetreffende zorgverzekeraar (voor zover aanwezig).

3.2.1 Reguliere consulten

Consult

- Het consulttarief is een tarief per consult en is gebaseerd op een tijdseenheid. Het tarief is ongeacht het aantal gepresenteerde klachten, gestelde diagnoses etc.
- Als een patiëntencontact niet middels een andere prestatie kan worden gedeclareerd (bv. omdat de daarvoor benodigde overeenkomst met de zorgverzekeraar ontbreekt) dan kan voor dat contact één van de consulttarieven worden gedeclareerd.
- Het consulttarief van 20 minuten of langer kan in rekening worden gebracht als het zorginhoudelijke patiëntcontact 20 minuten of langer heeft geduurd.
- Kleine chirurgische ingrepen zijn in het consulttarief begrepen. Zie voor grotere chirurgische ingrepen de verrichting Chirurgie verderop in dit hoofdstuk.



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

- Het lezen en het maken van een ECG is in het consulttarief begrepen. Ter vergoeding van de kosten voor het maken van een ECG kan daarnaast het ECG-tarief in rekening worden gebracht. Zie hiervoor het ECG-tarief in het hoofdstuk Overige prestaties en tarieven.¹
- Het consulttarief kan ook in rekening worden gebracht voor zorgverlening zonder direct face-to-face-contact, bijvoorbeeld via internet. Voorwaarde is wel dat het contact zowel inhoudelijk als qua tijdsbesteding vergelijkbaar is met de zorgverlening die in een regulier consult wordt geboden. Als de zorgverlening qua tijdsbesteding beperkter is (bijvoorbeeld in het geval van e-mailwisseling) is de prestatie 'e-mailconsult' van toepassing. Aanvullende voorwaarde bij de declaratie van een consult zonder direct face-to-face-contact is dat voldaan wordt aan de voorwaarden die de beroepsgroep zelf heeft opgesteld in de KNMG-richtlijn 'online arts-patiënt contact' (<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/online-contact.htm>). Deze richtlijn stelt onder andere dat online advisering dient te zijn ingebed in een reeds bestaande behandelrelatie tussen arts en patiënt. 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.
- Als het patiëntcontact al in rekening wordt gebracht in het kader van een andere prestatie, mag daarvoor niet ook een consult worden gedeclareerd.

¹ Huisartsen die zelf een ECG maken, kunnen dit op verschillende manieren declareren. De eerste optie is het declareren van een consulttarief in combinatie met het ECG-kostentarief. Deze optie geldt voor het maken en het lezen van een ECG. De tweede optie is het declareren van het M&I-verrichtingentarief ECG-diagnostiek. Deze optie geldt voor het maken, interpreteren en bespreken met de patiënt van een ECG volgens de voorwaarden zoals die zijn beschreven in de M&I-verrichtingenlijst.

Visite

- Het visitetarief is een tarief per visite en is gebaseerd op een tijdseenheid. Het tarief is ongeacht het aantal gepresenteerde klachten, gestelde diagnoses etc.
- Het visitetarief van 20 minuten of langer kan in rekening worden gebracht als het zorginhoudelijke patiëntcontact 20 minuten of langer heeft geduurd. De reistijd is dus niet bepalend.

Telefonisch consult

- Telefonische consulten kunnen alleen in rekening worden gebracht als ze dienen ter vervanging van een spreekuurconsult.
- Als een patiënt een medische hulpvraag stelt en deze wordt professioneel beantwoord, dan is het een declarabel contact (ook indien de vraag door een assistente wordt beantwoord).

Herhaalrecept

- Het aparte tarief voor een herhaalrecept is per 1 januari 2010 komen te vervallen. De vergoeding voor het uitschrijven van herhaalrecepten is vanaf die datum opgenomen in de inschrijftarieven.
- Voor het uitschrijven van een herhaalrecept kan sinds 1 januari 2010 dus geen apart tarief meer worden gedeclareerd.
- Net als vóór 1 januari 2010 geldt wel dat als een herhaalrecept tijdens een (telefonisch) consult wordt uitgeschreven, dat dan een (telefonisch) consult kan worden gedeclareerd.



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

Vaccinatie

- Een vaccinatie tijdens een consult of een visite kan niet extra in rekening worden gebracht.
- De tarieven zijn exclusief de kosten van de door de huisarts verstrekte entstoffen.
- De kosten van de entstof kunnen voor de door de huisarts voor deze entstof werkelijk betaalde prijs worden doorberekend.

E-mailconsult

- Het e-mailconsult kan alleen in rekening worden gebracht als het dient ter vervanging van een spreekuurconsult.
- Aanvullende voorwaarde bij de declaratie van een consult zonder direct face-to-face-contact is dat voldaan wordt aan de voorwaarden die de beroepsgroep zelf heeft opgesteld in de KNMG-richtlijn 'online arts-patiënt contact' (<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/online-contact.htm>). Deze richtlijn stelt onder andere dat online advisering dient te zijn ingebed in een reeds bestaande behandelrelatie tussen arts en patiënt. 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.

Entstoffen in verband met vaccinatie

- De kosten van de entstof kunnen voor de door de huisarts voor deze entstof werkelijk betaalde prijs worden doorberekend.

Laboratoriumkosten

- De aan de huisarts in rekening gebrachte laboratoriumkosten kunnen voor hetzelfde bedrag door de huisarts worden doorberekend.
- Zie voor zelfgemaakte laboratoriumkosten ook de regeling voor verbruiksmaterialen.

3.2.2 Passanten

- Zie ook onder 'Reguliere consulten'.
- De tarieven voor de incidentele en acute hulpverlening kunnen door de huisarts in rekening worden gebracht voor incidentele en acute zorg op werkdagen overdag aan niet-ingeschreven patiënten.
- De patiënt mag niet wonen in de vestigingsgemeente van de huisarts (de gemeente waarin de praktijk van de huisarts is gevestigd).
- Indien niet aan de bovenstaande voorwaarden wordt voldaan, kunnen voor een consult de reguliere consulttarieven in rekening worden gebracht.
- Voor in Nederland verzekerde patiënten kunnen de declaraties gewoon digitaal via Vecozo worden gedeclareerd.

3.2.3 Militairen

- Zie ook onder 'Reguliere consulten'.
- Militairen in actieve dienst (ook wel 'werkelijke dienst' genoemd) maken voor zorg in principe gebruik van de Militair Geneeskundige Dienst (MGD). In incidentele en acute situaties mag gebruik worden gemaakt van reguliere huisartsenzorg. Voor deze hulp gelden sinds 1 januari 2006 aparte tarieven met aparte Vektis-codes. De declaraties kunnen via VECOZO bij de Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht (SZVK/Univé) worden gedeclareerd.



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

3.2.4 Gemoedsbezwaarden

- Gemoedsbezwaarden zijn patiënten die vanuit hun levensovertuiging bezwaren hebben tegen elke vorm van verzekering (gemoedsbezwaarden). Ze zijn dus om principiële redenen niet bij een zorgverzekeraar verzekerd en kunnen bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB) een ontheffing aanvragen voor de verzekeringsplicht voor de Wlz. Een persoon die gemoedsbezwaard is voor de Wlz is tevens uitgesloten van de verzekeringsplicht voor de Zorgverzekeringswet.
- De tarieven voor hulpverlening aan gemoedsbezwaarden als omschreven in artikel 2.2b van de Zorgverzekeringswet kunnen door de huisarts in rekening worden gebracht op werkdagen overdag.
- De rekening gaat rechtstreeks naar de patiënt. Die betaalt vervolgens de rekening zelf aan de huisarts.
- Zie ook onder '[Reguliere consulten](#)'.

3.3 Verrichtingentarieven

- In segment 1 kunnen twee categorieën verrichtingentarieven worden onderscheiden:
 - Verrichtingen waarvoor een consult van 20 minuten of langer of een visite van 20 minuten of langer kan worden gedeclareerd²;
 - Overige S1-verrichtingen met een eigen verrichtingentariaf.

3.3.1 Verrichtingen consulttarief/visitetarief 20 minuten of langer

- Voor de volgende verrichtingen kan een consulttarief 20 minuten of langer worden gedeclareerd, ongeacht de werkelijke duur van het consult:
 - Postoperatief consult in de praktijk;
 - Verrichting ter vervanging van een specialistenbezoek;
 - Trombosebeen;
 - Varices sclerosering;
 - Aanmeten en plaatsen pessarium.
- Voor een postoperatief consult thuis kan een visitetarief 20 minuten of langer worden gedeclareerd, ongeacht de werkelijke duur van het consult.
- Voor declaratie van deze verrichtingen is geen overeenkomst met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig.
- Bij gemoedsbezwaarden kan voor de bovenstaande verrichtingen het tarief voor gemoedsbezwaarden voor een consult van 20 minuten of langer of voor een visite van 20 minuten of langer in rekening worden gebracht.

3.3.2 Overige S1-verrichtingen

3.3.2.1 Chirurgie

- Voor declaratie van deze verrichting is geen overeenkomst met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig.
- Bij gemoedsbezwaarden geldt dat de huisarts een afspraak moet maken met de patiënt.

² Daarnaast is een deel van de vergoeding voor deze verrichtingen opgenomen in de inschrijftarieven.



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

- 'Chirurgie' betreft chirurgische ingrepen ter vervanging van behandeling in de 2e lijn, zoals:
 - excisie van een atheroom, lipoom, fibroom, chalazion, naevus/multiple naevi;
 - huidbiopt (stans), electrochirurgie;
 - complexe (uitgebreide) wondbehandeling met hechten;
 - Barron-ligatie;
 - chirurgische decubitusbehandeling;
 - nagelchirurgie bijvoorbeeld nagelextractie respectievelijk nagelbedexcisie;
 - incideren van abces of van vers getromboseerd hemorrhoid, incisie periaanaal abces/sinus pilonidalis;
 - ascitespunctie;
 - verdenking melanoom, basaalcelcarcinoom, plaveiselcelcarcinoom, overige maligniteiten huid;
 - hechten grotere/lelijke complexe wonden;
 - frenulumplastiek;
 - behandeling van multipole condylomata acuminata met electrocoagulatie-apparaat.
- Het verwijderen van wratten of mollusca valt niet onder 'Chirurgie'. Dat valt onder de reguliere consulttarieven.
- De prestatie is inclusief (hecht)materiaal, verwijderen hechtingen en nabehandeling.
- Als er ook sprake is van andere klachten die los staan van deze prestatie, dan mag daarvoor een regulier consulttarief in rekening worden gebracht.

3.3.2.2 Intensieve zorg, dag en ANW

- Voor declaratie van deze verrichtingen is geen overeenkomst met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig.
- Bij gemoedsbezwaarden geldt dat de huisarts een afspraak moet maken met de patiënt.
- 'Intensieve zorg' betreft het verlenen van intensieve zorg aan:
 - terminale patiënten;
 - 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. Het gaat om:
 - 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.
 - De bovenstaande zorgprofielen hebben de vroegere ZZP's vervangen (zie de [tabel op pagina 17](#)).



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

Tabel: **Overzicht Zorgprofielen vertaald naar voormalige ZZP's**

Zorgprofiel Sector Verpleging en Verzorging (VV)	ZZP AWBZ
VV Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	5
VV Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	6
VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding	7
VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging	8
VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging	9b
VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	10

- Indien de visite aanvangt tijdens ANW-uren, dan mag de prestatie 'Intensieve zorg, ANW' in rekening worden gebracht.
- Deze verrichtingen kunnen niet worden gedeclareerd indien de visite is geleverd tijdens een dienstuur op de huisartsenpost.
- In de overeenkomst met de zorgverzekeraar kan een maximum zijn opgenomen voor de periode of het aantal keren dat deze verrichting mag worden gedeclareerd.

3.3.2.3 Eerstelijns verblijf, dag en ANW

- Het betreft huisartsenzorg aan patiënten in een eerstelijns verblijf (ELV).
- Het gaat om een prestatie per visite.
- Deze verrichtingen kunnen niet worden gedeclareerd indien de visite is geleverd tijdens een dienstuur op de huisartsenpost.
- De ELV-tarieven vervangen de reguliere visitetarieven indien een patiënt in een ELV verblijft. Voor overige prestaties geleverd aan een patiënt in een ELV, kunnen gewoon de bijbehorende tarieven worden gedeclareerd (zoals intensieve zorg, M&I-verrichtingen etc.).

3.3.2.4 Compressietherapie bij ulcus cruris

- Voor declaratie van deze verrichting is geen overeenkomst met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig.
- Bij gemoedsbezwaarden geldt dat de huisarts een afspraak moet maken met de patiënt.
- 'Compressietherapie bij ulcus cruris' betreft het behandelen van een patiënt met ulcus cruris met behulp van compressietherapie, met de volgende voorwaarden:
 - indicatie conform NHG-standaard M16;
 - de patiënt is niet onder behandeling van een medisch specialist
 - Het maken van afspraken met de gespecialiseerde zorgaanbieder (bijvoorbeeld de wondverpleegkundige) over consulteren en door- en terugverwijzen, valt onder de prestatie.
- Als er ook sprake is van andere klachten die los staan van deze prestatie, dan mag daarvoor een regulier consult- of visitetarief in rekening worden gebracht.



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

3.3.2.5 Oogboring

- Voor declaratie van deze verrichting is geen overeenkomst met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig.
- Bij gemoedsbezwaarden geldt dat de huisarts een afspraak moet maken met de patiënt.
- 'Oogboring' betreft het verwijderen van een corpus alienum uit het oog.
- Als er ook sprake is van andere klachten die los staan van deze prestatie, dan mag daarvoor een regulier consulttarief in rekening worden gebracht.

3.3.2.6 Therapeutische injectie (Cyriax)

- Voor declaratie van deze verrichting is geen overeenkomst met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig.
- Bij gemoedsbezwaarden geldt dat de huisarts een afspraak moet maken met de patiënt.
- Therapeutische injectie (Cyriax) betreft een injectie met corticosteroiden of lokaal anestheticum in gewrichten, op peesaanhechtingen of bursa volgens principe van Cyriax.
- Als er ook sprake is van andere klachten die los staan van deze prestatie, dan mag daarvoor een regulier consulttarief in rekening worden gebracht.

