

Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

BR/REG-27117

Vastgesteld op 30 juni 2026

Gelet op artikel 57, eerste lid, onderdeel b en c, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

Gelet op artikel 53, aanhef en onderdeel b juncto 52, aanhef en onderdeel e, van de Wmg, worden tarieven en prestatiebeschrijvingen die uit de voorliggende beleidsregel voortvloeien ambtshalve door de NZa vastgesteld.

Gelet op artikel 59, onderdeel b, van de Wmg heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) met brief van 14 juli 2014, met kenmerk 642423-123512-MC, en brief van 11 juli 2017, met kenmerk 1153348-165402, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel aanwijzingen op grond van artikel 7 van de Wmg aan de NZa gegeven.

Artikel 1 Begripsbepalingen

In deze beleidsregel wordt, tenzij anders vermeld, verstaan onder:

zorgaanbieder:

- 1°. natuurlijk persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg in de zin van de Wmg verleent als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel c, onder 1°, van de Wmg;
- 2°. natuurlijk persoon of rechtspersoon voor zover deze tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met het verlenen van zorg door een zorgaanbieder als bedoeld onder 1°, als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel c, onder 2°, van de Wmg.

Multidisciplinaire (eerstelijns)zorg:

Zorgverlening waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines in samenwerking met de patiënt in onderlinge samenhang zorg verlenen, waarvan huisartsenzorg een onderdeel is.

Anw-uren:

De avond-, nacht- en weekenduren. Deze uren betreffen de tijdsperiode:

- tussen 18.00 uur en 08.00 uur;
- tussen 08.00 uur en 18.00 uur op zaterdag of zondag;
- tussen 08.00 uur en 18.00 uur op officiële feestdagen (nieuwjaarsdag, Goede Vrijdag, eerste paasdag, tweede paasdag, Koningsdag, Bevrijdingsdag, Hemelvaartsdag, eerste pinksterdag, tweede pinksterdag, eerste kerstdag en tweede kerstdag), aangevuld met kerst- en oudjaarsavond.

Ingeschreven verzekerde:

Verzekerde die zich op naam ingeschreven heeft bij een aanbieder van huisartsenzorg.

Geïnccludeerde patiënt:

Patiënt die voldoet aan de inclusiecriteria van een bepaald zorgprogramma en die zorg ontvangt binnen dat programma.

Eerstelijnszorg:

Generalistische zorgverlening welke zich in het bijzonder kenmerkt door laagdrempelige toegang, zorg in de buurt, en is gericht op de mens in zijn omgeving, het ambulante karakter en gericht op coördinatie en continuïteit. Eerstelijnszorg wordt in de directe omgeving van de patiënt gegeven.

Geïntegreerde eerstelijnszorg:

Multidisciplinaire eerstelijnszorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende discipline achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de patiënt te leveren.

Onverzekerden:

Personen die vallen onder de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV), de regeling onverzekerbare vreemdelingen (OVV) of de regeling medische zorg aan ontheemden (RMO).

Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf:

Huisartsenzorg bij verblijf als bedoeld in artikel 2.12 Besluit zorgverzekering (Bzv), voor zover het gaat om verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Bzv, voor zover het gaat om zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

Artikel 2 Doel van de beleidsregel

Het doel van deze beleidsregel is om vast te leggen op welke wijze de NZa gebruik maakt van haar

bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te leggen op het gebied van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

Artikel 3 Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op huisartsgeneeskundige zorg en multidisciplinaire zorg zoals omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Voor zover geen sprake is van zorg als omschreven in de vorige zin, is deze beleidsregel van toepassing op handelingen¹ of werkzaamheden² op het terrein van geneeskundige zorg uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van personen, ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) of door personen als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Deze beleidsregel is verder van toepassing op geneeskundige zorg zoals omschreven bij of krachtens de Zvw betreffende de multidisciplinaire samenwerking tussen zorgaanbieders middels geïntegreerde eerstelijnszorgproducten.

Artikel 4 Globale beschrijving bekostigingsmodel

De bekostiging van huisartsgeneeskundige zorg en multidisciplinaire zorg waarvan huisartsenzorg onderdeel is (multidisciplinaire eerstelijnszorg) en is opgebouwd rondom drie segmenten, waarbij ieder segment zijn eigen kenmerken heeft.

Segment 1: Basisvoorziening huisartsenzorg

Het eerste segment richt zich op de basisvoorziening huisartsenzorg. Dit segment heeft betrekking op zorgvragen en aandoeningen waarvoor de huisarts doorgaans fungeert als eerste aanspreekpunt voor de patiënt en tevens fungeert als poortwachter. Deze zorgvragen en aandoeningen kunnen groten-deels binnen de huisartsenpraktijk gediagnosticeerd, behandeld en begeleid worden.

Segment 1 is opgebouwd rondom vier hoofdelementen: de inschrijving op naam, het consult, de separate bekostiging van de functie praktijkondersteuner ggz, en een aantal specifieke verrichtingen. Het kent een hybride karakter van vergoeding op basis van abonnement en op basis van verrichtingen.

Segment 2: Programmatische multidisciplinaire zorg

Het tweede segment richt zich op multidisciplinaire eerstelijnszorg, waarbij naast de huisartsenzorg ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling te leveren. Dit segment heeft betrekking op zorgvragen en aandoeningen die voortkomen uit specifieke kenmerken van een (in omvang) substantieel deel van de populatie. Een ondersteuningsstructuur is wenselijk om deze programmatisch vormgegeven zorg te leveren.

Dit segment bestaat uit drie categorieën van prestaties: Organisatie en infrastructuur (O&I), Segment 2A (S2A) en Segment 2B (S2B).

1. Organisatie en infrastructuur (O&I)

De prestaties O&I bieden de mogelijkheid om aanvullende vergoedingen per ingeschreven verzekerde overeen te komen op basis van afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze aanvullende vergoedingen hebben als doel om (multidisciplinaire) samenwerking tussen huisartsen en andere zorgaanbieders te stimuleren, waarbij de patiënt de voordelen ervaart van het continue verbeteren van de kwaliteit en/of kosten van zorg.³ Zie verder artikelen 6 en 9.2.

2. Segment 2A (S2A)

De prestaties uit S2A beschrijven ketenprestaties voor multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg in het kader van Diabetes Mellitus type 2 (DM2), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Vasculair Risicomanagement (VRM) en Astma.

- Er zijn twee prestaties vastgesteld binnen S2A voor gecontracteerde zorg; één prestatie voor de ketenzorg DM2 en VRM en één prestatie voor ketenzorg COPD en Astma. Als gevolg van de introductie van de O&I-prestaties is het uitgangspunt dat de O&I-componenten geen onderdeel

¹ Het betreft hier de handelingen bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, onder 2°, van de Wmg.

² Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, eerste lid, onderdeel c, van het Besluit uitbreiding en beperking werkings-sfeer WMG.

³ Voor een verdere toelichting op de achtergronden van de introductie van deze prestaties verwijzen wij naar de rapporten 'Een sterke eerste lijn voor betere zorg en beheersbare kosten' en 'Impactanalyse O&I'. Beide documenten zijn te raadplegen via www.ineen.nl.



meer zijn van de tarieven die binnen de ketenprestaties worden afgesproken. Zie verder artikelen 6 en 9.2.

- Er zijn drie prestaties die het voor niet gecontracteerde zorgaanbieders mogelijk maken ketenzorg voor DM2, COPD en CVRM-HVZ in rekening te brengen. De O&I-componenten zijn hier wel onderdeel van de prestatie. Zie verder artikelen 6 en 9.2.

3. Segment 2B (S2B)

De prestaties uit S2B bieden ruimte voor partijen om programmatische zorg vorm te geven voor elementen van zorg die nog geen onderdeel uitmaken van de reguliere integrale bekostiging in S2A. Het gaat hierbij om nieuwe ketens (bijvoorbeeld depressie of programmatische zorg voor kwetsbare ouderen) of nieuwe elementen van zorg binnen de bestaande ketens (bijvoorbeeld farmaceutische zorg) waarbij landelijk overeenstemming is over de aanpak en onderliggende zorgstandaarden. Veldpartijen kunnen de NZa een specifiek verzoek doen om dit segment te vullen met prestaties die aan bovenstaande voorwaarden voldoen.