3.3.2.7 IUD aanbrengen / implanteren of verwijderen etonogestrel implantatiestaafje

- Voor declaratie van deze verrichting is geen overeenkomst met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig.

- Bij gemoedsbezwaarden geldt dat de huisarts een afspraak moet maken met de patiënt.
- Deze prestatie betreft het inbrengen van een spiraaltje, of het inbrengen of verwijderen van een etonogestrel implantatiestaafje vanwege anticonceptie.
- Als er ook sprake is van andere klachten die los staan van deze prestatie, dan mag daarvoor een regulier consulttarief in rekening worden gebracht.

3.4 Tarieven praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ)

3.4.1 POH-GGZ

- De POH-GGZ heeft eigen tarieven: een moduletarium POH-GGZ en een aantal consulttarieven POH-GGZ.
- Voor het declareren ervan bestaan verschillende opties:
 - De POH-GGZ is in dienst van de huisarts: de huisarts declareert bij de zorgverzekeraar;
 - De POH-GGZ is in dienst van een derde partij:
 - De huisarts declareert bij de zorgverzekeraar en betaalt de derde partij een vergoeding;
 - De derde partij declareert bij de zorgverzekeraar en betaalt de huisarts een vergoeding.



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

Module POH-GGZ

- De moduletarieven gelden per kwartaal.
- Ze kunnen in rekening worden gebracht voor bij de huisarts op de eerste dag van het kwartaal (de peildatum) ingeschreven patiënten. Bepalend is dus de status op de peildatum en niet de status op de datum van declareren.
- Het moduletariaf dient als vergoeding voor de inzet van POH-GGZ en eventueel voor e-health en/of externe consultatie.
- Voor het declareren van het moduletariaf voor POH-GGZ is niet langer een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig.
- Het moduletariaf POH-GGZ is per 1 januari 2017 gebaseerd op 1/3 fte POH-GGZ per 2.350 patiënten. Aanvullende vergoedingen voor POH-GGZ kunnen worden overeengekomen in segment 3.
- Huisartsen die het moduletariaf in rekening brengen zonder overeenkomst met de zorgverzekeraar, dienen de hoogte van het moduletariaf zelf te berekenen. De hoogte hangt af van het aantal ingeschreven patiënten, het aantal uren POH-GGZ en eventuele kosten voor e-health en/of externe consultatie. Zie voor de berekeningswijze de rekenvoorbeelden in de NZa-tariefbeschikking (<https://www.lhv.nl/uw-praktijk/financien/tarieven/tariefbeschikking-nza>) of het rekenmodel op de LHV-website <https://www.lhv.nl/service/rekenhulp-poh-ggz-zonder-contract-met-zorgverzekeraar>

Consulttarieven POH-GGZ

- Zie, voor zover relevant, ook de opmerkingen onder de reguliere consulttarieven.
- Het groepsconsult POH-GGZ mag ongeacht de duur van het groepsconsult per consult één keer in rekening worden gebracht bij de zorgverzekeraar(s) van de deelnemers aan het groepsconsult.

- Voor het declareren van de consulttarieven voor POH-GGZ is niet langer een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig.

E-health en consultatieve raadpleging

- Het moduletariaf POH-GGZ kan ook worden gebruikt om kosten voor e-health en/of externe consultatie te dekken.
- De huisarts maakt een afspraak met de te consulteren zorgaanbieder over de wijze van betalen en de hoogte van het tarief. Het komt ook voor dat bijvoorbeeld de zorggroep die afspraken maakt.

Groepsconsult

- Vanaf 2014 bestaat er een apart tarief voor het groepsconsult. Dit tarief kan per deelnemer en per groepsconsult in rekening worden gebracht.
- Over eventuele meerkosten van groepsconsulten kunnen huisarts en zorgverzekeraar afspreken dat daarvoor via het moduletariaf een extra vergoeding wordt gegeven.

3.4.2 Onderlinge dienstverlening POH-GGZ

- Voor onderlinge dienstverlening gelden vrije tarieven.
- De NZa onderscheidt twee vormen van onderlinge dienstverlening:
 - Bij betalingen tussen huisarts en derde partij (als de POH-GGZ in loondienst is bij deze derde partij);
 - Bij betaling door de huisarts van een andere zorgaanbieder voor consultatie.



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

4 Prestaties en tarieven Segment 2

4.1 Declareren van multidisciplinaire ketenzorg

Sinds 1 januari 2010 bestaat er een aparte bekostiging van enkele vormen van multidisciplinaire ketenzorg. Deelname aan deze regeling is voornamelijk niet verplicht. Als een huisarts voor deze zorgvormen een overeenkomst heeft met een ketenzorgorganisatie (een zorggroep), dan dient deze zorg te worden gedeclareerd bij de ketenzorgorganisatie. Deze zorg wordt dan dus niet rechtstreeks (bijvoorbeeld via consult-tarieven, het POH-moduletarief of M&I-tarieven) bij de zorgverzekeraar van de patiënt gedeclareerd. De tarieven voor deze ketenzorg zijn vrij en dienen tussen huisarts en ketenzorgorganisatie te worden overeengekomen. Als de zorgaanbieder van multidisciplinaire ketenzorg géén overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft, dan kan onder voorwaarden het door de NZa vastgestelde tarief worden gedeclareerd. Zie hiervoor de NZa-tariefbeschikking op <https://www.lhv.nl/uw-praktijk/financien/tarieven/tariefbeschikking-nza>.

4.2 Multidisciplinaire zorg DM2/VRM

- Hiervoor geldt een vrij tarief per geïnccludeerde patiënt per kwartaal.
- De tarieven worden overeengekomen met en gedeclareerd bij de zorggroep waarbij de huisarts is aangesloten.

4.3 Multidisciplinaire zorg COPD/Astma

- Hiervoor geldt een vrij tarief per geïnccludeerde patiënt per kwartaal.
- De tarieven worden overeengekomen met en gedeclareerd bij de zorggroep waarbij de huisarts is aangesloten.

4.4 Module geïntegreerde eerstelijnszorg

- Het betreft een vergoeding voor de kosten van personele inzet, organisatie en infrastructuur die nodig zijn voor structurele multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijnszorg.
- Hiervoor geldt een vrij tarief per ingeschreven verzekerde.
- Er is een overeenkomst met de zorgverzekeraar nodig.



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

5 Prestaties en tarieven Segment 3

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

5.1 Resultaatbeloning

- Bij resultaatbeloning worden verschillende deelprestaties onderscheiden:
 - Resultaatbeloning adequaat verwijzen en diagnostiek;
 - Resultaatbeloning doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen;
 - Resultaatbeloning service en bereikbaarheid;
 - Resultaatbeloning multidisciplinaire zorg;
 - Stimulering huisartsenzorg in krimpregio's;
 - Resultaatbeloning overig.
- Het gaat om vrije tarieven waarover een overeenkomst met de zorgverzekeraar moet worden gesloten.
- Voor de meeste deelprestaties gelden tarieven per verzekerde/patiënt. Voor de deelprestatie 'Resultaat overig' geldt deze beperking niet en zijn dus ook andere tariefsoorten mogelijk.

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.

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) en algemene indicatoren over het voorschrijven van multisource geneesmiddelen.

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.

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 Nederland.

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.



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

Resultaatbeloning overig

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

5.2 Zorgvernieuwing

- Bij zorgvernieuwing worden verschillende prestaties onderscheiden:
 - Zorgvernieuwing E-health;
 - Zorgvernieuwing Meekijkconsult;
 - Overige zorgvernieuwing.
- Het gaat om vrije tarieven waarover een overeenkomst met de zorgverzekeraar moet worden gesloten.

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.
- 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.

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.
- 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.

Overige zorgvernieuwing

- Deze prestatie biedt ruimte om lokale afspraken te maken over de vergoeding van overige vormen van zorgvernieuwing.
- 'Overige zorgvernieuwing' kan ook worden gebruikt om afspraken te maken over de inzet van POH-GGZ boven de 1/3 fte per normpraktijk (zie Segment 1) of over praktijkmanagement.



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

6 Overige prestaties en tarieven

6.1 ANW-verrichtingen in de HDS

- De uurtarieven en de eventuele opslagen worden betaald door de HDS.
- Voor de geldende voorwaarden wordt verwezen naar de HDS.

6.2 ANW-verrichtingen buiten de HDS

- De huisarts die niet participeert in een huisartsendienstenstructuur, kan de consulten/visites voor ANW-zorg zonder overeenkomst met de zorgverzekeraar in rekening brengen.
- Deze consulten/visites voor ANW-zorg kunnen ook in rekening worden gebracht indien de huisarts die niet participeert in een huisartsendienstenstructuur met de gemoedsbezwaarden in zijn/haar praktijk een overeenkomst heeft op basis waarvan de tarieven voor ANW-zorg in rekening kunnen worden gebracht.
- Kleine chirurgische ingrepen zijn in het consulttarief begrepen.
- Het lezen en het maken van een ECG is in het consulttarief begrepen. Zie echter ook het ECG-kostentarief in dit hoofdstuk en het M&I-verrichtingentarief ECG-diagnostiek (code 13005) in de verrichtingenlijst van de module Modernisering en Innovatie (M&I).
- Telefonische consulten kunnen niet in rekening worden gebracht, tenzij deze duidelijk dienen ter vervanging van een spreekuurconsult.
- Het aparte tarief voor een herhaalrecept is per 1 januari 2010 komen te vervallen. De vergoeding voor het uitschrijven van herhaalrecepten is vanaf die datum opgenomen in de inschrijftarieven.
- Een vaccinatie tijdens een consult of een visite kan niet extra in rekening worden gebracht.

- De tarieven zijn exclusief de kosten van de door de huisarts verstrekte entstoffen.
- De kosten van de entstof kunnen voor de door de huisarts voor deze entstof werkelijk betaalde prijs worden doorberekend.
- De aan de huisarts in rekening gebrachte laboratoriumkosten kunnen voor hetzelfde bedrag door de huisarts worden doorberekend.
- Het declareren van het tarief is tijdens bepaalde uren alleen toegestaan, indien vaststaat dat het tijdstip waarop de hulp is verleend de patiënt is aan te rekenen. Deze uren betreffen de tijdsperiode tussen 18.00 uur en 08.00 uur en op zaterdag en zondag tussen 08.00 en 18.00 uur, alsmede tussen 08.00 uur en 18.00 uur op algemeen erkende feestdagen of gelijkgestelde dagen in de zin van de Algemene Termijnenwet.

6.3 Informatieverzoek bedrijfsarts of verzekeringsarts

- De tarieven voor informatieverstrekking kunnen alleen in rekening worden gebracht indien de vragen schriftelijk zijn gesteld door een bedrijfsarts of verzekeringsarts.
- Voor een gevraagde toelichting/verduidelijking op de verstrekte informatie kan niets aanvullends in rekening worden gebracht.
- Het tarief kan alleen in rekening worden gebracht indien de vraag/de vragen gesteld is/zijn in het kader van de volgende wetgeving:
 - door of namens arbo-diensten in het kader van de Arbeidsomstandighedenwet 1998, het Burgerlijk Wetboek (BW), de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA), de Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten (Wet REA) en de op deze wetten gebaseerde lagere regelgeving;



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

- door of namens de Sociale Verzekeringsbank ter uitvoering van de Algemene nabestaandenwet (ANW), Algemene Kinderbijslagwet (AKW) en de op die wetten gebaseerde lagere regelgeving, alsmede van de Regeling tegemoetkoming onderhoudskosten thuiswonende gehandicapte kinderen 2000 (TOG 2000);
- door of namens de Uitvoering Werknemersverzekeringen (UWW), voorheen het landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv) of de uitvoeringsinstellingen bedoeld in art. 41 OSV 1997 ter uitvoering van:
 - artikel 7: 685 van Burgerlijk Wetboek
 - artikel 6 Buitengewoon Besluit Arbeidsverhoudingen
 - de Ziektewet (ZW),
 - de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA),
 - de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (WAZ),
 - de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (WAJONG),
 - de Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten (Wet REA),
 - de Tijdelijke wet beperking inkomensgevolgen arbeidsongeschiktheidscriteria (TWBIA),
 - de Toeslagenwet (TW),
 - de Werkloosheidswet (WW) en
 - de Organisatiewet sociale verzekeringen (OSV 1997), alsmede van de op al deze wetten gebaseerde lagere regelgeving.

6.4 Uitstrijkjes

- Dit tarief kan in rekening worden gebracht voor het in het kader van het preventief bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker afgenomen zogenoemde uitstrijkje ten behoeve van de vrouwelijke verzekerde.
- Het tarief dient bij de screeningsorganisatie in rekening te worden gebracht.

6.5 Keuringen en onderzoek

- De tarieven worden gedeclareerd bij de patiënt of bij de aanvragende organisatie.

6.6 Verbruiksmaterialen

- De navolgende verbruiksmaterialen (limitatieve lijst) kunnen additioneel op basis van de werkelijk gemaakte kosten in rekening worden gebracht.
- Het betreft de materiaalkosten van:
 - atraumatisch hechtmateriaal, waaronder lijmen;
 - tapemateriaal ten behoeve van enkeldistorsies;
 - zwangerschapsreactie (planotest en dergelijke);
 - diptslides (urinewegsinfecties);
 - teststrips bloedsuikerbepaling diabetespatiënten (waaronder eyetone-teststrips);
 - vloeibaar stikstof of histofreezer;
 - blaaskatheter;
 - CRP-sneltest cassette(s).



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

6.7 Kostenvergoedingen

6.7.1 ECG-tarief

- Het lezen en het maken van een ECG is in het consulttarief begrepen.
- Het ECG-tarief is een vergoeding van de kosten voor het maken van een ECG.
- Dit tarief kan onder bepaalde voorwaarden, waaronder een overeenkomst met de betreffende zorgverzekeraar, in rekening worden gebracht.
- Zie voor het maken, interpreteren en bespreken met de patiënt het verrichtingentarief ECG-diagnostiek in de verrichtingenlijst van de module Modernisering en Innovatie (M&I).

6.7.2 Kosten entstoffen en laboratoriumkosten

- De werkelijk gemaakte kosten kunnen bij de zorgverzekeraar in rekening worden gebracht.

6.8 SCEN

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

- Het tarief wordt door de geconsulteerde huisarts, die staat ingeschreven in een specifiek SCEN-register, in rekening gebracht.
- Het mag worden gedeclareerd als het gaat om een niet bij de huisarts (SCEN-arts) ingeschreven patiënt en om een verzoek van diens behandelend arts.

6.9 Huisartsenzorg voor asielzoekers in de centrale opvang

- Voor asielzoekers in de Centrale Opvang (bijvoorbeeld in een asielzoekerscentrum of in de aanvullende opvang) geldt een abonnementstarief per plaats.
- Asielzoekers buiten de Centrale Opvang kunnen als passant worden beschouwd.

6.10 Module achterstandsfonds

- Naast het hogere inschrijftarief voor patiënten woonachtig in een achterstandswijk, bestaat er een module achterstandsfonds. Dit moduletarief is de vergoeding voor het achterstandsfonds, waaruit specifieke projecten kunnen worden gefinancierd.
- Voor deze module is niet langer een overeenkomst met de zorgverzekeraar nodig.
- Deze module zal doorgaans niet aan de huisarts worden betaald, maar rechtstreeks aan het achterstandsfonds.

6.11 M&I-verrichtingen ten laste van de basisverzekering Zvw

- Voor het declareren van de onderstaande M&I-verrichtingen bestaan er twee mogelijkheden:
 - De huisarts heeft wel een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de patiënt: er gelden vrije tarieven waarover huisarts en zorgverzekeraar een afspraak kunnen maken;



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

- De huisarts heeft geen overeenkomst met de zorgverzekeraar van de patiënt: voor de meeste M&I-verrichtingen geldt een door de NZa vastgesteld maximumtarief. Verrichtingen waarvoor de NZa geen tarief heeft vastgesteld, kunnen niet worden gedeclareerd.
- M&I-verrichtingen geleverd aan gemoedsbezwaarden kunnen bij de patiënt in rekening worden gebracht nadat hierover een afspraak is gemaakt met de patiënt.
- Over de M&I-verrichtingen staat in de NZa-tariefbeschikking dat voor deze hulp naast de daarvoor vastgestelde prestaties geen andere verrichtingentarieven in rekening kunnen worden gebracht. De reden hiervoor is dat ervan wordt uitgegaan dat het om volwaardige tarieven gaat, dus inclusief de consultduur. Als een patiënt de huisartspraktijk bezoekt voor een M&I-verrichting, dan mag daarvoor alleen het met de zorgverzekeraar overeengekomen M&I-tarief worden gedeclareerd. Het consult behorende bij de M&I-verrichting is onderdeel van het M&I-verrichtingentarief.
- Toch is declaratie van een consulttarief en een M&I-tarief tijdens hetzelfde consult in bepaalde gevallen mogelijk. De patiënt kan behalve voor een M&I-verrichting ook vanwege andere klachten de praktijk bezoeken. In dat geval gaat het niet om hulp in het kader van Modernisering en Innovatie en is het M&I-verrichtingentarief niet van toepassing.
- Veel M&I-verrichtingen zullen voornamelijk door de huisarts worden gedaan. Een aantal M&I-verrichtingen zal misschien onder verantwoordelijkheid van de huisarts worden gedelegeerd aan de assistente of de praktijkondersteuner. Voor de gedelegeerde M&I-verrichtingen gelden dezelfde tarieven met dezelfde Vektis-codes als voor de huisarts.

6.11.1 Audiometrie

- Objectiveren van subjectief verminderd gehoor en bepaling van de mate van slechthorendheid met behulp van audiometer in eigen beheer.
- Het betreft een prestatie per verrichting.
- Handelingen beschreven in NHG-standaard M61.
- Bij overeenkomst met de zorgverzekeraar over deze prestatie geldt een vrij tarief. Als er geen overeenkomst met de zorgverzekeraar over is afgesloten, dan geldt een door de NZa vastgesteld maximumtarief.

6.11.2 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.
- Bij overeenkomst met de zorgverzekeraar over deze prestatie geldt een vrij tarief. Als er geen overeenkomst met de zorgverzekeraar over is afgesloten, dan geldt een door de NZa vastgesteld maximumtarief.

6.11.3 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.



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

- Bij overeenkomst met de zorgverzekeraar over deze prestatie geldt een vrij tarief. Als er geen overeenkomst met de zorgverzekeraar over is afgesloten, dan geldt een door de NZa vastgesteld maximumtarief.

6.11.4 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.
- Bij overeenkomst met de zorgverzekeraar over deze prestatie geldt een vrij tarief. Als er geen overeenkomst met de zorgverzekeraar over is afgesloten, dan geldt een door de NZa vastgesteld maximumtarief.

6.11.5 ECG-diagnostiek (ECG maken, interpreteren en bespreken met patiënt)

- Handelingen beschreven in Elektrocardiografie in de huisartsenpraktijk (NHG-Bouwsteen voor de praktijkvoering, volume 1).
- Het betreft een prestatie per diagnose.
- Prestatie is inclusief verbruiksmateriaal.
- Bij overeenkomst met de zorgverzekeraar over deze prestatie geldt een vrij tarief. Als er geen overeenkomst met de zorgverzekeraar over is afgesloten, dan geldt een door de NZa vastgesteld maximumtarief.

6.11.6 Spleetlamponderzoek

- Diagnostiek en controle van een aantal oogheelkundige aandoeningen, met behulp van spleetlamp in eigen beheer.
- Het betreft een prestatie per onderzoek.

- Bij overeenkomst met de zorgverzekeraar over deze prestatie geldt een vrij tarief. Als er geen overeenkomst met de zorgverzekeraar over is afgesloten, dan geldt een door de NZa vastgesteld maximumtarief.

6.11.7 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)
- Bij overeenkomst met de zorgverzekeraar over deze prestatie geldt een vrij tarief. Als er geen overeenkomst met de zorgverzekeraar over is afgesloten, dan geldt een door de NZa vastgesteld maximumtarief.

6.11.8 Bloeddrukmeting gedurende 24 uur, hypertensiemeting

- In eigen beheer instrueren van de 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.
- Bij overeenkomst met de zorgverzekeraar over deze prestatie geldt een vrij tarief. Als er geen overeenkomst met de zorgverzekeraar over is afgesloten, dan geldt een door de NZa vastgesteld maximumtarief.



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

6.11.9 Teledermatologie

- Het betreft een prestatie per verrichting.
- Vervaardigen, beveiligd verzenden en opslaan alsmede het laten beoordelen door dermatoloog op afstand van door de huisarts gemaakte digitale beelden van huidafwijkingen ter mogelijke vervanging van verwijzing naar de 2^e lijn van een dermatologisch probleem waarbij specialistische beoordeling en/of advies noodzakelijk is. Eventuele consulten in verband met de (na) behandeling op basis van advies dermatoloog kunnen separaat gedeclareerd worden.
- Het betreft een tarief per verrichting. Kan niet in rekening worden gebracht indien inspanning huisarts als onderdeel van een andere prestatie reeds wordt vergoed.
- Deze prestatie is inclusief:
 - gebruikmaking van adequate apparatuur, beveiligde verbinding en digitale opslag van informatie;
 - geprotocolleerde rapportage door dermatoloog.
- Bij overeenkomst met de zorgverzekeraar over deze prestatie geldt een vrij tarief. Als er geen overeenkomst met de zorgverzekeraar over is afgesloten, dan geldt een door de NZa vastgesteld maximumtarief.

6.11.10 Cognitieve functietest (MMSE)

- Onderzoek naar dementie door afname van MMSE-test.
- Het betreft een prestatie per verrichting.
- Handelingen beschreven in NHG-standaard M21.
- Bij overeenkomst met de zorgverzekeraar over deze prestatie geldt een vrij tarief. Als er geen overeenkomst met de zorgverzekeraar over is afgesloten, dan geldt een door de NZa vastgesteld maximumtarief.

6.11.11 Hartritmestoornissen

- Diagnostiek met behulp van holterfoon via de huisartsenpraktijk van ritmestoornissen, ter vervanging van verwijzing naar de 2e lijn waarbij specialistische beoordeling en/of advies noodzakelijk is.
- Het betreft een prestatie per verrichting.
- Bij overeenkomst met de zorgverzekeraar over deze prestatie geldt een vrij tarief. Als er geen overeenkomst met de zorgverzekeraar over is afgesloten, dan geldt een door de NZa vastgesteld maximumtarief.

6.11.12 MRSA-screening

- Afname kweekmateriaal ten behoeve van diagnostiek MRSA.
- Het betreft een prestatie per verrichting.
- Bij overeenkomst met de zorgverzekeraar over deze prestatie geldt een vrij tarief. Als er geen overeenkomst met de zorgverzekeraar over is afgesloten, dan geldt een door de NZa vastgesteld maximumtarief.

6.11.13 Diabetes: begeleiding per jaar

- Het betreft een prestatie per controle.
- Deze prestatie mag alleen worden gedeclareerd als er een overeenkomst over is gesloten met de zorgverzekeraar van de patiënt.

6.11.14 Diabetes: instellen op insuline

- Het betreft een prestatie per verrichting.
- Deze prestatie mag alleen worden gedeclareerd als er een overeenkomst over is gesloten met de zorgverzekeraar van de patiënt.



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

6.11.15 COPD: gestructureerde zorg per jaar

- Het betreft een prestatie per controle.
- Deze prestatie mag alleen worden gedeclareerd als er een overeenkomst over is gesloten met de zorgverzekeraar van de patiënt.

6.11.16 Palliatieve consultatie, visite

- Consultatievisite door een opgeleide palliatieve huisartsconsulent op verzoek van huisarts.
- Het betreft een prestatie per visite, inclusief bestudering casus.
- Bij overeenkomst met de zorgverzekeraar over deze prestatie geldt een vrij tarief. Als er geen overeenkomst met de zorgverzekeraar over is afgesloten, dan geldt een door de NZa vastgesteld maximumtarief.

6.11.17 Palliatieve consultatie, telefonisch

- Telefonische consultatie door een opgeleide palliatieve huisartsconsulent op verzoek van huisarts.
- Het betreft een prestatie per telefonisch consult.
- Bij overeenkomst met de zorgverzekeraar over deze prestatie geldt een vrij tarief. Als er geen overeenkomst met de zorgverzekeraar over is afgesloten, dan geldt een door de NZa vastgesteld maximumtarief.

6.11.18 Euthanasie

- Verlenen van euthanasie.
- Het betreft een prestatie per euthanasieverlening.
- Handelingen beschreven in SCEN regels.
- Bij overeenkomst met de zorgverzekeraar over deze prestatie geldt een vrij tarief. Als er geen overeenkomst met de zorgverzekeraar over is afgesloten, dan geldt een door de NZa vastgesteld maximumtarief.

6.11.19 Gestructureerde huisartsenzorg in het verzorgingshuis

- Het betreft een prestatie per prestatie per bewoner in het verzorgingshuis.
- Deze prestatie mag alleen worden gedeclareerd als er een overeenkomst over is gesloten met de zorgverzekeraar van de patiënt.

6.11.20 Gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang

- Het betreft een prestatie per prestatie per bewoner in de maatschappelijke opvang.
- Deze prestatie mag alleen worden gedeclareerd als er een overeenkomst over is gesloten met de zorgverzekeraar van de patiënt.

6.11.21 Module abdominale echografie

- Het uitvoeren en interpreteren van abdominale echografie in eigen beheer ter voorkoming van onnodige verwijzing naar de tweede lijn.
- Bij verwijzing naar de specialist na het onderzoek is het beschikbaar stellen van diagnostische materiaal ten behoeve van de vervolgbehandeling onderdeel van de prestatie.
- Het betreft de volgende indicaties:
 - aorta: herkennen aneurysmata;
 - lever: tumoren, metastasen;
 - galblaas: stenen, stuwing;
 - nieren: stuwing, concrementen, cysten, tumoren;
 - uterus: myomen, positie IUD, endometriumdikte;
 - ovaria: cysten;
 - blaas: urineretentie, concrementen.



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

- Het betreft uitdrukkelijk niet de echo bij zwangerschap.
- Bij overeenkomst met de zorgverzekeraar over deze prestatie geldt een vrij tarief. Als er geen overeenkomst met de zorgverzekeraar over is afgesloten, dan geldt een door de NZa vastgesteld maximumtarief.

6.12 M&I-verrichtingen niet ten laste van de basisverzekering Zvw

- Het betreft vrije tarieven waarover een afspraak moet worden gemaakt met de patiënt.
- Deze M&I-verrichtingen mogen in rekening worden gebracht zonder contract met de zorgverzekeraar.
- Ze kunnen bij de patiënt in rekening worden gebracht, tenzij hierover andere afspraken zijn gemaakt met de zorgverzekeraar van de patiënt.
- M&I-verrichtingen geleverd aan gemoedsbezwaarden kunnen bij de patiënt in rekening worden gebracht nadat hierover een afspraak is gemaakt met de patiënt.

6.12.1 Chirurgie in geval van cosmetiek

- Het betreft een prestatie per verrichting, inclusief materiaal en verwijderen van de hechtingen.

6.12.2 Varices sclerosering in geval van cosmetiek

- Behandeling van spataderen in geval van cosmetiek door middel van sclerosering na diagnostiek met behulp van Doppler.
- Het betreft een prestatie per verrichting.

6.12.3 Reizigersadvisering

- Gestandaardiseerd consult aan de hand van een vragenlijst en advies ten aanzien van preventieve vaccinaties en het geven van vaccinaties.
- De prestatie betreft het advies plus injecties, maar exclusief het vaccin.