Segment 3: Resultaatbeloning en zorgvernieuwing

Het derde segment biedt de ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om (belonings)afspraken te maken over de resultaten van de inzet in huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg of over zorgvernieuwing op lokaal niveau. De afspraken binnen segment 3 kunnen betrekking hebben op de uitkomsten van zorg geleverd in segment 1 (huisartsenzorg) en segment 2 (multidisciplinaire zorg). Ook de zorgvernieuwing kan op beide domeinen betrekking hebben. Daarnaast biedt Segment 3 de ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om praktijkgebonden afspraken te maken rondom huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg, bijvoorbeeld over het leveren van zorg die niet onder de andere segmenten valt.

Om richting te geven aan de invulling van uitkomstbekostiging zijn separate deelprestaties ingevoerd voor een aantal specifieke domeinen (adequaat verwijzen & diagnostiek, doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen, service & bereikbaarheid, multidisciplinaire zorg en stimulering huisartsenzorg in krimpregio's).

Ruimte voor zorgvernieuwing in Segment 3 wordt geboden middels drie separate prestaties: e-health, het meekijkconsult en de prestatie overige zorgvernieuwing.

Prestaties buiten segmenten

Prestaties die niet goed in één van de drie segmenten zijn in te passen, worden in een separaat artikel (artikel 8, prestaties buiten segmenten) beschreven.

Artikel 5 Prestatiebeschrijvingen en bepalingen Segment 1

1. Prestatiebeschrijvingen

Binnen Segment 1 worden de volgende prestatiebeschrijvingen onderscheiden:

1. Inschrijving
 - a. Inschrijving verzekerden tot 65 jaar
 - b. Inschrijving verzekerden vanaf 65 jaar tot 75 jaar
 - c. Inschrijving verzekerden vanaf 75 jaar tot 85 jaar
 - d. Inschrijving verzekerden vanaf 85 jaar
 - e. Opslag inschrijving verzekerden woonachtig in een opslagwijk
2. Regulier consult
 - a. Consult regulier korter dan 5 minuten
 - b. Consult regulier vanaf 5 minuten tot 20 minuten
 - c. Consult regulier 20 minuten en langer
 - d. Visite regulier korter dan 20 minuten
 - e. Visite regulier 20 minuten en langer
 - f. Vaccinatie regulier
3. Consult passanten, militairen, gemoedsbezwaarden, tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht zijn verzekerd
 - a. Consult passant korter dan 5 minuten
 - b. Consult passant vanaf 5 minuten tot 20 minuten
 - c. Consult passant 20 minuten en langer
 - d. Visite passant korter dan 20 minuten
 - e. Visite passant 20 minuten en langer
 - f. Vaccinatie passant
 - g. Consult militair korter dan 5 minuten
 - h. Consult militair vanaf 5 minuten tot 20 minuten

- i. Consult militair 20 minuten en langer
- j. Visite militair korter dan 20 minuten
- k. Visite militair 20 minuten en langer
- l. Vaccinatie militair
- m. Consult gemoedsbezwaarde korter dan 5 minuten
- n. Consult gemoedsbezwaarde vanaf 5 minuten tot 20 minuten
- o. Consult gemoedsbezwaarde 20 minuten en langer
- p. Visite gemoedsbezwaarde korter dan 20 minuten
- q. Visite gemoedsbezwaarde 20 minuten en langer
- r. Vaccinatie gemoedsbezwaarde
- s. Consult buitenlandse patiënt korter dan 5 minuten
- t. Consult buitenlandse patiënt vanaf 5 minuten tot 20 minuten
- u. Consult buitenlandse patiënt 20 minuten en langer
- v. Visite buitenlandse patiënt korter dan 20 minuten
- w. Visite buitenlandse patiënt 20 minuten en langer
- x. Vaccinatie buitenlandse patiënt
- 4. Consult onverzekerden
 - a. Consult onverzekerde korter dan 5 minuten
 - b. Consult onverzekerde vanaf 5 minuten tot 20 minuten
 - c. Consult onverzekerde 20 minuten en langer
 - d. Visite onverzekerde korter dan 20 minuten
 - e. Visite onverzekerde 20 minuten en langer
 - f. Vaccinatie onverzekerde
- 5. Poh-ggz
 - a. Opslag praktijkondersteuner ggz per kwartaal per ingeschreven verzekerde
 - b. Consult praktijkondersteuner ggz korter dan 5 minuten
 - c. Consult praktijkondersteuner ggz vanaf 5 minuten tot 20 minuten
 - d. Consult praktijkondersteuner ggz 20 minuten en langer
 - e. Visite praktijkondersteuner ggz korter dan 20 minuten
 - f. Visite praktijkondersteuner ggz 20 minuten en langer
 - g. Groepsconsult praktijkondersteuner ggz
- 6. Overige S1-verrichtingen
 - a. Chirurgie
 - b. Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris
 - c. Oogboring
 - d. Therapeutische injectie (Cyriax)
 - e. IUD (spiraaltje) of etonogestrel implantatiestaafje aanbrengen/implanteren en/of verwijderen
- 7. Prestaties huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf en intensieve zorg
 - a. Huisartsenzorg overdag bij eerstelijnsverblijf, korter dan 20 minuten
 - b. Huisartsenzorg overdag bij eerstelijnsverblijf, 20 minuten en langer
 - c. Huisartsenzorg in de avond, nacht of het weekend bij eerstelijnsverblijf, korter dan 20 minuten
 - d. Huisartsenzorg in de avond, nacht of het weekend bij eerstelijnsverblijf, 20 minuten en langer
 - e. Intensieve zorg overdag
 - f. Intensieve zorg in de avond, nacht of het weekend
- 8. Meer tijd voor de patiënt
- 9. Meedenkadvies medisch specialistische zorg
- 10. Proactieve zorgplanning
- 11. Module inbouwkosten voor nieuwe adequate huursituatie
- 12. Onderlinge dienstverlening

2. Bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen

Ad 1) Inschrijving

De prestatie inschrijving beschrijft de 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 avond, nacht en weekend (anw)-diensten, en een deel van de kosten van zorglevering.

Het tarief van de inschrijving is een bedrag per kwartaal per op naam van de zorgaanbieder ingeschreven verzekerde.

Het tarief van de inschrijving wordt gedifferentieerd naar leeftijd, waarbij vier leeftijdscategorieën worden onderscheiden.

De prestatie inschrijving is gedifferentieerd in vier separate prestaties. Daarnaast is een toeslagprestatie onderscheiden die, naast de basisprestatie inschrijving, in rekening kan worden gebracht voor

ingeschreven verzekerden die woonachtig zijn in een opslagwijk. De opslag bedraagt € 7,17 (prijspeil voorcalculatorisch niveau 2027) per ingeschreven verzekerde.

De vaststelling van de opslagwijken vindt plaats op grond van een door de NZa uitgevoerd onderzoek. De NZa hanteert voor de berekening van de achterstandsindex CBS-gegevens geheel op postcode 6-niveau. Per postcode-6-gebied wordt bepaald welke postcodes in de achterstandsgebieden voorkomen. De achterstandsindex worden gebaseerd op de volgende criteria:

- percentage inwoners met laag inkomen;
- percentage niet-actieven;
- percentage inwoners met niet-westerse migratieachtergrond (NWA) of Midden- en Oost-Europese migratieachtergrond (MOE).

Verzekerden woonachtig in de betreffende postcodes worden aangemerkt als woonachtig in een opslagwijk.

In het 'Verantwoordingsdocument tarieven huisartsenzorg vanaf 2026' is de systematiek om te komen tot de postcodelijst nader toegelicht. De resulterende postcodelijst wordt gepubliceerd als bijlage bij de Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. De prestatie mag enkel in rekening worden gebracht indien de verzekerde zich uit eigen beweging heeft ingeschreven bij de betreffende zorgaanbieder.
2. De prestatie mag enkel in rekening worden gebracht voor die verzekerden die op de eerste dag van het kwartaal bij de zorgaanbieder ingeschreven staan.
3. De prestatie kan in rekening worden gebracht in aanvulling op de overige prestaties zoals in deze beleidsregel beschreven, tenzij expliciet anders wordt vermeld.

Ad 2) Regulier consult

Het consult is een direct patiëntcontact van een ingeschreven verzekerde met de zorgaanbieder.

Het tarief van het consult is een bedrag per patiëntcontact. Het tarief is een vergoeding voor een deel van de kosten van zorglevering.

Het consult is gedifferentieerd in zes separate prestaties.

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Indien het specifieke patiëntcontact al in rekening wordt gebracht en daarmee wordt vergoed in het kader van een andere prestatie (bijvoorbeeld de ketenzorgprestaties in Segment 2 of het uitvoeren van een M&I-verrichting), mag de zorgaanbieder voor dezelfde handelingen niet ook een consult declareren.
2. Indien het patiëntcontact niet in rekening wordt gebracht in het kader van een andere prestatie kan deze op basis van één van de reguliere consultprestaties gedeclareerd worden, met inachtneming van de overige hier vermelde voorwaarden, voorschriften en beperkingen. Contact met andere zorgaanbieders, intercollegiaal/multidisciplinair overleg etc. kan niet als directe patiëntentijd in de vorm van een consult in rekening worden gebracht.
3. De tijdsduur van het zorginhoudelijke patiëntcontact is leidend voor de declaratie. Zo mogen de prestaties consult regulier vanaf 20 minuten en visite regulier vanaf 20 minuten alleen in rekening worden gebracht indien het zorginhoudelijke patiëntcontact daadwerkelijk 20 minuten of langer in beslag heeft genomen.
Dit zorginhoudelijk contact kan in de vorm van een fysiek spreekuurconsult zijn, maar ook zonder direct fysiek face-to-face-contact, bijvoorbeeld telefonisch, per e-mail of via een internet beeldverbinding. Deze laatste vormen van contact mogen alleen als consult in rekening worden gebracht indien deze duidelijk dienen ter vervanging van een spreekuurconsult, waarbij de zorgverlening zowel zorginhoudelijk als qua tijdsbesteding vergelijkbaar is met de zorgverlening die in een face-to-face consult wordt geboden.
4. Aanvullende voorwaarde bij de declaratie van een regulier consult zonder direct fysiek face-to-face-contact is dat voldaan wordt aan de voorwaarden die de beroepsgroep zelf heeft opgesteld in paragraaf 3.3.1 van de KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens.
5. Kleine chirurgische ingrepen, die gedurende de tijd van een regulier consult uitgevoerd worden, kunnen via de prestatie consult regulier in rekening worden gebracht.
6. Het maken van een ECG is in het consulttarief begrepen. Voor de kosten van een ECG wordt uitgegaan van een vast normbedrag, zie artikel 8 van deze beleidsregel.
7. De declaraties (honorarium en kosten) voor de door de dienstenstructuren geleverde anw-diensten lopen via de dienstenstructuur waaraan de zorgaanbieder is verbonden. De aan een dienstenstructuur verbonden zorgaanbieders mogen voor de verrichte consulten niet zelf declareren.
8. De prestatie consult regulier 20 minuten en langer mag (in afwijking van de voorwaarde zoals genoemd onder 2) ook in rekening worden gebracht indien het gaat om één van de volgende verrichtingen:

- a. Postoperatief consult in de praktijk
 - b. Verrichting ter vervanging van specialistenbezoek
 - c. Trombosebeen
 - d. Varices sclerosering
 - e. Aanmeten en plaatsen pessarium
9. De prestatie visite regulier 20 minuten en langer mag (in afwijking van de voorwaarde genoemd onder 2) ook in rekening worden gebracht indien het gaat om een postoperatief consult thuis.
 10. Een vaccinatie tijdens een consult of een visite mag niet extra in rekening worden gebracht.

Ad 3) Consult passanten, militairen, gemoedsbezwaarden, tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht zijn verzekerd

Directe patiëntcontacten van (niet-)ingeschreven (on)verzekerden met de zorgaanbieder kunnen in rekening worden gebracht voor de volgende vier patiëntencategorieën:

1. Militairen in actieve dienst. Het betreft een vergoeding voor incidentele en acute huisartsenzorg;
2. Gemoedsbezwaarden als omschreven in artikel 2, tweede lid, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet;
3. Tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht zijn verzekerd.;
4. Passanten:
 - a) zijnde overige niet bij de betreffende huisartsenpraktijk ingeschreven patiënten die bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht zijn verzekerd. Het betreft een vergoeding voor incidentele en acute huisartsenzorg.
 - b) Consulten voor passanten mogen door de zorgaanbieder ook in rekening worden gebracht voor zorg aan arrestanten.

Het tarief van het consult is een bedrag per patiëntcontact. Het tarief is een vergoeding voor de kosten van zorglevering.

Het tarief van het consult gemoedsbezwaarden en tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht zijn verzekerd wordt opgehoogd met een opslag van € 3,48 (prijsspeil voorcalculatorisch niveau 2027) in verband met de extra te verrichten administratieve handelingen.

Het consult is gedifferentieerd in vierentwintig separate prestaties.

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Voorwaarden, voorschriften en beperkingen 1 tot en met 10 van de reguliere consulten (zie artikel 5.1 onderdeel 2) zijn mutatis mutandis van toepassing.
2. Consulten voor passanten, militairen, gemoedsbezwaarden of tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht zijn verzekerd mogen door de zorgaanbieder alleen in rekening worden gebracht voor zorg buiten anw-uren.
3. Het is niet toegestaan het consult voor tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht zijn verzekerd in rekening te brengen indien voor de ingeschreven patiënt het inschrijftarief in rekening wordt gebracht.
4. Consulten voor passanten mogen door de zorgaanbieder alleen in rekening worden gebracht voor incidentele en acute zorg aan niet bij de zorgaanbieder ingeschreven patiënten die bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht zijn verzekerd.
5. Voor zorg aan arrestanten mag het consult voor passanten in rekening worden gebracht ongeacht of er sprake is van incidentele en acute zorg.
6. Het is niet toegestaan het passantentarief in rekening te brengen indien de patiënt, gelet op de aard van de klachten, redelijkerwijs kan worden verwezen naar de huisarts(praktijk) waar de patiënt staat ingeschreven.
7. Het is niet toegestaan het consult voor passanten in rekening te brengen:
 - indien de patiënt is ingeschreven bij een huisarts die werkzaam is i) binnen dezelfde praktijk en/of ii) op dezelfde locatie als de behandelend huisarts;
 - of indien er sprake is van onderlinge waarneming (zoals bij vakantie, ziekte of nascholing).
8. Indien niet aan de voorwaarden 2 t/m 7 wordt voldaan, mogen alleen de reguliere consulten (zie artikel 5.1 onderdeel 2) in rekening worden gebracht.

Ad 4) Consult onverzekerde

Het tarief van het consult onverzekerde is een bedrag per direct patiëntcontact. Het tarief is een vergoeding voor de kosten van zorglevering.

Het tarief wordt opgehoogd met een opslag van € 3,48 (prijsspeil voorcalculatorisch niveau 2027) in verband met de extra te verrichten administratieve handelingen.

Het consult is gedifferentieerd in zes separate prestaties.

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Voorwaarden, voorschriften en beperkingen 1 tot en met 10 van de reguliere consulten (zie artikel 5.1 onderdeel 2) zijn mutatis mutandis van toepassing.
2. Consulten voor onverzekerden mogen door de zorgaanbieder alleen in rekening worden gebracht voor zorg buiten anw-uren.
3. Het is niet toegestaan het consult voor onverzekerden in rekening te brengen indien voor de ingeschreven patiënt het inschrijftarief in rekening wordt gebracht.