6.12.4 Sterilisatie man

- Gestandaardiseerde ingreep inclusief preoperatief onderzoek en postoperatief spermaonderzoek.
- Het betreft een prestatie voor de volledige behandeling, inclusief nacontroles, en minimaal 3 keer spermaonderzoek.

6.12.5 Besnijdenis

- Gestandaardiseerde ingreep.
- Het betreft een prestatie per ingreep, inclusief een nacontrole.



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

7 LHV-richtlijn voor niet-nagekomen afspraken

Het is voor een huisartspraktijk vervelend als een patiënt niet op een afspraak verschijnt. Het betekent tijdverlies en omzetsderving voor de huisarts. Bovendien is het erg vervelend dat er op dat moment niet iemand anders kon worden geholpen. Om het aantal niet-nagekomen afspraken terug te dringen en om de misgelopen inkomsten te compenseren, kunnen huisartspraktijken een wegblijftarief hanteren.

De NZa heeft in 2008 besloten dat een niet-nagekomen afspraak niet langer als een zorgprestatie wordt gezien. Dit betekent dat de NZa hiervoor geen tarieven meer vaststelt. Huisartsen kunnen zelf besluiten of ze in de praktijk een wegblijftarief willen hanteren. Ook kunnen huisartsen zelf de hoogte van het tarief bepalen. Wel dienen patiënten hierover duidelijk te worden geïnformeerd.

De LHV heeft onderstaande richtlijn voor het gebruik van een wegblijftarief bij niet-nagekomen afspraken opgesteld.

Gebruik van een wegblijftarief

Huisartspraktijken kunnen dus zelf bepalen of ze een wegblijftarief willen hanteren. Hieronder volgen enkele tips:

- Breng het wegblijftarief in rekening bij de patiënt zelf en niet bij de zorgverzekeraar. Ten eerste zal de zorgverzekeraar dit niet uitbetalen, omdat het geen bestaand tarief is (ook zonder Vektis-code) en er geen zorg is geleverd. Ten tweede werkt het terugdringen van niet-nagekomen afspraken alleen als de patiënt ook zelf de (financiële) consequenties ervaart van het niet verschijnen.
- Stel duidelijke regels op over het maken van een afspraak en het (niet) nakomen hiervan door de patiënt. Dit kan narigheid voorkomen in het geval dat u een wegblijftarief in rekening brengt bij de patiënt. Denk hierbij onder andere aan:
 - een minimale afzegtermijn voor de afspraak, bv. 24 uur van tevoren, anders kan er een wegblijftarief in rekening worden gebracht;
 - de hoogte van het wegblijftarief.
- Informeer uw patiënten van tevoren over deze regels, bv. via een poster in de wachtkamer, de website van de praktijk, in patiëntenbrieven en, met name in het begin, mondeling bij het maken van de afspraken.
- Overweeg om de eerste keer dat een patiënt een afspraak niet (tijdig) afzegt de assistente te laten nabellen of een briefje te sturen. Op die manier wordt de patiënt nog een keer voorgelicht over het beleid van de praktijk. Als die patiënt daarna nog een keer niet (tijdig) afzegt en een tarief in rekening wordt gebracht, dan was de patiënt in ieder geval op de hoogte van het beleid.



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

- Bedenk dat een wegblijftarief een middel is om het aantal niet-nagekomen afspraken terug te dringen. Overweeg altijd de reden waarom de patiënt niet is komen opdagen. Een wegblijftarief mag gerekend worden, maar het hoeft niet.
- Om de administratieve lasten van het wegblijftarief zo veel mogelijk te reduceren, is het aan te bevelen om het tarief in rekening te brengen bij het volgende bezoek aan de praktijk. De patiënt kan dan bij de assistente betalen, het tarief kan dan in het kasboek worden bijgeschreven en de patiënt krijgt een kwitantie. De nota kan natuurlijk ook per post worden gestuurd.

Hoogte van het tarief

De hoogte van het tarief kan door de huisartspraktijk zelf worden bepaald. Er zijn meerdere manieren om tot een tarief te komen:

- Eenzelfde tarief voor alle niet-nagekomen afspraken.
Een eerste manier is om een vast wegblijftarief hanteren, dus onafhankelijk van de afspraak waarvoor de patiënt naar de praktijk had zullen komen (regulier consult, M&I-verrichting, etc.). Dit draagt bij aan de helderheid voor de patiënten en voorkomt verwarring. Ook zal niet altijd van tevoren bekend zijn welk tarief in rekening zou zijn gebracht als de patiënt wel was verschenen. Nadeel van deze manier is dat het tarief mogelijk minder overeenkomt met de gederfde omzet.

- Een tarief op basis van de afspraak waarvoor de patiënt had moeten komen.

Een tweede manier is om uit te gaan van het tarief dat waarschijnlijk zou zijn gedeclareerd als de patiënt wel was verschenen. Zo kan dan bijvoorbeeld voor een regulier consult het NZa-tarief van € 9,59 in rekening worden gebracht, plus de gebruikelijke 15% buitengerechtelijke incassokosten. Het wegblijftarief zou daarmee komen op circa € 11,03. Voor M&I-verrichtingen zal het wegblijftarief dan een stuk hoger liggen. Deze manier is minder goed uit te leggen aan de patiënt, maar doet wel meer recht aan de omzetsderving voor de praktijk.

Btw?

Het wegblijftarief is btw-vrij. Als u duidelijk aangeeft dat u het wegblijftarief rekent als schadevergoeding voor het niet verschijnen van de patiënt, dan bent u niet btw-plichtig over het wegblijftarief. Maak dus duidelijk bij het op de hoogte stellen van patiënten (bij inschrijving van nieuwe patiënten, via een praktijkfolder, poster in de wachtkamer, website van de praktijk) dat het om een schadevergoeding gaat.



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

8 Declareren voor bijzondere groepen

Bij het declareren van zorg geleverd aan patiënten is het uitgangspunt dat de declaratie elektronisch naar de zorgverzekeraar wordt gestuurd. Voor bepaalde patiënten gelden andere regels of zijn aanvullende of afwijkende afspraken gemaakt: de zogenoemde bijzondere groepen.

Vreemdelingen zonder verblijfsvergunning (onverzekerbare vreemdelingen)

Vreemdelingen zonder verblijfsvergunning (onverzekerbare vreemdelingen) kunnen geen zorgverzekering afsluiten. Niettemin hebben zij recht op medisch noodzakelijke, oftewel medisch passende en verantwoorde zorg. Onverzekerbare vreemdelingen moeten de kosten zelf betalen. Als dat niet mogelijk is, dan kan de huisarts in bepaalde gevallen in aanmerking komen voor een vergoeding van oninbare kosten via het CAK.

Vreemdelingen voor wie de regeling geldt

Voor een vergoeding van oninbare kosten kunnen huisartsen bij het CAK terecht als zij medisch noodzakelijke zorg hebben verleend aan de volgende personen:

- illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen;
- vreemdelingen die een aanvraag voor een verblijfsvergunning hebben ingediend; en
- vreemdelingen die bezwaar of beroep hebben ingesteld tegen een afwijzende beslissing op een aanvraag voor een reguliere verblijfsvergunning.

Voorwaarden

Om voor vergoeding in aanmerking te komen, geldt een aantal voorwaarden:

- Alleen de huisarts kan een bijdrage vragen;
- De zorg valt onder het basispakket van de Zvw;
- De zorg is, naar het oordeel van de huisarts, medisch noodzakelijk;
- De patiënt is een onverzekerbare vreemdeling die geen zorgverzekering kan afsluiten;
- Er is sprake van een (gedeeltelijk) onbetaalde rekening omdat de kosten niet door of namens de patiënt kunnen worden betaald.

Declareren

- Alle huisartsen kunnen een beroep doen op de Regeling.
- De huisarts kan een bijdrage krijgen van 80% van de oninbare vordering. Voor een consult mag de huisarts het passantentarium hanteren. Bij zwangerschap en bevalling bedraagt de vergoeding 100% van de oninbare vordering.
- De huisarts vraagt de bijdrage aan met het 'Declaratieformulier zorgverleners'.
- De huisarts kan een onverzekerbare vreemdeling voor geneesmiddelen en ziekenhuiszorg alleen doorverwijzen naar de door ons gecontracteerde apotheken en ziekenhuizen.



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

- Huisartsen die huisartsenzorg of verloskundige zorg hebben geleverd, kunnen de oninbare kosten rechtstreeks declareren bij het CAK. Hiervoor is op de website van het CAK een declaratieformulier te vinden (<https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen>).

Gemoedsbezwaarden

Gemoedsbezwaarden zijn patiënten die vanuit hun levensovertuiging bezwaren hebben tegen elke vorm van verzekering (gemoedsbezwaarden). Ze zijn dus om principiële redenen niet bij een zorgverzekeraar verzekerd en kunnen bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB) een ontheffing aanvragen voor de verzekeringsplicht voor de Wlz. Een persoon die gemoedsbezwaard is voor de Wlz is tevens uitgesloten van de verzekeringsplicht voor de Zorgverzekeringswet.

Voor gemoedsbezwaarden gelden aparte tarieven.

Zie hiervoor [paragraaf 3.2.4](#). De rekening gaat rechtstreeks naar de patiënt. Die betaalt vervolgens de rekening zelf aan de huisarts.

Nederlandse onverzekerden

Onverzekerde Nederlandse patiënten ontvangen de rekening rechtstreeks thuis, of dienen contant te betalen.

Sinds 1 maart 2017 kunnen zorgverleners de kosten voor medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerde verzekeringsplichtigen ook declareren bij het CAK. De voorwaarden en de benodigde formulieren kunt u hier vinden: <https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/regeling-onverzekerde-verzekeringsplichtigen>. Deze regeling is wel administratief bewerkelijk.

Buitenlands verzekerden

Voor incidentele zorg aan patiënten die in het buitenland zijn verzekerd kan het passantentarief worden gehanteerd. De passant dient contant te betalen. In bepaalde gevallen kan de rekening ook bij Zilveren Kruis worden ingediend. Zie voor de voorwaarden en de contactgegevens: <https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/declareren/Paginas/medische-zorg-bij-tijdelijk-verblijf-in-nederland.aspx>.

Patiënten in grensgebieden

Voor incidentele en acute zorg kan het passantentarief in rekening worden gebracht indien de patiënt een buitenlandse verzekeraar heeft. Patiënten die over de grens wonen en in Nederland werken, zijn verplicht een zorgverzekering af te sluiten bij een Nederlandse zorgverzekeraar. Huisartsen kunnen de declaraties voor deze patiënten dus naar de Nederlandse zorgverzekeraar sturen.

De LHV adviseert om deze patiënten niet in te schrijven en om passantentarieven te declareren. Inschrijving op naam impliceert namelijk dat er continue zorg geboden wordt. Door de lange reistijden zal het vaak niet mogelijk zijn om deze patiënten zorg te verlenen als zij in hun woonland verblijven. Ook kunnen er problemen ontstaan met de beroepsaansprakelijkheidsverzekering.

Asielzoekers

Huisartsenzorg aan asielzoekers in de reguliere opvang

Hiervoor geldt een abonnementstarief per plaats. Vanaf 1 januari 2018 wordt deze zorg vergoed via RMA healthcare. Zie www.rmasielzoekers.nl voor meer informatie.



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

Huisartsenzorg aan asielzoekers in de gemeentelijke (crisis)noodopvang
Hiervoor kunnen passantentarieven worden gedeclareerd. Declaraties kunnen via een maandelijks verzamelnota bij het COA worden gedeclareerd.

Huisartsenzorg aan mensen met een verblijfsvergunning

Als de patiënt een verblijfsvergunning heeft maar nog in een asielzoekerscentrum verblijft, dan geldt de bovenstaande regeling voor de reguliere opvang. Als een patiënt met een verblijfsvergunning inmiddels in een gemeente wordt ondergebracht, dan moet de patiënt een basisverzekering afsluiten bij een zorgverzekeraar. De huisartsenzorg valt dan onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en kan dan bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd. In dat geval gelden de reguliere tarieven voor huisartsenzorg.

Militairen in actieve dienst

Militairen in actieve dienst (ook wel 'werkelijke dienst' genoemd) maken voor zorg in principe gebruik van de Militair Geneeskundige Dienst (MGD). In incidentele en acute situaties mag gebruik worden gemaakt van reguliere huisartsenzorg. Voor deze hulp gelden sinds 1 januari 2006 aparte tarieven met aparte Vektis-codes. De declaraties kunnen via VECOZO bij de Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht (SZVK/Univé) worden gedeclareerd.

'Pensionado's'

Voor zorg geleverd aan gepensioneerde patiënten met een Nederlands adres, kan de declaratie naar de betreffende verzekeraar worden gestuurd. Voor patiënten zonder Nederlands adres kan het passantentarief worden gehanteerd.

Patiënten in Wlz-instellingen

Als een patiënt met een Wlz-indicatie voor behandeling is opgenomen in een Wlz-instelling met een toelating voor verblijf en behandeling en de verblijfsinstelling ook daadwerkelijk behandeling biedt of laat bieden, dan valt de huisartsenzorg die door of namens deze instelling wordt geboden onder de Wlz.

Instelling en huisarts kunnen afspreken dat de huisarts een deel van de zorg levert. In dat geval moeten de instelling en de huisarts afspraken maken over de zorgverlening en over de wijze waarop daarvoor wordt betaald. De huisarts declareert vervolgens bij de instelling.

De LHV adviseert deze afspraken goed vast te leggen, waarbij onder meer gelet moet worden op betalingsvoorwaarden en –termijnen.

Zie voor een modelovereenkomst <https://www.lhv.nl/service/modelovereenkomsten>.

Opvanghuis voor vrouwen, blijf-van-mijn-lijfhuis

Voor patiënten die verblijven in een vrouwenopvang geldt een afwijkende regeling. De verzekeraars registreren mensen waarvoor speciale privacyeisen gelden op een aparte manier in hun bestanden. Hierdoor zijn bijvoorbeeld uitkeringsberichten niet herleidbaar tot een bepaald adres. Voor de declaratie geldt dat het inschrijftarief, de moduletarieven en de consulttarieven op de normale wijze rechtsreeks bij de zorgverzekeraar kunnen worden gedeclareerd.