Ad 5) Poh-ggz

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

De prestatie opslagmodule praktijkondersteuner ggz beschrijft de beschikbaarheid van de functie poh-ggz voor de bij de zorgaanbieder op naam ingeschreven verzekerden.

Het tarief van de opslag is een bedrag per kwartaal per op naam van de zorgaanbieder ingeschreven verzekerde. Het tarief is een vergoeding voor de kosten van beschikbaarheid, e-health en consultatieve raadpleging en een deel van de kosten van zorglevering.

De prestatie consult praktijkondersteuner ggz is een direct patiëntcontact van een ingeschreven verzekerde met een zorgverlener poh-ggz. Het tarief is een vergoeding voor een deel van de kosten van zorgverlening in het kader van poh-ggz. Het consult is gedifferentieerd in zes separate prestaties. Het maximale basisconsulttarief poh-ggz is gelijk aan het maximale basistarief van het reguliere consult (zie artikel 5.1 onderdeel 2).

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Voorwaarden, voorschriften en beperkingen 1 tot en met 4 en 7 van de reguliere consulten zijn mutatis mutandis van toepassing op de consulten praktijkondersteuner ggz.
2. Het maximale opslagtariaf praktijkondersteuner ggz is gebaseerd op een inzet van 16 uur per week per 2.350 patiënten. Het in rekening te brengen tarief mag echter niet hoger zijn dan verklaard kan worden op basis van de aantoonbare en voor de ingeschreven patiënt beschikbare inzet van poh-ggz personeel (waarbij het functie- en competentieprofiel voor de praktijkondersteuner ggz ontwikkeld door LHV, NHG, PsyHAG en InEen leidend is), eventueel aangevuld met de direct aan de functie poh-ggz gekoppelde en aantoonbaar gemaakte kosten voor de ingeschreven patiënt beschikbare e-health toepassingen (niet zijnde reguliere infrastructurele kosten) en externe consultatie. Hierbij wordt de toerekenmethodiek gehanteerd zoals in de rekenvoorbeelden in de toelichting van deze beleidsregel is uitgewerkt. De onderbouwing van het werkelijk in rekening gebrachte opslagtariaf moet op verzoek van de patiënt, diens zorgverzekeraar of de NZa ter beschikking worden gesteld.
3. Aanvullende vergoedingen voor inzet van poh-ggz boven het niveau van 16 uur per week per 2.350 patiënten, of hieraan gekoppelde e-health en externe consultatie, kunnen overeengekomen worden binnen segment 3, onder de noemer zorgvernieuwing.
4. Indien de betreffende zorgaanbieder (aanbieder poh-ggz) niet ook de aanbieder is van de basisvoorziening huisartsenzorg (aanbieder huisartsenzorg) voor de betreffende ingeschreven verzekerden, dan moet een overeenkomst gesloten zijn tussen aanbieder poh-ggz en aanbieder huisartsenzorg. Aanbieder poh-ggz stelt deze overeenkomst met aanbieder huisartsenzorg desgevraagd ter beschikking aan de patiënt, de zorgverzekeraar of de NZa.
5. Het groepsconsult praktijkondersteuner ggz mag ongeacht de duur van het groepsconsult per consult één keer in rekening worden gebracht bij alle deelnemers aan het groepsconsult.

Ad 6) Overige S1-verrichtingen

De prestatie overige verrichtingen is gedifferentieerd in vijf specifieke (groepen van) verrichtingen (in vijf prestatiebeschrijvingen). De prestaties kennen een maximumtarief per verrichting en is een vergoeding voor de kosten van zorglevering.

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Het totaal aan medisch noodzakelijke handelingen zoals beschreven in de per prestatie relevante NHG-richtlijn (dan wel overige voor het uitvoeren van de specifieke prestatie relevante richtlijnen) is onderdeel van de beschreven prestatie.
2. Chirurgie betreft chirurgische ingrepen ter vervanging van behandeling in de 2^e lijn, zoals:
 - a. excisie van een atheroom, lipoom, fibroom, chalazion, neavus/multipele naevi;

- b. huidbiopsie (stans), electrochirurgie;
 - c. complexe (uitgebreide) wondbehandeling met hechten;
 - d. Barron-ligatie;
 - e. chirurgische decubitusbehandeling;
 - f. nagelchirurgie bijvoorbeeld nagelextractie respectievelijk nagelbedexcisie;
 - g. incideren van abces of van vers getromboseerd hemorrhoid, incisie periaanaal abces/sinus pilonidalis;
 - h. ascitespunctie;
 - i. verdenking melanoom, basaalcelcarcinoom, plaveiselcelcarcinoom, overige maligniteiten huid;
 - j. hechten grotere/lelijke complexe wonden;
 - k. frenulumplastiek;
 - l. behandeling van multipole condylomata acuminata met electrocoagulatie-apparaat.
3. Het verwijderen van wratten of mollusca valt niet onder chirurgie, maar onder het begrip kleine chirurgie in de consultprestaties van artikelen 5.1 onderdeel 2, 5.1 onderdeel 3 en 8.1 onderdeel 2.
4. Voor chirurgie gelden de volgende aanvullende voorwaarden: de prestatie is inclusief (hecht)materiaal, verwijderen hechtingen en nabehandeling (verwijderen van hechtingen na specialistische behandeling valt hier niet onder);
5. Compressietherapie bij ulcus cruris betreft het behandelen van een patiënt met ulcus cruris met behulp van compressietherapie, met de volgende voorwaarden:
- a. de indicatie en uitvoering conform NHG-standaard M16;
 - b. de patiënt is voor deze aandoening niet onder behandeling van een medisch specialist;
 - c. het maken van afspraken met de gespecialiseerde zorgaanbieder/verlener (bijvoorbeeld de wondverpleegkundige) over consulteren en door- en terugverwijzen valt onder de prestatiebeschrijving;
 - d. de prestatie is exclusief de benodigde verbandmiddelen.
6. Oogboring betreft het verwijderen van een corpus alienum uit het oog. Handelingen beschreven in NHG-standaard M57.
7. Therapeutische injectie (Cyriax) betreft een injectie met corticosteroïden of lokaal anestheticum in gewrichten, op peesaanhechtingen of bursa volgens principe van Cyriax.
8. IUD (spiraaltje) of etonogestrel implantatiestaafje aanbrengen/implanteren en/of verwijderen betreft het inbrengen en/of verwijderen van een IUD of etonogestrel implantatiestaafje vanwege anticonceptie. Het tarief voor de prestatie omvat alle werkzaamheden die samenhangen met het aanbrengen, implanteren en/of verwijderen van het IUD of etonogestrel implantatiestaafje.
9. Het tarief voor deze overige S1-verrichtingen is een vergoeding voor onder meer de tijd, die wordt besteedt aan het uitvoeren van de verrichting. De handelingen, die vooraf gaan aan het uitvoeren van deze verrichting, zoals uitgebreide uitvraag van klachten en hulpvraag, vraagverheldering, lichamelijk onderzoek, diagnostiek en het advies, zijn geen onderdeel van het tarief van de verrichting en kunnen separaat in rekening gebracht worden op basis van de bestede tijd als regulier consult of een van de varianten hiervan. Uiteraard alleen indien deze werkzaamheden ook daadwerkelijk zijn uitgevoerd. Indien voorafgaand aan de verrichting hulpvragen los van de verrichting worden beantwoord, kunnen deze als consult naast de verrichting in rekening worden gebracht.

Ad 7) Prestaties huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf en intensieve zorg

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

Prestatiebeschrijving huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf (elv)

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

Prestatiebeschrijving intensieve zorg

Intensieve zorg betreft het verlenen van intensieve zorg aan:

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

- VV Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging;
- VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding;
- VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging;
- VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging;
- VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg.