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

9 Praktijkvoorbeelden declareren

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van uiteenlopende praktijksituaties. De bijbehorende adviezen vloeien deels voort uit de regels van de NZa zoals die in de voorgaande hoofdstukken zijn beschreven. Deels zijn het vrijblijvende adviezen voor de zogenaamde

'grijze gebieden'; de gebieden waarover de regels van de NZa geen duidelijkheid verschaffen.

De praktijksituaties zijn onderverdeeld naar contacten met de praktijkassistente, contacten met de huisarts en contacten met de praktijkondersteuner. In de NZa-tariefbeschikking wordt geen onderscheid gemaakt tussen (telefonische) consulten geleverd door de huisarts en (telefonische) consulten geleverd door de praktijkassistente. Dat onderscheid is ook niet relevant. Relevant is de vraag of een contact declarabel is of niet.

Assistente

	Contact	Advies
1	Telefonisch beantwoorden van een hulpvraag.	T
2	Telefonisch beantwoorden van een hulpvraag, na overleg met de huisarts.	T
3	Telefonisch beantwoorden van een hulpvraag met klaarleggen van een NHG-patiëntenbrief.	T
4	Telefonisch antwoorden dat de huisarts deze vraag zal beantwoorden tijdens diens terugbelspreekuur (telefonisch). <i>Dit wordt later een telefonisch consult van de huisarts.</i>	-
5	Telefonisch wordt overeengekomen de hulpvraag te bespreken op het spreekuur van de assistente, de POH of de huisarts. <i>Dit is een eerste triage en wordt later een consult bij de assistente, de POH of de huisarts.</i>	-
6	Patiënt komt aan de balie met een hulpvraag van medische aard, waarbij de assistente een medisch-inhoudelijk, professioneel antwoord geeft. <i>(NB: een antwoord op een hulpvraag over een medisch probleem, in fysieke zin gesteld in het praktijkgebouw, is een consult.)</i>	C

T = telefonisch consult C = consult LC = lang consult/dubbel consult V = visite VL = lange visite



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

7	Patiënt komt aan de balie met een hulpvraag, waarbij patiënt en assistente besluiten dat het beter is deze vraag te bespreken op het spreekuur van de assistente, de POH of de huisarts. <i>Dit wordt later een consult bij de assistente, de POH of de huisarts.</i>	-
8	Patiënt komt aan de balie met een hulpvraag over een machtiging. De dokter moet 'iets invullen'. De assistente bespreekt deze vraag met de HA en vult in wat noodzakelijk is. Dit invullen kost minder dan 20 minuten. <i>Een machtiging moet om beoordeeld te kunnen worden, eerst worden gelezen. Bovendien vindt het contact plaats op de praktijk. Dit betekent dat de handeling niet per telefoon kan en dat dus een consult-(tarief) kan worden gedeclareerd.</i>	C
9	Patiënt vraagt per telefoon of de huisarts een herhaling van een machtiging wil schrijven. De assistente overlegt met de huisarts, deze bekijkt het HIS, de assistente of de huisarts vult in en de huisarts ondertekent. <i>Voor het invullen van een herhalingsmachtiging is het niet altijd nodig dat de patiënt ook op de praktijk wordt gezien. De huisarts kan soms ook beslissen op basis van de bekende medische gegevens uit het HIS. Is een komst naar de praktijk wel noodzakelijk, dan een C.</i>	T
10	Patiënt komt aan de balie zoals in casus 8, maar nu met een tijdsduur van 20 min. of langer.	CL
11	Patiënt vraagt (kastje, receptenlijn, online, etc.) één herhaalrecept of meerdere herhaalrecepten aan.	-
12	Patiënt belt op met een hulpvraag. Deze wordt beantwoord. Patiënt vraagt tevens aan de assistente of medicijn 'X' kan worden herhaald. De assistente geeft hier gehoor aan.	T
13	Patiënt C heeft een afspraak bij de huisarts en levert tijdens het consult een aantal herhaalrecepten in. De huisarts delegeert de herhaling vervolgens aan de assistente. <i>De C is voor het consult bij de huisarts.</i>	C
14	Patiënt C komt bij de huisarts voor een consult. Aansluitend laat deze patiënt bij de assistente een tetanusinjectie zetten. <i>Het betreft hier een gedelegeerde handeling die niet apart in rekening kan worden gebracht. Is de tijdsduur van de beide consulten langer dan 20 minuten, dan is het een CL.</i>	C



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

15	<p>Patiënt vraagt 's morgens een herhaalrecept en belt 's middags voor een recept voor een vermoedelijke vaginale schimmelinfectie. Patiënt heeft hiervan 2 jaar geleden ook last gehad.</p> <p><i>Het zijn twee aparte hulpvragen, waarvan de eerste (herhaalrecept) vanaf 1 januari 2010 niet langer apart declarabel is. De vergoeding hiervoor vindt bij ingeschreven patiënten plaats via de inschrijftarieven. Een voorgeschreven recept na een hulpvraag valt altijd binnen een reguliere consultatie: een T, een C of een V.</i></p>	T
16	<p>Patiënt levert herhaalrecept voor slaapmiddelen in. De assistente controleert de herhaling en vindt dat de slaapmiddelen te snel worden herhaald. De assistente neemt contact op met de patiënt, bespreekt met de patiënt wat de reden is van de snelle herhaling en wat de risico's daarvan zijn en beantwoordt vervolgens de vragen van de patiënt. De assistente legt de uitkomst van het gesprek vast in het HIS. De patiënt accepteert de opmerking van de assistente. De assistente schrijft het herhaalrecept wel of niet uit.</p> <p><i>Voor het uitschrijven van een herhaalrecept kan niet apart worden gedeclareerd (zie hierboven). Alleen als er een (telefonisch) consult ontstaat, dan kan er een (telefonisch) consult worden gedeclareerd.</i></p>	T
17	<p>Vergelijkbare casus als de vorige, maar nu blijkt patiënt diverse hulpvragen te hebben over de medicatie (bijvoorbeeld over bijwerkingen van slaapmiddelen bij herhaling en over de onderliggende aandoeningen).</p> <p><i>In het algemeen geldt dat als naast de herhaling zelf (te laat/te vroeg/dosis) er aanvullende vragen zijn over de medicatie en/of de onderliggende aandoening waarvoor ze zijn voorgeschreven, er een (telefonisch) consult kan worden gedeclareerd.</i></p> <p><i>Bewaking herhaalreceptuur betreft dosering, hoeveelheid, generiek of spécialité. De vergoeding hiervoor vindt bij ingeschreven patiënten plaats via de inschrijftarieven.</i></p>	T
18	<p>Patiënt belt op. Is vorige week bij de huisarts geweest op spreekuur. Huisarts en patiënt besloten toen dat laboratoriumonderzoek zinvol is. Patiënt belt op en vraagt naar de uitslag.</p> <p><i>De assistente kijkt het na en bespreekt de uitslag en de beleidsconsequenties met de patiënt. Het maakt voor de declaratie niet uit of de uitslag positief of negatief is. Bepalend is of er een hulpvraag van de patiënt wordt afgehandeld. Als huisarts en patiënt tijdens het consult al de eventuele uitkomst en beleidsconsequenties hebben besproken en er geen verdere hulpvraag van de patiënt volgt, dan is het advies om voor het mededelen van de uitslag niet te declareren (zie volgend praktijkvoorbeeld).</i></p>	T



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

19	<p>Patiënt belt op. Is vorige week bij de huisarts geweest op het spreekuur. Huisarts en patiënt besloten toen dat laboratoriumonderzoek zinvol is. Huisarts en patiënt spreken in dit consult af dat als blijkt dat het laboratoriumonderzoek 'normaal' is, er geen verdere actie wordt ondernomen en de klinische situatie voorlopig 6 weken wordt aangekeken. De huisarts vermeldt dit ook expliciet in zijn HIS. De assistente geeft 4 dagen later de laboratoriumuitslag. Deze is normaal. De patiënt stelt geen verdere vraag.</p> <p><i>Als het zo expliciet wordt/is afgesproken dan hoort het door de assistente gegeven antwoord nog bij het eerdere spreekuurconsult en wordt nu niets in rekening gebracht.</i></p>	-
20	<p>Patiënt belt op voor een labuitslag. De assistente kijkt het na en bespreekt de uitslag en de beleidsconsequenties met de patiënt. De patiënt zegt nog steeds klachten te hebben en vraagt hoe het nu verder moet gaan. De assistente bespreekt de klachten met de huisarts en komt vervolgens met het voorstel een afgesproken termijn te wachten. Indien de patiënt nadien nog klachten heeft, dan dient de patiënt opnieuw contact op te nemen voor een afspraak.</p>	T
21	<p>Patiënt komt aan de balie voor een labuitslag. De assistente kijkt het na en bespreekt de uitslag en de beleidsconsequenties met de patiënt. De assistente overlegt met de huisarts en deze stelt voor een recept voor te schrijven en hierna wel/geen verdere vervolgactie af te spreken. De patiënt gaat hiermee akkoord.</p>	C
22	<p>Patiënt laat een uitstrijkje maken in het kader van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (BMHK). Ze heeft geen andere hulpvragen.</p> <p><i>Het tarief voor het bevolkingsonderzoek BMHK dient bij de screeningsorganisatie in rekening te worden gebracht.</i></p>	Tarief bevolkingsonderzoek BMHK
23	<p>Patiënt laat een uitstrijkje maken in kader van het bevolkingsonderzoek BMHK. Zij vraagt aan de assistente wanneer haar (Mirena-)spiraal moet worden vervangen. De assistente kijkt de NHG-standaard na en geeft aan dat deze spiraal in totaal 5 jaar werkt. De assistente kijkt ook in het HIS na wanneer de spiraal bij de patiënt is geplaatst en bepaalt wanneer de spiraal moet worden vervangen.</p>	Tarief bevolkingsonderzoek BMHK + C
24	<p>Patiënt heeft 2 weken geleden een uitstrijkje laten maken in het kader van het bevolkingsonderzoek BMHK. Zij belt op over de uitslag. De assistente kijkt het na en ziet dat de uitslag goed is</p> <p><i>Het mededelen van de uitslag 'geen afwijking gevonden' hoort bij de eerder verrichte handeling.</i></p>	-



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

25	<p>Patiënt heeft een uitstrijkje laten maken in het kader van het bevolkingsonderzoek BMHK. Zij belt over de uitslag. De assistente kijkt het na. Zij ziet dat er in het uitstrijkje 'candida albicans' is gevonden. De huisarts adviseert bij afwezigheid van klachten niet te behandelen; bij de typische 'candida'-klachten de schimmel wel behandelen. Bij navraag door de assistente blijkt patiënt geen klachten te hebben. De assistente geeft uitleg en zo nodig een NHG-patiëntenbrief.</p> <p><i>Het geadviseerde tarief (T) staat voor de informatie en het advies over de 'candida' en niet voor het mededelen van de uitslag van het bevolkingsonderzoek.</i></p>	T
26	<p>Patiënt heeft een uitstrijkje laten maken in het kader van het bevolkingsonderzoek BMHK. Zij belt over de uitslag. De assistente kijkt het na. Het uitstrijkje is niet goed. Er staat te lezen dat het advies is om de gynaecoloog te bezoeken. De assistente geeft dit advies door. De patiënt wil graag weten welke afwijking er is. De assistente geeft deskundige uitleg. De huisarts zal de verwijsbrief schrijven.</p>	T
27	<p>Patiënt komt aan de balie voor de uitslag van een uitstrijkje dat zij heeft laten maken in het kader van het bevolkingsonderzoek BMHK. De assistente kijkt het na. Het uitstrijkje is niet goed. Er staat te lezen dat het advies is om de gynaecoloog te bezoeken. De assistente geeft dit advies door. De patiënt wil graag weten welke afwijking er is. De assistente geeft deskundige uitleg. De huisarts zal de verwijsbrief schrijven.</p>	C
28	<p>Patiënt heeft een uitstrijkje laten maken in het kader van het bevolkingsonderzoek BMHK. Het uitstrijkje is niet goed. De assistente geeft haar uitvoerige informatie. De patiënt weet dat ze naar de gynaecoloog moet, maar wil eerst van de huisarts zelf horen wat de gevonden afwijking nu precies inhoudt. De assistente en patiënt besluiten tot een consult bij de huisarts diezelfde middag op het spreekuur. De huisarts geeft die middag nog eens uitleg en schrijft vervolgens in aanwezigheid van de patiënt een verwijsbrief. De tijd die met het afhandelen van deze hulpvraag is gemoeid is 20 minuten of langer.</p> <p><i>Het schrijven van de verwijsbrief is hier een integraal onderdeel van het consult, namelijk direct gebonden aan deze klacht van deze patiënt. Het schrijven van een uitgebreide verwijsbrief leidt er daarom toe dat een dubbel consult in rekening kan worden gebracht. Dit zal alleen voorkomen bij uitgebreide brieven, waarbij de lengte van het consult en het schrijven van de verwijsbrief samen (meer dan) 20 minuten kosten. Om in dit geval een dubbel consult te mogen rekenen, dient het schrijven van de verwijsbrief volgens de NZa in aanwezigheid van de patiënt te gebeuren.</i></p>	CL



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

29	<p>Patiënt komt aan de balie. Zijn partner is thuis en is erg ziek (vindt hij), maar zij wil zelf nog niets met de dokter te maken hebben. De man is echter erg ongerust. Hij vraagt hoe hij haar in de gaten moet houden, en waar hij op moet letten.</p> <p>Tevens vraagt hij voor haar een herhaalrecept aan.</p> <p>De assistente schrijft in overleg met de huisarts het herhaalrecept, geeft goede adviezen omtrent de klachten van de partner van de patiënt en legt alles vast in het HIS.</p> <p><i>De hulpvraag komt van de man (zijn eigen ongerustheid, ook al is die het gevolg van de klachten van zijn vrouw) en wordt gesteld op de praktijk. Deze hulpvraag leidt dan ook tot een vermelding in het dossier van de man. Het herhaalrecept leidt tot een vermelding in het dossier van de vrouw. De vergoeding voor het herhaalrecept zit in het inschrijftarief voor de vrouw.</i></p>	C op naam man
30	<p>Patiënt komt aan de balie en heeft de ontslagbrief mee van haar partner uit het ziekenhuis. Volgens haar kloppen de medicijnen niet. De assistente vraagt haar de medicijnen thuis op te halen, op het spreekuur van de assistente te komen en ook de ontslagbrief weer mee te nemen. Die middag wordt alles kortgesloten, al dan niet met hulp van de huisarts. Dit consult die middag duurt 15 minuten.</p> <p><i>Er wordt voor de declaratie geen onderscheid gemaakt tussen consulten van de huisarts of consulten van de assistente. Het beantwoorden van een hulpvraag door de assistente gebeurt altijd onder volledige verantwoordelijkheid van de huisarts ('verlengde arm').</i></p>	C
31	Idem, maar nu duurt het consult van de assistente 25 minuten.	CL
32	<p>Patiënt komt met ochtendurine aan de balie. Ze denkt dat ze een blaasontsteking heeft. De assistente kijkt de urine na. Ze heeft inderdaad een blaasontsteking. De huisarts schrijft het recept.</p>	C
33	<p>Dezelfde patiënt komt na vijf dagen kuren terug met ochtendurine. De assistente kijkt de urine na en vindt een dubieuze uitslag. Na overleg met de huisarts wordt de urine op kweek (diplside) gezet. Met de patiënt wordt afgesproken dat als de diplside 'positief' is, er de volgende dag een nieuwe kuur wordt gegeven.</p>	C + diplside
34	<p>De volgende dag belt bovenstaande patiënt voor de uitslag. De assistente bekijkt de uitslag en bespreekt deze en de beleidsconsequenties met de patiënt. De huisarts schrijft een nieuwe kuur antibiotica voor.</p>	T



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

35	<p>Patiënt komt aan de balie. Ze is zojuist bij de huisarts op het spreekuur geweest. Deze adviseerde een audiogram te laten maken. De assistente legt uit wat er gaat gebeuren.</p> <p><i>Deze nadere uitleg geldt als voorbereiding voor het maken van het audiogram (WGBO). Voor het consult bij de huisarts en de assistente wordt gezamenlijk een consult gerekend.</i></p> <p><i>Indien de zorgverzekeraar dit niet bij de huisarts heeft ingekocht, dan resteert geen andere mogelijkheid dan het declareren van een (dubbel) consult of het doorverwijzen van de patiënt naar de audicien.</i></p>	C
36	<p>De volgende dag komt bovenstaande patiënt op het eigen spreekuur van de assistente. Zij maakt het audiogram.</p>	M&I Audiogram
37	<p>De volgende dag belt bovenstaande patiënt voor de uitslag van het audiogram. De huisarts heeft het audiogram beoordeeld en deelt de uitslag mee.</p> <p><i>Het mededelen van de uitslag hoort bij de M&I-verrichting.</i></p>	-
38	<p>Na het maken van het audiogram overlegt bovenstaande patiënt met de assistente of het zinvol is om ook de bloeddruk te laten meten. Ze heeft onlangs bij een supermarkt haar cholesterol laten bepalen en daar gehoord dat ook de bloeddruk belangrijk is. Na het maken van het audiogram meet de assistente bij patiënt de bloeddruk.</p> <p><i>Het audiogram is M&I, bloeddrukmeting als hulpvraag is basiszorg en staat los van het audiogram.</i></p>	M&I Audiogram + C
39	<p>Patiënt vraagt de assistente de bloeddruk te meten. Zij meet twee maal een SBD van 160 mm Hg. De patiënt vraagt of dit normaal is. De assistente weet het niet en zegt toe dit met de huisarts te gaan bespreken. Zij belt de patiënt later terug.</p> <p><i>De huisarts legt de assistente uit dat de praktijk de richtlijnen volgt van het "Cardiovasculair Risicomanagement" M84 (NHG) en/of de laatste CVR-richtlijn.</i></p>	C
40	<p>Bovenstaande patiënt komt in het kader van het opstellen van het risicoprofiel CVR twee dagen later voor de tweede keer bij de assistente. Opnieuw meet de assistente twee keer de bloeddruk en opnieuw blijkt de SBD rond de 160 mm Hg te liggen. Daarnaast gaat de assistente de verdere gegevens verzamelen (zoals familieanamnese, rookgedrag, vaatlab, gewicht, lengte, BMI en middelomtrek). Na deze volledige diagnostiek, komt de assistente/huisarts tot een risico van minimaal 5% om binnen 10 jaar te overlijden aan hart- of vaatziekte. De meting en uitleg kost 15 minuten.</p>	C



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

Huisarts

	Contact	Advies
41	<p>Patiënte bezoekt de huisarts op de praktijk voor een gynaecologisch onderzoek. De huisarts ziet een aanleiding om een uitstrijkje te maken op medische indicatie. De duur van het consult is 12 minuten, inclusief het verzendklaar maken van de smear.</p> <p><i>Deze handeling valt onder reguliere basiszorg en valt niet onder preventieve screening bevolkingsonderzoek BMHK.</i></p>	C
42	<p>Patiënt bezoekt de huisarts op de praktijk en heeft één of meerdere hulpvragen. Het consult duurt minder dan 20 minuten.</p>	C
43	<p>Patiënt bezoekt de huisarts op de praktijk en heeft één of meerdere hulpvragen. Het consult duurt 20 minuten of langer.</p>	CL
44	<p>Patiënt bezoekt de huisarts op de praktijk en heeft één of meerdere hulpvragen. Daarnaast heeft de patiënt drie recepten die dienen te worden herhaald.</p>	C
45	<p>Patiënt bezoekt de huisarts op de praktijk en heeft één of meerdere hulpvragen. Daarnaast heeft de patiënt drie recepten die dienen te worden herhaald. De huisarts vraagt aan de patiënt om de herhaalrecepten door de assistente te laten afhandelen.</p>	C
46	<p>Patiënt bezoekt de huisarts. Deze besluit te verwijzen. De duur van het consult en het schrijven van de verwijsbrief bedraagt 25 minuten.</p> <p><i>Standpunt van de NZa is dat indien de patiënt daarbij aanwezig is, het schrijven van de verwijsbrief onderdeel is van het consult en dus declarabel is. Als de patiënt niet aanwezig is bij het schrijven van de verwijsbrief, dan mag de tijd volgens de NZa niet worden betrokken bij de consultduur.</i></p>	CL
47	<p>Patiënt/ouder bezoekt de huisarts voor een regulier consult voor zichzelf. Daarnaast is de patiënt ongerust vanwege de moeheid van zijn kind van 7 jaar. Het kind is naar school en is dus zelf niet aanwezig. Op deze vraag geeft de huisarts het advies om een week te wachten. De totale duur van het consult is korter dan 20 minuten.</p> <p><i>De tweede hulpvraag betreft de ongerustheid van de ouder.</i></p>	C



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

48	<p>Patiënt/ouder bezoekt de huisarts voor een regulier consult voor zichzelf. Daarnaast vertelt de ouder dat zijn kind na veel contact met huisdieren een soort ringworm heeft. De huisarts komt na overleg met de ouder tot de conclusie dat een schimmelinfectie het meest waarschijnlijk is en geeft naast een NHG-patiëntenbrief ook een recept op naam van het kind mee voor een zalf.</p> <p><i>De tweede hulpvraag heeft nu direct ten doel de huidafwijking bij het (afwezige kind) te genezen. De ouder is plaatsvervangend aanwezig voor het kind. De dokter stelt de waarschijnlijkheidsdiagnose op basis van de door deze ouder aangeleverde gegevens. Omdat de afwikkeling plaatsvindt op de praktijk, kan hier voor het stellen van de diagnose en het uitschrijven van het recept voor het kind een C worden gerekend.</i></p>	C ouder + C kind
49	<p>Patiënt/ouder bezoekt de huisarts voor een regulier consult voor zichzelf. Daarnaast vraagt de patiënt iets over zijn kind van 7 jaar, dat zelf wel aanwezig is. De huisarts onderzoekt het kind en geeft antwoord.</p>	C ouder + C kind
50	<p>Patiënt/ouder bezoekt de huisarts met haar 3 kinderen. De kinderen zijn alle drie ziek. De huisarts neemt anamneses af, kijkt de kinderen na en bespreekt de bevindingen met de ouder.</p> <p><i>Met uitleg/toelichting bij het consult dat het hier om 3 personen gaat met een verschillende of dezelfde hulpvraag. Consulten zijn persoonsgebonden, ook indien de huisarts deze 3 consulten binnen de 20 minuten zou kunnen afhandelen. De consulten leiden dan ook tot vermeldingen in de dossiers van alle drie de kinderen. Daarom worden 3 consulten in rekening gebracht.</i></p>	3 x C
51	<p>Patiënt bezoekt de huisarts voor een regulier consult korter dan 20 minuten. In de loop van de dag nemen de klachten fors toe. Vlak voor 17.00 uur wordt dezelfde patiënt op diens verzoek opnieuw op het spreekuur gezien.</p> <p><i>Weliswaar dezelfde klacht in de ochtend en de middag, maar de hulpvraag over deze klacht lijkt 's middags van een heel andere aard dan 's ochtends. Elementen die hierbij een rol kunnen spelen zijn bijvoorbeeld toegenomen ongerustheid/angst, ernst/beloop van de ziekte, liever geen vreemde dokter op de HDS, etc.</i></p>	C ochtend + C middag



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

52	Patiënt bezoekt de huisarts voor een regulier consult korter dan 20 minuten. In de loop van de dag krijgt dezelfde patiënt een ongeval en komt op de praktijk met een forse kneuzing. Het tweede consult (EHBO) betreft een andere aandoening, gepresenteerd op een ander tijdstip. <i>Consulten zijn persoonsgebonden en tijd(stip)gebonden.</i>	C ochtend + C middag
53	Patiënt bezoekt de huisarts voor een regulier consult korter dan 20 minuten. In de loop van de middag krijgt dezelfde patiënt een ongeval en komt op de praktijk met een forse kneuzing aan zijn enkel en een grote, lelijke, complexe wond aan zijn bovenbeen. Huisarts onderzoekt vervolgens deze patiënt, geeft adviezen over de gekneusde enkel en gaat de wond aan zijn bovenbeen hechten.	C ochtend + C middag (enkel) + S1-verrichting Chirurgie
54	Patiënt krijgt een ongeval en komt strompelend met een diepliggende wond aan zijn bovenbeen op de praktijk. De huisarts sluit eerst een fractuur uit en onderzoekt het been op een mogelijk vaat-/zenuwletsel in (de buurt van) de wond. Na uitsluiting van een fractuur en vaat- en zenuwletsel gaat de huisarts de wond hechten.	S1-verrichting Chirurgie
55	Dezelfde patiënt komt één week later voor het verwijderen van zijn hechtingen. <i>Het verwijderen van het hechtmateriaal valt onder de prestatie Chirurgie en kan hier dus niet apart in rekening worden gebracht.</i>	-
56	Een andere patiënt komt ook voor het verwijderen van de hechtingen. Een week geleden werd een wond in het been gehecht door een huisarts op de HDS. Voor de huisarts is deze verrichting nu basiszorg. <i>Zie ook het vorige en het volgende voorbeeld.</i>	C
57	Nog een andere patiënt komt op de praktijk voor het verwijderen van de hechtingen. Een week geleden werd een wond in het been gehecht door een chirurg in het ziekenhuis/EHBO. De patiënt kreeg toen de instructie over één week de hechtingen bij de huisarts te laten verwijderen en de wond te laten controleren. <i>Sinds 1 januari 2015 is de M&I-verrichting 'postoperatief consult in de praktijk' komen te vervallen. Voor deze prestatie kan een dubbel consult worden gedeclareerd. Zie ook de vorige twee voorbeelden. Conclusie: er zijn dus drie verschillende mogelijkheden bij 'dezelfde' handeling.</i>	CL



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

58	Patiënt komt voor het eerst bij de huisarts met al zes weken bestaande schouderklachten. Patiënt heeft al twee weken ontstekingsremmers geslikt, maar dit heeft niets geholpen. De huisarts doet het gehele consult (SOEP, inclusief hulpvraag). De diagnose luidt 'bursitis subacromialis'. De huisarts legt uit wat de behandelingsmogelijkheden zijn. In overleg met de patiënt wordt besloten om een therapeutische injectie (Cyriax) te gaan geven. De huisarts legt uit dat, indien nodig, maximaal drie injecties in de slijmbeurs worden gegeven.	S1-verrichting Therapeutische injectie
59	Dezelfde patiënt komt twee weken later op het spreekuur. Het gaat een stuk beter met zijn schouder. Zoals met de huisarts afgesproken, zou hij indien nodig na twee weken een tweede injectie komen halen. De huisarts geeft deze tweede injectie.	S1-verrichting Therapeutische injectie
60	Idem, maar de patiënt heeft naast zijn verzoek om een tweede Cyriax-injectie ook een hulpvraag over maagklachten en bijbehorende medicatie. <i>De tweede hulpvraag heeft hier niets van doen met de Cyriax-injectie.</i>	C + S1-verrichting Therapeutische injectie
61	Patiënt met een longaandoening komt op het spreekuur met klachten over benauwdheid en hartkloppingen. De huisarts constateert een lage bloeddruk en bij auscultatie van het hart dan wel bij palpatie van de pols enige onregelmatigheid. Verder wordt het gewicht gemeten en worden de risicofactoren nagelopen. De huisarts vindt geen nieuw longprobleem, stelt een te lage bloeddruk vast en vindt tevens een indicatie voor een ECG. Dit vindt aansluitend op het consult plaats op de praktijk. Bij beoordeling van het ECG vindt de huisarts een ritmestoornis. Hij overlegt meteen per telefoon met de cardioloog wat nu te doen. <i>Het ECG voor het ritmeprobleem staat los van de benauwdheid en de bloeddruk.</i>	M&I-verrichting ECG-diagnostiek + C
62	Dezelfde casus als bij consult hierboven, maar nu is het ECG goed en overlegt de huisarts met de cardioloog (niet over interpretatie van het ECG, maar over bijvoorbeeld de in te zetten medicatie). <i>Overleg over aanpassing van de medicatie voor long- of hartproblemen is basiszorg.</i>	M&I-verrichting ECG-diagnostiek + C