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Het totaal aan medisch noodzakelijke handelingen zoals beschreven in de voor het uitvoeren van de specifieke prestaties relevante richtlijnen is onderdeel van de beschreven prestatie.
2. De prestaties huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf en intensieve zorg betreffen prestaties per visite.
3. Voor de prestaties huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf en intensieve zorg geldt dat indien de visite aanvangt tijdens anw-uren, dan het anw-tarief in rekening mag worden gebracht.
4. Het anw-tarief kan niet worden gedeclareerd indien de visite is geleverd tijdens een dienstuur hds.
5. Indien intensieve zorg conform de prestatiebeschrijving wordt geleverd aan een patiënt die opgenomen is in een setting voor elv, kunnen de prestaties intensieve zorg in rekening worden gebracht.
6. De prestaties huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf 20 minuten en langer mogen alleen in rekening worden gebracht indien de patiëntgebonden tijd daadwerkelijk 20 minuten of langer in beslag heeft genomen.
7. Declaratie van een prestatie huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf of intensieve zorg kan niet gelijktijdig met declaratie van i) een regulier consult of visite zoals beschreven in artikel 5.1 onderdeel 2 en ii) een (eerste en tweede) behandelwensgesprek zoals beschreven in artikel 5.1 onderdeel 10 van deze beleidsregel. Een huisarts kan naast de prestaties huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf wel overige prestaties in rekening brengen indien deze zorg geleverd is.
8. De prestaties huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf en intensieve zorg kunnen niet in rekening worden gebracht indien de patiënt verblijf én behandeling geniet van een instelling ingevolge artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a en artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c van de Wet langdurige zorg.

Bedoeld wordt dat deze patiënten niet verblijven in een instelling en geen specifieke Wlz behandeling ontvangen door of namens die instelling. In artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c van de Wlz staat, dat die specifieke behandeling omvat: 'behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde.' Er zijn dus twee situaties mogelijk voor patiënten die intensieve huisartsenzorg of elv vanuit de Zvw behoeven, en die daarnaast ook Wlz zorg krijgen op grond van het genoemde zorgprofiel in artikel 3.1.1 van het Besluit langdurige zorg juncto artikel 2.1 Regeling langdurige zorg juncto bijlage A bij deze regeling:

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

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

Ad 8) Meer tijd voor de patiënt

Een combinatie van interventies die vallen onder anders werken in de praktijk, samenwerken met het netwerk en eventueel uitbreiding van personele capaciteit waardoor het mogelijk wordt om meer tijd voor de patiënt (MTVP) en daarmee een flexibele gemiddelde consultduur van 15 minuten te realiseren. De huisarts heeft hierdoor tijd om het 'goede gesprek' met de patiënt te voeren. De prestatie Meer tijd voor de patiënt kan, afhankelijk van het soort patiënt, als volgt in rekening worden gebracht:

- A. Het tarief van de prestatie Meer tijd voor de patiënt is een bedrag per kwartaal per op naam van de zorgaanbieder ingeschreven verzekerde. De NZa stelt het maximumtarief voor de prestatie vast op € 3,51 (voorcalculatorisch niveau 2027).

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. De zorgaanbieder committeert zich aan de inhoud van de vigerende leidraad MTVP, opgesteld door de LHV, VPH, InEen en ZN.

2. De zorgaanbieder committeert zich aan het regioplan, zoals beschreven in de vigerende leidraad MTVP. Het regioplan is opgesteld door de regionale huisartsenorganisatie of een alternatieve organisatievorm waarin huisartsenpraktijken verenigd zijn zoals een zorggroep of regio-organisatie (vanaf nu RHO genoemd), in samenspraak met de huisartsenpraktijken. Doordat de zorgaanbieder zich hieraan committeert kan de RHO de zorgaanbieder ondersteunen bij het implementeren en optimaliseren van de interventies in het kader van MTVP;
3. De zorgaanbieder neemt deel aan intervisie gericht op MTVP, georganiseerd door de RHO;
4. De prestatie mag enkel in rekening worden gebracht indien de verzekerde zich uit eigen beweging heeft ingeschreven bij de desbetreffende zorgaanbieder;
5. De prestatie mag enkel in rekening worden gebracht voor die verzekerden die op de eerste dag van het kwartaal bij de zorgaanbieder ingeschreven staan;
6. De prestatie kan in rekening worden gebracht in aanvulling op de overige prestaties zoals in deze beleidsregel beschreven, tenzij expliciet anders wordt vermeld.
- B. Per ingeschreven gemoedsbezwaarde kan eenmaal per jaar een bedrag van maximaal € 14,03 (voorcalculatorisch niveau 2027) als opslag op het consulttarief gemoedsbezwaarden in rekening worden gebracht.

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Voorwaarden, voorschriften en beperkingen van de reguliere consulten gemoedsbezwaarden (zie artikel 5 lid 2, ad 3) zijn mutatis mutandis van toepassing.
2. Het tarief mag voor alle ingeschreven gemoedsbezwaarden eenmalig in rekening worden gebracht als is voldaan aan de voorwaarden 1, 2, 3 en 6 van de prestatie Meer tijd voor de patiënt.

Ad 9) Meedenkadvies medisch specialistische zorg

Een prestatie voor de inzet van de huisarts. De prestatie omvat:

- het opstellen van de casus, inclusief alle relevante informatie, uitgevoerde diagnostiek en vraagstelling aan de medisch-specialistische zorgverlener met poortfunctie zoals bedoeld in de vigerende Regeling medisch-specialistische zorg;
- het ter beschikking stellen van de casus aan de bevraagde zorgverlener op een vergelijkbare wijze als dit bij een reguliere verwijzing aan de betreffende zorgverlener gebruikelijk is. Hiermee geeft de medisch-specialistische zorgverlener advies zonder direct patiënt contact.

De prestatie omvat niet het consult met de patiënt en de terugkoppeling van het advies aan de patiënt. Dit laatste is onderdeel van het reguliere contact tussen huisarts en patiënt. De zorgvraag en het advies worden vastgelegd in het medisch dossier van de patiënt bij de verantwoordelijke behandelaar. De prestatie wordt maximaal één keer per zorgvraag gedeclareerd, ook indien er voor de totstandkoming van één advies over één zorgvraag meerdere contactmomenten hebben plaatsgevonden. Deze prestatie kan alleen worden gedeclareerd indien zonder advies van de medisch-specialistische zorgverlener de huisarts over zou gaan tot een reguliere verwijzing. Het advies stelt de huisarts in staat om te beslissen of en hoe de patiënt zelf verder te behandelen voor deze zorgvraag of om door te verwijzen. Indien de patiënt voor de zorgvraag reeds onder behandeling is in de medisch-specialistische zorg, kan de prestatie niet worden gedeclareerd. De prestatie mag uitsluitend worden gedeclareerd indien deze adviesvraag geen onderdeel uitmaakt van afspraken binnen de multidisciplinaire zorg zoals omschreven in artikel 6, hoofdstuk 1, lid 2 van deze beleidsregel.

Ad 10) Proactieve zorgplanning: eerste en tweede behandelwensgesprek

Het vroegtijdig in de palliatieve fase bespreken van huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past.⁴ Dit resulteert in het opstellen van een individueel zorgplan, wat – met andere betrokken zorgverleners (indien van toepassing óók transmuraal) – wordt gedeeld en indien nodig wordt besproken.

- A. De prestatie 'Eerste behandelwensgesprek' omvat:
 - a. Het eerste gesprek met betrekking tot proactieve zorgplanning tussen de zorgverlener en de patiënt en/of diens vertegenwoordiger over de gewenste passende zorg en medische behandeling, doelen en voorkeuren in de palliatieve fase;
 - b. het (indien van toepassing óók transmuraal) delen van het zorgplan met andere zorgverleners die betrokken zijn bij de palliatieve fase, waaronder in ieder geval de huisartsenpost en, indien betrokken, de wijkverpleegkundige zorg. Indien nodig ook het bespreken van het zorgplan met andere zorgverleners die betrokken zijn bij de palliatieve fase; en
 - c. het vastleggen in het medisch dossier van het gesprek zoals bedoeld onder a; en het delen, en indien nodig bespreken, van het zorgplan met andere zorgverleners zoals bedoeld onder b.
- B. De prestatie 'Tweede behandelwensgesprek' omvat:

⁴ Hierbij wordt uitgegaan van de definitie van palliatieve fase conform het vigerende Kwaliteitskader palliatieve zorg.