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

63	<p>Patiënt komt op het spreekuur van de huisarts. Hij heeft de meest uitgebreide aanvullende verzekering. Om van deze verzekering gebruik te kunnen maken, heeft hij een verwijzing van de huisarts nodig. De patiënt vraagt of hij een verwijsbriefje kan krijgen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om een verwijzing naar epilatie, acnébehandeling, dagbehandeling psoriasis, dyslexie, kuurreizen, herstellingsoord, fysiotherapie voor de niet-chronische aandoeningen (niet DTF), preventieve onderzoeken, hulpmiddelen niet vallend onder het basispakket en bijvoorbeeld een 'second opinion'.</p> <p>De huisarts handelt de hulpvraag professioneel af en schrijft bij medische noodzaak een verwijsbrief.</p>	C
64	<p>Patiënt maakt afspraak op het spreekuur, maar verschijnt niet.</p> <p><i>Als een afspraak niet doorgaat omdat de patiënt niet komt opdagen ('no-show', of niet-nagekomen afspraak), dan is er volgens de NZa geen sprake van zorgverlening. De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is dan niet van toepassing. De huisarts mag zelf een tarief vaststellen, maar moet dit vooraf aan de patiënten kenbaar maken (zie hiervoor ook hoofdstuk 7 voor de LHV-richtlijn voor niet-nagekomen afspraken. Het tarief wordt rechtstreeks bij de patiënt in rekening gebracht.</i></p>	Vrij tarief, mits vooraf aan patiënt kenbaar gemaakt.
65	<p>Patiënt komt op het spreekuur. Zijn bedrijfsarts heeft een cholesterol gemeten van 7,5 mmol/l en de patiënt vervolgens verwezen naar de huisarts. De huisarts stelt een plan op.</p>	C
66	<p>Patiënt komt op het spreekuur van de huisarts. De huisarts kan met de door de assistente verzamelde gegevens en met behulp van de SCORE-risicotabellen een uitspraak doen over het absolute 10-jaars-risico van sterfte aan HVZ. Dit blijkt 11% te zijn. De huisarts geeft leefstijladviezen, verwijst eventueel naar Thuisarts.nl en legt uit dat patiënt in aanmerking komt voor medicamenteuze behandeling. Vervolgafspraken worden gemaakt. Afhankelijk van het ketenzorgcontract, de patiënt eventueel aanmelden bij de zorggroep. De tijdsinvestering bedraagt 25 minuten.</p> <p><i>Per 2006 zijn de NHG-standaarden hypertensie en hypercholesterolaemie komen te vervallen. De NHG-standaard CVR M84 wordt aangehouden. Gezien het verhoogde risico, zal deze zorg veelal vallen onder de ketenzorg.</i></p>	CL



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

67	Bedrijfsarts of verzekeringsarts belt op met toestemming van de patiënt en wil per telefoon met de huisarts overleggen. Hiervoor bestaat een tarief voor telefonische beantwoording, maar voorwaarde is wel dat de vraag of vragen schriftelijk zijn gesteld, met toestemming van patiënt en bij de originele aanvraag voorzien van diens originele handtekening. (Gaat de beantwoording uiteindelijk schriftelijk, dan geldt tarief voor schriftelijke beantwoording.) De nota gaat naar de vragende arts.	Tarief voor telefonische of schriftelijke informatieverstrekking
68	Een andere persoon dan een bedrijfs- of verzekeringsarts (levensverzekeraar, inkomensverzekeraar, letselschade advocaat etc.) belt op met toestemming van de patiënt en wil informatie van de huisarts. <i>De tarieven voor informatieverstrekking kunnen in rekening worden gebracht indien de vragen schriftelijk zijn gesteld door een bedrijfsarts of verzekeringsarts, door of namens arbodiensten, SVB of UWV. Er is momenteel geen formeel tarief voor het geven van medische informatie aan anderen dan bedrijfs- of verzekeringsartsen. Soms is de aanvrager van de informatie bereid hiervoor een vergoeding te betalen, maar formeel zijn hiervoor geen tarieven. De LHV heeft hiervoor een apart tarief aangevraagd.</i>	
69	De huisarts legt een visite af. Door problemen op de weg (file, stoplichten) is de reistijd langer dan 15 minuten. De visite zelf duurt 10 minuten. <i>Indien het consult tijdens een visite 20 minuten of langer duurt, kan een tarief voor een lange visite in rekening worden gebracht. De consultduur is dus bepalend, niet de reistijd. Als de visite betrekking heeft op een keuring, dan kan aanvullend een kilometervergoeding in rekening worden gebracht bij de patiënt of bij de opdrachtgever van de keuring.</i>	V
70	Er wordt voor iemand een visite aangevraagd. Vraag aan de assistente is of de huisarts die dag wil langsgaan. De assistente maakt de afspraak en de huisarts legt hierna een visite af.	V
71	Vanuit het ziekenhuis komt bericht dat een patiënt na lang verblijf naar huis gaat. Het verzoek van het ziekenhuis of de familie aan de huisarts is om langs te gaan. Een andere mogelijkheid is dat de huisarts het zelf om medische reden noodzakelijk vindt om langs te gaan. <i>Indien de huisarts besluit dat het inderdaad noodzakelijk is om langs te gaan, dan kan het visitetarief worden gedeclareerd.</i>	V



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

72	<p>Patiënt verblijft in het ziekenhuis. Huisarts krijgt het verzoek van deze patiënt en/of diens familie om langs te komen om 'het een en ander te bespreken'. De huisarts voldoet aan dit verzoek. Het gesprek in het ziekenhuis duurt 25 minuten</p> <p><i>Verzoek met een duidelijke hulpvraag, waarbij de hulp van de huisarts niet op de praktijk wordt gegeven.</i></p>	VL
73	<p>Patiënt verblijft in het ziekenhuis. De huisarts bezoekt op regelmatige tijden al zijn patiënten in het ziekenhuis. Dergelijke bezoeken worden meestal zeer op prijs gesteld.</p> <p><i>Contacten zonder hulpvraag waarbij de patiënt de huisarts 'bijpraat' over de ontwikkelingen, kunnen niet in rekening worden gebracht. Mocht tijdens het gesprek met de patiënt toch een hulpvraag met medische noodzaak aan de orde komen, dan kan de huisarts als hij ter plekke zijn professionele antwoord geeft, ook een visitetarief rekenen. Bij transmurale zorg met een expliciete hulpvraag aan de huisarts houdt de zorg van de huisarts immers niet op bij de muur van het ziekenhuis.</i></p> <p><i>Dit betekent niet dat er altijd een expliciet gestelde hulpvraag moet zijn om te kunnen declareren. Niet altijd is een patiënt in staat om een hulpvraag te stellen. Ook kan het voorkomen dat de patiënt geen hulpvraag stelt, maar dat de huisarts het medisch gezien noodzakelijk vindt om de patiënt te bezoeken. In dergelijke gevallen kan wel worden gedeclareerd. Om misverstanden te voorkomen is het verstandig om met patiënt en/of familie te communiceren dat er een visite of een visite van 20 minuten of langer in rekening wordt gebracht.</i></p>	- (eventueel V of VL)
74	<p>Vanuit het ziekenhuis komt het bericht dat een patiënt is overleden. De huisarts ziet het als zijn taak zijn medeleven te betuigen en gaat de familie condoleren.</p> <p><i>De LHV adviseert huisartsen hier zelf een afweging te maken tussen het wel en niet declareren. Indien er een tarief wordt gedeclareerd, dan ligt een visitetarief op naam van de partner voor de hand.</i></p>	
75	<p>Patiënt heeft een aanvullende verzekering afgesloten met recht op een tweejaarlijkse 'check-up' bij een arts. De patiënt heeft geen klachten, maar bezoekt het spreekuur. De huisarts legt de patiënt uit dat het recht op een 'check-up' bij afwezigheid van klachten geen plicht tot uitvoeren met zich meebrengt. De huisarts bespreekt de (on)zin van een 'check-up' en voert deze in overleg met de patiënt niet uit.</p> <p><i>Het uitleggen van nut en noodzaak van wel of geen medische handeling is regulier huisartsenwerk.</i></p>	C



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

76	<p>Patiënt heeft een aanvullende verzekering afgesloten met recht op een tweejaarlijkse 'check-up' bij een arts. De patiënt heeft geen klachten, maar bezoekt het spreekuur. De huisarts legt de patiënt uit dat het recht op een 'check-up' bij afwezigheid van klachten geen plicht tot uitvoeren met zich meebrengt. De huisarts bespreekt de (on)zin van een 'check-up' en voert deze op verzoek van de patiënt uit.</p> <p><i>Indien hierover geen aparte afspraak met de zorgverzekeraar van de patiënt is gemaakt, is het advies aan te sluiten bij het keuringstarief dat hiervoor het meest in aanmerking komt. Afhankelijk van de omvang van de 'check-up' bijvoorbeeld kiezen voor een kleine keuring, een gericht klein onderzoek, een periodiek (beperkt) geneeskundig onderzoek, een grote keuring of een periodiek geneeskundig onderzoek. De nota gaat naar de patiënt. Als in het contract van de huisarts met de verzekeraar afspraken zijn gemaakt over het in rekening brengen van check-ups of andere keuringen/onderzoek, dan gaat de nota naar de zorgverzekeraar waarbij de patiënt een aanvullende verzekering heeft.</i></p>	Indien geen aparte afspraak met verzekeraar, b.v. keuringstarief
77	<p>Patiënt heeft in het kader van een aanvraag voor een persoonsgebonden budget zijn medische informatie nodig. Patiënt vraagt daarom de huisarts om een afschrift van zijn medisch dossier.</p> <p><i>Volgens de WGBO is een huisarts gehouden een dossier bij te houden met gegevens over onderzoeken, medicijnen, opnames in het ziekenhuis, operaties en de gezondheid in het algemeen. Volgens deze WGBO en de Wet Bescherming Persoonsgegevens (Wbp) heeft de patiënt ten aanzien van het dossier het recht op inzage en afschrift (kopie) van het dossier, tenzij dit in strijd is met het privacybelang van een ander. De huisarts mag voor kopieën van deze gegevens een redelijke vergoeding vragen. De huisarts mag weigeren om het originele dossier mee naar huis te geven. Wel kan de patiënt op eigen kosten kopieën (laten) maken van (onderdelen van) het dossier, zodat hij het thuis kan bestuderen. Maar wat is redelijk? Volgens het 'Besluit kostenvergoeding rechten betrokkene Wbp' mag voor het verstrekken van kopieën van dossiergegevens per pagina maximaal € 0,23 worden gerekend met een maximum van € 5,00 per verzoek om een afschrift. Als het dossier uit meer dan honderd pagina's bestaat of indien het gaat om 'een afschrift van een, vanwege de aard van de verwerking, moeilijk toegankelijke gegevensverwerking', dan kan maximaal € 22,50 worden gerekend.</i></p>	Vergoeding kosten kopieën



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

78	<p>Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) vraagt de huisarts om binnen drie werkdagen medische informatie met specifieke vragen en de medische stand van zaken te verstrekken over één van zijn patiënten. De informatie kan nodig zijn voor de ZZP-indicatiestelling.</p> <p><i>De patiënt kan zelf een afschrift van zijn dossier opvragen (zie hierboven) en dit afschrift meenemen naar het gesprek met de CIZ-arts. Let op: om als CIZ een besluit te kunnen nemen, zal een aan het CIZ verbonden arts zich eerst zelfstandig een voorlopig oordeel dienen te vormen n.a.v. adequaat eigen onderzoek (anamnese, onderzoek etc.). Het is niet de bedoeling dat huisartsen het werk overnemen van CIZ-artsen (los van de vraag of een huisarts de gevraagde/gegeven informatie wel of niet kan declareren). De praktijk is weerbarstiger. De KNMG heeft als standpunt dat artsen over eigen patiënten niet oordelen of deze patiënt in meer of mindere mate 'geschikt' moet worden bevonden voor wat wordt aangevraagd. Voor eventueel aanvullende vragen, door de CIZ-arts aan de huisarts gesteld, mogen door de huisarts geen kosten in rekening worden gebracht.</i></p> <p><i>De LHV heeft bij de NZa een informatietarief aangevraagd.</i></p>	-
79	<p>Patiënt krijgt een griepvaccinatie op medische indicatie.</p> <p><i>Vergoeding van griepvaccinaties is destijds buiten de tarievenwetgeving geplaatst. Vaccinaties in het kader van het Nationaal Programma Griepvaccinatie (NPG) worden centraal gedeclareerd bij de SNPG.</i></p>	Jaarlijks vast te stellen tarief
80	<p>Patiënt komt op het spreekuur met het verzoek om een griepvaccinatie. De patiënt heeft geen medische indicatie. Tijdens het consult wordt besloten in te gaan op het verzoek.</p> <p><i>Het tarief voor vaccinatie op eigen verzoek is een volledig vrij tarief. De huisarts moet voorafgaand aan de vaccinatie met de patiënt afspraken maken over de hoogte van de vergoeding. De vaccinatie valt niet onder de basisverzekering en kan niet bij de zorgverzekeraar in rekening worden gebracht. De niet-geïndiceerde patiënt moet zelf nagaan of een eventuele aanvullende verzekering de vaccinatie vergoedt.</i></p>	C voor het consult + Vrij tarief voor de vaccinatie
81	<p>Hematoloog uit een academisch ziekenhuis vraagt de huisarts bij patiënt 1 jaar na een stamceltransplantatie aan deze ontvanger vaccinaties toe te dienen, te weten: DTP, Hib, Neisvac C en Prevenar.</p> <p><i>Dit is een verzoek van een specialist aan de huisarts om zo een hernieuwd polikliniekbezoek te vermijden, bij een patiënt primair onder behandeling van de hematoloog, met een verrichting van de huisarts die maximaal 20 minuten zal duren (verrichting ter vervanging specialistenbezoek).</i></p>	Verrichting ter vervanging van specialistenbezoek, declareren als consult 20 minuten of langer



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

82	<p>Patiënt, niet geïncludeerd in ketenzorg DM, COPD, of VRM, komt op het spreekuur met een goed voornemen: hij wil stoppen met roken (SMR). De huisarts heeft geen overeenkomst over stoppen met roken met de zorgverzekeraar van de patiënt. <i>Als de huisarts geen SMR-overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar van de patiënt, dan dient de huisarts het tarief met de patiënt overeen te komen en bij de patiënt te declareren.</i></p>	Vrij tarief met de patiënt overeen te komen en te declareren bij de patiënt
83	<p>Patiënt komt op het spreekuur met een goed voornemen: hij wil stoppen met roken (SMR). De huisarts heeft een overeenkomst over stoppen met roken met de zorgverzekeraar van de patiënt. <i>Als de huisarts een SMR-overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar van de patiënt, dan dient de huisarts het tarief bij de zorgverzekeraar te declareren.</i></p>	Tarief SMR, zoals overeengekomen met de verzekeraar van de patiënt
84	<p>Patiënt komt op het spreekuur met een goed voornemen: hij wil stoppen met roken (SMR). Deze patiënt heeft diabetes (DM type 2) en krijgt diabeteszorg via de zorggroep (ketenzorg). De huisarts heeft ook een SMR-overeenkomst met de zorgverzekeraar van de patiënt. <i>Als de huisarts ketenzorg levert via een zorggroep met een keten-DBC DM, dan valt SMR veelal onder de integrale zorg binnen deze DBC. De zorggroep kan hierover informatie verschaffen.</i></p>	
85	<p>Op de website van de huisartspraktijk komt een medische vraag over een reeds eerder beoordeelde aandoening met het verzoek aan de huisarts om per e-mail te antwoorden.</p>	E-mailconsult
86	<p>De patiënt heeft een ClZ-indicatie waarvan verblijf en behandeling onderdeel uitmaken. De patiënt wordt opgenomen in een Wlz-instelling met een toelating voor behandeling en ontvangt daar ook behandeling. <i>De huisartsenzorg maakt onderdeel uit van de zorg die door de instelling wordt geboden en waarvoor de instelling vanuit de Wlz geld ontvangt. De huisarts schrijft de patiënt uit en declareert niet langer bij de zorgverzekeraar. De instelling kan de huisarts vragen een deel van de zorg te leveren. Als de huisarts hiermee instemt, dan moeten instelling en huisarts daarover een afspraak maken.</i></p>	- of declareren bij de instelling op basis een afspraak



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

Praktijkondersteuner (POH)

	Contact	Advies
87	<p>De POH-S heeft een eigen spreekuur. Een patiënt komt na triage door de assistente met één of meerdere hulpvragen. De duur van het consult is korter dan 20 minuten.</p> <p><i>Of er iets mag worden gedeclareerd is afhankelijk van de vraag of die werkzaamheden reeds vallen onder de overeenkomst met de zorggroep of dat hierover afspraken zijn gemaakt in de overeenkomst met de zorgverzekeraar (bv. de module POH-S of ouderenzorg). Als dat niet het geval is, dan mag het reguliere consulttarief in rekening worden gebracht.</i></p>	- of C
88	<p>Een oudere patiënt vraagt een visite aan. De mantelzorg kan het niet meer aan en de huisarts wordt gevraagd te komen. De huisartspraktijk zet de POH-S in voor ouderenzorg. De huisarts vraagt de POH eerst te gaan kijken en de zorgbehoefte (medisch/psychisch/sociaal) in kaart te brengen. De POH legt een visite af. De visiteduur is 30 minuten.</p> <p><i>Of er iets mag worden gedeclareerd is afhankelijk van de vraag of die werkzaamheden reeds worden betaald, bijvoorbeeld via de module POH-S of de module ouderenzorg. Als dat niet het geval is, dan mag het reguliere consulttarief in rekening worden gebracht.</i></p>	- of VL
89	<p>De huisartspraktijk heeft geen overeenkomst met een ketenzorgorganisatie voor DM type 2, maar heeft wel een POH-overeenkomst met de zorgverzekeraar. De diabeteszorg in de praktijk wordt protocollair (volgens NHG) uitgevoerd. De diabetespatiënt bezoekt het spreekuur van de POH-S.</p> <p><i>Als de diabeteszorg niet via de zorggroep verloopt, dan zijn er drie mogelijkheden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Indien er een POH-overeenkomst is voor diabeteszorg, dan kan niets worden gedeclareerd.</i> • <i>Indien er een overeenkomst is over de M&I-verrichtingen Diabetes-begeleiding en Diabetes instellen, dan kunnen die verrichtingen worden gedeclareerd.</i> • <i>Als de diabeteszorg niet via de module wordt bekostigd en er ook geen overeenkomst is over de M&I-verrichtingen voor diabeteszorg, dan mag het reguliere consulttarief in rekening worden gebracht.</i> 	- of C of M&I Diabetesbegeleiding



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

90	De huisartspraktijk heeft voor DM type 2 een overeenkomst met een ketenzorgorganisatie afgesloten. Een patiënt met DM type 2 bezoekt het spreekuur van de POH-S vanwege een diabetesprobleem. <i>Indien er een overeenkomst is met een ketenzorgorganisatie en de huisarts voor deze patiënt een tarief DM-zorg van de ketenzorgorganisatie ontvangt, dan kan deze zorg niet bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd.</i>	-
91	De huisartspraktijk heeft voor DM type 2 een overeenkomst met een ketenzorgorganisatie afgesloten. Een patiënt met DM type 2 bezoekt het spreekuur van de POH-S vanwege een ander probleem dan diabetes. <i>Indien er een overeenkomst is met een ketenzorgorganisatie voor bepaalde zorg en de huisarts hiervoor een tarief ontvangt van de ketenzorgorganisatie, dan kan deze zorg niet bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd. Als een diabetespatiënt echter met een andere klacht contact de huisartspraktijk bezoekt, dan kan dat contact mogelijk wel worden gedeclareerd. Of er iets mag worden gedeclareerd is afhankelijk van de vraag of die werkzaamheden reeds worden betaald via de POH-module van de zorgverzekeraar. Als dat niet het geval is, dan mag het reguliere consulttarief in rekening worden gebracht.</i>	- of C
92	Een huisartspraktijk trekt voor twee uur per week een POH-S aan om declarabele werkzaamheden te verrichten. De praktijk heeft géén overeenkomst met de zorgverzekeraar over POH-S. <i>Zonder POH-overeenkomst met de zorgverzekeraar kan het moduletariaf POH-S niet worden gedeclareerd. De reguliere consulttarieven mogen wel zonder overeenkomst worden gedeclareerd.</i>	C, V, T, etc.
93	De POH-GGZ heeft een eigen spreekuur. Een patiënt is door de huisarts doorverwezen naar de POH-GGZ. De duur van het consult is 30 minuten. <i>De POH-GGZ heeft eigen consulttarieven. Voor consulten van 20 minuten of langer kan een dubbel consult in rekening worden gebracht.</i>	CL
94	De huisarts en de zorgverzekeraar zijn overeengekomen dat een deel van het moduletariaf POH-GGZ wordt gebruikt voor consultaties. Voor een patiënt die op het spreekuur van de POH-GGZ is geweest wordt een consultatie in de tweede lijn aangevraagd. De huisartspraktijk betaalt vervolgens de geconsulteerde zorgaanbieder. Over de wijze van betalen en de hoogte van het tarief dienen huisarts en geconsulteerde zorgaanbieder onderling een afspraak te maken.	



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)



Trefwoordenlijst

A

Aanvullende verzekering **47, 49, 50**
Achterstandsfonds **25**
Achterstandswijk **25**
ANW-diensten **23**
Asielzoekers **25, 34**
Assistente **36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43**
Astma **20**
Audiometrie **26, 42**

B

Beschermd wonen / verblijf **17**
Bedrijfsarts **23, 48**
Bekostiging van huisartsenzorg **6**
Besnijdenis **30**
Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker **39**
Bijzondere groepen **8, 11, 33**
Blaasontsteking **41**
Blijf-van-mijn-lijfhuis **35**
Bloedafname **9**
Bloeddruk **27, 42**
BMHK **39, 40**
Btw **7**
Buitenlands verzekerden **34**

C

Cardiovasculair Risicomanagement **42**
Centrum Indicatiestelling Zorg **51**
Check-up **49**
Chirurgie **12, 15, 30**

Cholesterol **47**
CIZ **51, 52**
Cognitieve functietest (MMSE) **28**
Compressietherapie **17**
Condoleren **49**
Consulttarief **12**
Contacten zonder hulpvraag **49**
COPD **20, 29**
Cosmetiek **30**
CRP-sneltest **24**
Cyriax **18, 46**

D

Diabetes Mellitus **28, 53, 54**
Diabeteszorg **52, 53, 54**
Doppler **26**

E

ECG **25, 27, 46**
Echo **27, 29**
Eerstelijnsverblijf (ELV) **17**
E-health **19**
E-mailconsult **14, 52**
Entstof **14, 25**
Euthanasie **29**

F

Fractuur **45**

G

Geïntegreerde eerstelijnszorg **20**
Gekneusde enkel **45**
Gemeente **7**
Gemoedsbezwaarden **15, 16, 17, 34**
Grensgebieden **34**
Griepvaccinatie **7, 51**
Groepsconsult **19**

H

Hartritmestoornis **28**
Hechten **45**
Hechtmateriaal **45**
Herhaalrecept **13, 37**
Hypertensiemeting **27**

I

Informatieverstrekking **23, 48**
Inschrijftarief **12**
Intensieve dementiezorg **16**
Intensieve zorg **16**
IUD **18**

K

Ketenzorg **10, 20**
Ketenzorgorganisatie **9, 20**
Keuringen **24**
Kind **43, 44**
Kostenvergoeding **25**



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

[Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)



L

Laboratoriumkosten **14, 23, 25**
Laboratoriumonderzoek **38, 39**
Laboratoriumuitslag **39**

M

M&I-verrichting **25, 26, 27, 28, 29, 30**
Maatschappelijke opvang **29**
Machtiging **37**
Maximumtarieven **6**
Meerdere declaraties **8**
Meerdere hulpvragen **43**
Militairen **14, 35**
Moduletarieven **6, 19, 35**
MRSA-screening **28**

N

Nederlandse zorgautoriteit (NZa) **4, 6**
Niet-nagekomen afspraak **31, 47**

O

Onderlinge waarneming **7**
Ontslagbrief **41**
Onverzekerbare vreemdeling **33**
Onverzekerden **34**
Oogboring **18**
Ouder **43, 44**

P

Palliatieve zorg **29**
Passantentarief **34, 35**

Patiënten opgenomen in een WLZ instelling met een toelating voor behandeling **11, 35**
Peildatum **12, 19**
Pensionado's **35**
Persoonsgebonden budget **50**
Pessarium **15**
POH-GGZ **18, 19, 22, 54**
POH-S **9, 53, 54**
Postoperatief consult **15, 45**

R

Regulier consult **13, 17, 32**
Reizigersadvisering **30**
Resultaatbeloning **21**
Risicoprofiel **42**

S

SCEN **25**
Segmentenmodel **6**
Spiraal **18, 39**
Spirometrie **27**
Spleetlamponderzoek **27**
Sterilisatie **30**
Stoppen met Roken **9, 52**

T

Tariefbeschikking **4**
Tele-echo, -röntgen, -hart, -dermatologie **27**
Telefonisch consult **13, 36**
Trombosebeen **15**
Tympanometrie **26**

U

Uitslag **38, 39**
Uitstrijkje **24, 39, 40**
Ulcus cruris **17**
Urine **41**

V

Vaccinatie **14, 51**
Varices sclerosering **15, 30**
Verbruiksmaterialen **24**
Verloskundige hulp **33**
Verzorgingshuis **29**
Verrichting ter vervanging specialistenbezoek **15, 51**
Verwijsbrief **43, 47**
Visite **15, 17, 29, 48, 53**
Vreemdeling **11, 33**
Vrije tarieven **6, 7, 10, 19, 21, 25, 30**

W

Wegblijftarief **10, 31, 32**
Wet langdurige zorg **16**
Wet Marktordening
Gezondheidszorg (Wmg) **2, 47**
WLZ-instelling **11, 35**
Wond **45**

Z

Zorgvernieuwing **22**



Algemene
uitgangspunten
en richtlijnen



Prestaties
en tarieven
Segment 1



Prestaties
en tarieven
Segment 2



Prestaties
en tarieven
Segment 3



Overige
prestaties
en tarieven



Praktijk-
voorbeelden

Naar: [Inhoud](#) [Trefwoordenlijst](#)

Colofon

De LHV-Declareerwijzer 2018 is een uitgave van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).

Landelijke Huisartsen Vereniging

Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht
Postbus 20056
3502 LB Utrecht
Telefoon (030) 28 23 723
Fax (030) 28 90 400
E-mail lhv@lhv.nl
Website www.lhv.nl

Disclaimer

De LHV-Declareerwijzer 2018 is met de grootst mogelijke zorgvuldigheid samengesteld. Aan de inhoud van dit boek kunnen geen rechten worden ontleend.

© LHV, februari 2018

Alle rechten zijn voorbehouden aan de Landelijke Huisartsen Vereniging. Niets uit deze uitgave mag zonder voorafgaande toestemming van de LHV worden verveelvoudigd of openbaar gemaakt. De leden van de LHV hebben het exclusieve recht tot verveelvoudiging van teksten uit deze uitgave.