- a. Het tweede gesprek met betrekking tot proactieve zorgplanning tussen de zorgverlener en de patiënt en/of diens vertegenwoordiger over de gewenste passende zorg en medische behandeling, doelen en voorkeuren in de palliatieve fase;
- b. Het (indien van toepassing óók transmuraal) delen van het zorgplan met andere zorgverleners die betrokken zijn bij de palliatieve fase, waaronder in ieder geval de huisartsenpost en, indien betrokken, de wijkverpleegkundige zorg. Indien nodig ook het bespreken van het zorgplan met andere zorgverleners die betrokken zijn bij de palliatieve fase; en
- c. het vastleggen in het medisch dossier van het gesprek zoals bedoeld onder a; en het delen, en indien nodig bespreken, van het zorgplan met andere zorgverleners zoals bedoeld onder b.

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Aan dit eerste en tweede behandelwensgesprek gaat de markering van het begin van de palliatieve fase vooraf. Daarmee maakt deze markering geen onderdeel uit van de prestatie proactieve zorgplanning (eerste en tweede behandelwensgesprek) in de palliatieve fase.
2. Declaratie van de prestatie proactieve zorgplanning (eerste en tweede behandelwensgesprek) kan niet gelijktijdig met declaratie van i) een regulier consult of visite zoals beschreven in artikel 5.1 onderdeel 2 en ii) intensieve zorg zoals beschreven in artikel 5.1 onderdeel 7 van deze beleidsregel.
3. Vanaf het derde behandelwensgesprek valt de declaratie van de prestatie proactieve zorgplanning onder een regulier consult of visite.

Ad 11) Module inbouwkosten voor nieuwe adequate huursituatie

Deze prestatie is bedoeld voor een huisartsenpraktijk die verhuist naar een ander huurpand, of een startende huisartsenpraktijk die een pand huurt, en extra kosten heeft gemaakt omdat het pand eerst nog omgebouwd moest worden om het geschikt te maken voor het leveren van huisartsenzorg. Hierbij zijn inbouwkosten gemaakt voor noodzakelijke aanpassingen in de vaste inrichting, (gedeelte-) vervanging van de werktuigbouwkundige- en elektrotechnische installaties en beperkte ingrepen in de bouwkundige voorzieningen.

De kosten voor inbouw betreffen extra kosten die niet al in de reguliere vergoeding voor kosten voor adequate huisvesting zijn opgenomen. De kosten voor het verbouwen, moderniseren, verduurzamen en/of renoveren van een pand waarin voorheen ook huisartsenzorg werd geleverd (en daardoor geschikt om huisartsenzorg te leveren) vallen niet onder inbouwkosten. De kosten voor verbouwen, bijvoorbeeld vanwege ouderdom van een pand, zijn al onderdeel van de reguliere normatieve huisvestingscomponent (nhc) die is verwerkt in de (basis)tarieven huisartsenzorg.

Het tarief van de prestatie inbouwkosten voor nieuwe adequate huursituatie is een bedrag per kwartaal per op naam van de zorgaanbieder ingeschreven verzekerde. De NZa stelt het maximumtarief voor de prestatie vast op € 0,94 (voorcalculatorisch niveau 2027).

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. De zorgaanbieder is verhuist naar een voor de huisartsenpraktijk nieuwe huurlocatie, waar voorheen geen huisartsenzorg geleverd werd. Dat kan zowel bestaande bouw als nieuwbouw zijn.
2. De huurlocatie is voor de inbouw nog niet geschikt voor de functie 'leveren van huisartsenzorg', maar kan wel als 'courant' worden beschouwd voor andere functies. Het voorzieningenniveau is passend voor de actuele markt voor (kantoor)vastgoed en er is geen sprake van technische en/of functionele veroudering en/of gebreken.
3. Onder inbouwkosten vallen de kosten voor noodzakelijke aanpassingen om het pand geschikt te maken voor het leveren van huisartsenzorg. Daaronder vallen niet de kosten voor een 'reguliere' verbouwing (moderniseren, verbouwen, renoveren), energiekosten of servicekosten.
4. De zorgaanbieder heeft inzicht in de inbouwkosten die nodig zijn (geweest) om de locatie geschikt te maken voor het leveren van huisartsenzorg. Als de zorgaanbieder de inbouwkosten via structurele huurkosten betaalt aan de verhuurder, moet apart worden onderbouwd welk deel van de huurkosten 'inbouwkosten' betreft.
5. De zorgaanbieder hanteert passende uitgangspunten voor de financiële verantwoording van de inbouwkosten, waaronder in ieder geval de toepassing van redelijke afschrijvingstermijnen. Binnen de nhc-systematiek wordt uitgegaan van een gemiddelde afschrijvingstermijn van 30 jaar voor het volledige vastgoed. De zorgaanbieder kan daar gemotiveerd van afwijken. De huisartsenpraktijk berekent de kosten voor de inbouwkosten per jaar. De zorgaanbieder kan bij eventuele controles de declaratie van deze prestatie onderbouwen op basis van relevante documenten.
6. De prestatie mag enkel in rekening worden gebracht voor die verzekerden die op de eerste dag van het kwartaal bij de zorgaanbieder ingeschreven staan;
7. De prestatie kan in rekening worden gebracht in aanvulling op de overige prestaties zoals in deze beleidsregel beschreven, tenzij expliciet anders wordt vermeld.

Ad 12) Onderlinge dienstverlening

Onderlinge dienstverlening betreft de levering van een (deel)prestatie of van een geheel van prestaties door een 'andere zorgaanbieder' in opdracht van een 'zorgaanbieder'. De andere zorgaanbieder wordt in dit kader ook wel aangeduid als de 'uitvoerende zorgaanbieder'. De zorgaanbieder wordt in dit kader ook wel aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'.

Artikel 6 Prestatiebeschrijvingen en bepalingen in Segment 2

1. Prestatiebeschrijvingen

Binnen Segment 2 worden de volgende prestatiebeschrijvingen onderscheiden:

1. Organisatie en infrastructuur
 - a. Organisatie en infrastructuur wijkmanagement (samenwerking tussen verschillende zorg- en hulpverleners in de wijk), per ingeschreven verzekerde
 - b. Organisatie en infrastructuur ketenzorg, per ingeschreven verzekerde
 - c. Organisatie en infrastructuur regiomanagement (samenwerking tussen verschillende zorg- en hulpverleners in de regio), per ingeschreven verzekerde
 - d. Organisatie en infrastructuur geïntegreerde eerstelijnszorg overig, per ingeschreven verzekerde
 - e. Onderlinge dienstverlening ten behoeve van O&I
2. Multidisciplinaire zorg – gecontracteerd
 - a. Multidisciplinaire zorg Diabetes Mellitus type 2 en/of Vasculair Risicomanagement
 - b. Multidisciplinaire zorg COPD en/of Astma
 - c. Onderlinge dienstverlening ten behoeve van multidisciplinaire zorg
3. Multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd
 - a. Multidisciplinaire zorg Diabetes Mellitus type 2 – niet gecontracteerd
 - b. Multidisciplinaire zorg COPD – niet gecontracteerd
 - c. Multidisciplinaire zorg hart- of vaatziekten – niet gecontracteerd
 - d. Onderlinge dienstverlening ten behoeve van multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd

2. Bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen

Ad 1) Organisatie en infrastructuur (O&I)

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

In alle gevallen betreft het een vergoeding per ingeschreven verzekerde van de bij het multidisciplinair samenwerkingsverband aangesloten huisartsen. De vergoeding wordt vervolgens overeengekomen met het relevante samenwerkingsverband. De werkzaamheden die via de prestaties binnen organisatie en infrastructuur vergoed worden hebben nadrukkelijk een multidisciplinaire insteek, en hebben (in ieder geval) voor een deel betrekking op noodzakelijke ondersteuning van huisartsen, waarmee koppeling met de bij de huisarts ingeschreven patiënten gerechtvaardigd is.

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

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

Binnen O&I worden de volgende prestaties onderscheiden.

a. Organisatie en infrastructuur wijkmanagement (samenwerking tussen verschillende zorg- en hulpverleners in de wijk), per ingeschreven verzekerde

Deze prestatie biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over de investeringen in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden met bijbehorende ondersteuningsstructuur met als doel de optimalisatie van ondersteuning van, en samenwerking tussen huisartsen en andere eerstelijns zorgaanbieders op wijkniveau (een populatie van 10.000/20.000 ingeschreven verzekerden is hierbij een

uitgangspunt, maar de specifieke invulling van dit wijkniveau is aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars). De verwachting hierbij is dat deze verbeterde samenwerking bijdraagt aan behoud of verbetering van kwaliteit van zorg en/of beheersing van zorgkosten.

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

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

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

b. Organisatie en infrastructuur ketenzorg, per ingeschreven verzekerde

Deze prestatie biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over de financiering van de organisatie en infrastructuur behorende bij de opzet en uitvoering van de landelijke ketenzorgprogramma's zoals beschreven in artikel 6.1 onderdeel 2.

Het betreft een vergoeding voor het organiseren en onderhouden van de kwaliteitscyclus (plan-do-check-act) rondom de kosten en kwaliteit van ketenzorg. Hierbij wordt voldaan aan de criteria zoals gesteld in het huidige zorgstandaardmodel van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden.

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

Het multidisciplinair samenwerkingsverband is hierbij voor deze ketenzorgafspraken een gemandateerd aanspreekpunt voor en namens de aangesloten eerstelijns zorgaanbieders met andere stakeholders, zoals bijvoorbeeld gemeenten, ziekenhuizen, VVT-instellingen, GGZ-instellingen etc. De werkzaamheden die via de prestaties binnen organisatie en infrastructuur vergoed worden hebben nadrukkelijk een multidisciplinaire insteek, en hebben (in ieder geval) voor een deel betrekking op noodzakelijke ondersteuning van huisartsen, waarmee koppeling met de bij de huisarts ingeschreven patiënten gerechtvaardigd is.

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

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

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

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

c. Organisatie en infrastructuur regiomanagement (samenwerking tussen verschillende zorg- en hulpverleners in de regio), per ingeschreven verzekerde

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

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

het definiëren van speerpunten, het maken en uitvoeren van plannen op deze speerpunten en het inzichtelijk maken van de resultaten van deze plannen.

Het multidisciplinair samenwerkingsverband maakt hierbij adequate samenwerkingsafspraken tussen de deelnemende zorgprofessionals en het sociale domein. Het samenwerkingsverband is hierbij een gemandateerd aanspreekpunt voor en namens de aangesloten eerstelijns zorgaanbieders met andere stakeholders, zoals bijvoorbeeld gemeenten, ziekenhuizen, VVT-instellingen, GGZ-instellingen etc. Bij het tot stand komen van een tariefafspraken voor deze prestatie maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders specifieke afspraken over de vergoedingen voor bijvoorbeeld personele inzet, management, ICT, huisvesting, en innovatie op regioniveau.

d. Organisatie en infrastructuur geïntegreerde eerstelijnszorg overig, per ingeschreven verzekerde

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

Tot en met 2017 konden multidisciplinaire samenwerkingsverbanden afspraken maken binnen de GEZ-module. De verwachting is dat de afspraken die binnen deze GEZ-module vielen, nu binnen de drie nieuwe O&I-prestaties a, b of c kunnen vallen. De GEZ-module zou daarmee kunnen vervallen. De traditionele ruimte die de GEZ-module bood blijft echter vooralsnog behouden totdat duidelijk is dat alle bestaande en gewenste afspraken ook daadwerkelijk te vatten zijn in de drie nieuwe O&I-prestaties.

e. Onderlinge dienstverlening ten behoeve van O&I

Onderlinge dienstverlening betreft de levering van een (deel)prestatie of van een geheel van prestaties door een 'andere zorgaanbieder' in opdracht van een 'zorgaanbieder'. De andere zorgaanbieder wordt in dit kader ook wel aangeduid als de 'uitvoerende zorgaanbieder'. De zorgaanbieder wordt in dit kader ook wel aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'. De prestaties onderlinge dienstverlening ten behoeve van O&I zijn in rekening te brengen door een andere zorgaanbieder bij een zorgaanbieder.

Ad 2) Multidisciplinaire zorg – gecontracteerd

Binnen Segment 2A Multidisciplinaire zorg – gecontracteerd zijn de prestaties Multidisciplinaire zorg Diabetes Mellitus type 2 en/of Vasculair Risicomanagement en Multidisciplinaire zorg COPD en/of Astma onderscheiden die te declareren zijn indien zorgverzekeraar en zorgaanbieder dit contractueel overeenkomen en kennen een vrij tarief, zie ook artikel 9.2.

a. Multidisciplinaire zorg Diabetes Mellitus type 2 en/of Vasculair Risicomanagement

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

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

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

Met de introductie van de opslag Organisatie en infrastructuur ketenzorg, per ingeschreven verzekerde (zie artikel 6.1 onderdeel 1.b) wordt expliciet de mogelijkheid benadrukt om de kosten van de

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

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

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Uitgezonderd van de prestatiebeschrijving zijn de anw-zorg, eerstelijnsdiagnostiek, geneesmiddelenzorg en hulpmiddelenzorg.
2. Geneesmiddelen verstrekt binnen een programmatische aanpak van zorg bij het Stoppen met Roken vallen wel onder de prestatiebeschrijving.
3. De prestatie betreft de ingevulde standaard voor zorgstandaarden, waarbij de prestatie geldt voor het deel van de zorgstandaard dat inhoud en levering beschrijft nadat de diagnose is vastgesteld. Het bestaat ten minste uit (een) ziektespecifieke en (een) generieke component(en) waarbij de organisatiestructuur en de kwaliteitscyclus waarbinnen de zorgonderdelen geleverd worden, tenminste dienen te voldoen aan de criteria zoals gesteld in het vigerende zorgstandaard model van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden.
4. Het overeengekomen tarief heeft een maximale looptijd van 1 januari tot en met 31 december van enig jaar. Het is partijen toegestaan meerjarige contracten te sluiten, en daarin voor elk jaar van de looptijd van het contract een jaartarief en eventueel aanvullende afspraken overeen te komen.
5. De prestaties kennen een vrij tarief per geïnccludeerde patiënt per kwartaal en mogen enkel in rekening worden gebracht wanneer er een overeenkomst is afgesloten tussen verzekeraar en aanbieder, of indien de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde uitsluitend restitutiepolis aanbiedt (en daarbij niet zelf contracteert) onder de voorwaarde dat er een overeenkomst is met minimaal één andere zorgverzekeraar.

b. Multidisciplinaire zorg COPD en/of Astma

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

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

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

Met de introductie van de opslag Organisatie en infrastructuur ketenzorg, per ingeschreven verzekerde (zie artikel 6.1 onderdeel 1.b) wordt expliciet de mogelijkheid benadrukt om de kosten van de organisatie en infrastructuur separaat te vergoeden via een vergoeding per ingeschreven verzekerde. Als deze vorm van vergoeding overeen wordt gekomen voor organisatie van ketenzorg, kan het tarief dat voor de prestaties binnen S2A overeen wordt gekomen per geïnccludeerde patiënt enkel nog gebaseerd zijn op de resterende component van de ketenzorg, te weten de concrete zorglevering. Het blijft ook mogelijk om een tarief overeen te komen voor de ketenzorgprestaties binnen S2A inclusief de kosten voor organisatie en infrastructuur (dus per geïnccludeerde patiënt), zolang hier geen vergoeding via de O&I-module tegenover staat.

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

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. De voorwaarden, voorschriften en beperkingen 1 tot en met 5 van de prestatie multidisciplinaire zorg Diabetes Mellitus type 2 en/of Vasculair Risicomanagement zijn mutatis mutandis van toepassing.

c. Onderlinge dienstverlening ten behoeve van multidisciplinaire zorg

Onderlinge dienstverlening betreft de levering van een (deel)prestatie of van een geheel van prestaties door een 'andere zorgaanbieder' in opdracht van een 'zorgaanbieder'. De andere zorgaanbieder wordt in dit kader ook wel aangeduid als de 'uitvoerende zorgaanbieder'. De zorgaanbieder wordt in dit kader ook wel aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'. De prestaties onderlinge dienstverlening ten behoeve van multidisciplinaire zorg zijn in rekening te brengen door een andere zorgaanbieder bij een zorgaanbieder.

Ad 3) Multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd

Binnen segment S2A Multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd zijn de prestaties Multidisciplinaire zorg Diabetes Mellitus type 2, COPD en hart- en vaatziekten onderscheiden die te declareren zijn door aanbieders van multidisciplinaire zorg zonder contract met een zorgverzekeraar. Deze prestaties zijn voorzien van een maximumtarief (zie ook artikel 9.2) en kennen aanvullende voorwaarden, voorschriften en beperkingen die afgeleid zijn van hetgeen aanbieders van multidisciplinaire zorg en zorgverzekeraars gebruikelijk contractueel overeenkomen bij de prestaties binnen segment S2A.

a. Multidisciplinaire zorg Diabetes Mellitus type 2 – niet gecontracteerd

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

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

Het tarief is een maximumtarief per geïncludeerde patiënt per kwartaal en biedt vergoeding voor de kosten van het geheel aan noodzakelijke organisatie en infrastructuur van de ketenzorg conform zorgstandaard. Het tarief dekt daarmee alle kosten voor personele inzet, management, ICT, huisvesting en overige kosten behorende bij de noodzakelijke organisatiestructuur en het onderhouden van de kwaliteitscyclus die samenhangen met het leveren van multidisciplinaire ketenzorg voor patiënten met DM2. Het tarief dekt verder de kosten van huisartsenzorg, diëtetiek en de eventuele inzet van een diabetesverpleegkundige. Zie verder artikel 9.2 en het 'Verantwoordingsdocument tarieven huisartsenzorg 2025'.

b. Multidisciplinaire zorg COPD – niet gecontracteerd

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

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

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

COPD. Het tarief dekt verder de kosten van huisartsenzorg, diëtetiek en de eventuele inzet van een COPD-verpleegkundige. Zie verder artikel 9.2 en het 'Verantwoordingsdocument tarieven huisartsenzorg 2025'.

c. Multidisciplinaire zorg hart- of vaatziekten – niet gecontracteerd

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

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

Het tarief is een maximumtarief per geïncludeerde patiënt per kwartaal en biedt vergoeding voor de kosten van het geheel aan noodzakelijke organisatie en infrastructuur van de ketenzorg conform zorgstandaard. Het tarief dekt daarmee alle kosten voor personele inzet, management, ICT, huisvesting en overige kosten behorende bij de noodzakelijke organisatiestructuur en het onderhouden van de kwaliteitscyclus die samenhangen met het leveren van multidisciplinaire ketenzorg voor patiënten met hart- of vaatziekten. Het tarief dekt verder de kosten van huisartsenzorg en diëtetiek. Zie verder artikel 9.2 en het 'Verantwoordingsdocument tarieven huisartsenzorg 2025'.

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd:

Voor de drie prestaties beschreven in artikel 6.1 onderdeel 3 gelden onderstaande voorwaarden, voorschriften en beperkingen. Deze voorwaarden, voorschriften en beperkingen zijn afgeleid van hetgeen aanbieders van multidisciplinaire zorg en zorgverzekeraars gebruikelijk contractueel overeenkomen bij de afspraken over de prestaties binnen segment S2A. Binnen deze contracten worden specifieke afspraken gemaakt over

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

Deze afspraken geven nadere invulling aan de wijze waarop multidisciplinaire ketenzorg in de praktijk wordt vormgegeven, in aanvulling of in het verlengde van hetgeen in zorgstandaarden/richtlijnen en daaruit volgende NZa-regelgeving is vastgelegd.

De prestaties en bijbehorende tarieven voor multidisciplinaire ketenzorg zijn gebaseerd op de invulling van deze zorg zoals deze nu gangbaar is. Dat is daarmee conform de afspraken die zorgaanbieders en zorgverzekeraars overeenkomen. Nu een contractuele relatie tussen zorgverlener en zorgverzekeraar ontbreekt bij declaratie van deze prestaties neemt de NZa specifiek voor deze prestaties een deel van deze afspraken als nadere voorwaarde, voorschrift of beperking op, om te borgen dat ook zonder contract de zorg geleverd wordt conform hetgeen landelijk gangbaar is. De voorwaarden, voorschriften en beperkingen zal de NZa deels opnemen in de Prestatie- en tariefbeschikking, deels in de Regeling multidisciplinaire zorg.

d. Onderlinge dienstverlening ten behoeve van multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd

Onderlinge dienstverlening betreft de levering van een (deel)prestatie of van een geheel van prestaties door een 'andere zorgaanbieder' in opdracht van een 'zorgaanbieder'. De andere zorgaanbieder wordt in dit kader ook wel aangeduid als de 'uitvoerende zorgaanbieder'. De zorgaanbieder wordt in dit kader ook wel aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'. De prestaties onderlinge dienstverlening ten behoeve van multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd zijn in rekening te brengen door een andere zorgaanbieder bij een zorgaanbieder.

I. Algemeen

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

II. Organisatie en infrastructuur

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

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

III. Inclusie- en exclusiecriteria

Voor het in rekening brengen van deze prestaties gelden harde inclusie- en exclusiecriteria. Hiervoor sluit de NZa onverkort aan bij de 'Handleiding voor inclusie en exclusie van patiënten in ketenzorgprogramma's van InEen en ZN'.⁵ De prestaties mogen alleen in rekening worden gebracht voor patiënten die op de eerste dag van het te declareren kwartaal (1 januari, 1 april, 1 juli, 1 oktober) voldoen aan alle inclusiecriteria en aan geen van de exclusiecriteria voor de specifieke ketenzorgprogramma's. Hieruit volgt onder andere:

1. dat voor patiënten die worden geïncludeerd in de keten Diabetes Mellitus type 2 niet aanvullend de keten hart- of vaatziekten in rekening mag worden gebracht;
2. dat de prestaties enkel in rekening mogen worden gebracht als de patiënt ook daadwerkelijk wordt behandeld door (de onderaannemers van) de aanbieder van multidisciplinaire zorg;
3. dat de aanbieder van multidisciplinaire zorg de prestaties alleen in rekening mag brengen aan patiënten (c.q. hun zorgverzekeraars) die staan ingeschreven op naam bij een huisarts die onderaannemer is van de zorgaanbieder of bij de zorgaanbieder zelf.

IV. Samenloop declaratietitels

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

Ad a) Multidisciplinaire zorg Diabetes Mellitus type 2 – niet gecontracteerd

Als de prestatie multidisciplinaire ketenzorg Diabetes Mellitus type 2 – niet gecontracteerd in rekening wordt gebracht, mogen de volgende prestaties voor dezelfde patiënt in het betreffende kwartaal niet in rekening worden gebracht.

1. Prestaties beschreven binnen de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg:
 - *Materiaalkosten teststrips bloedsuikerbepaling diabetespatiënten (waaronder eyetone-teststrips)*, in het geheel uitgesloten;
 - *Diabetes Mellitus – begeleiding per jaar bij suikerziekte*, in het geheel uitgesloten;
 - *Diabetes Mellitus – instellen van medicijn (insuline) voor suikerziekte*, in het geheel uitgesloten;
 - *Spleetlamponderzoek*, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening Diabetes Mellitus type 2 plaatsvindt;

⁵ Versie december 2022: https://ineen.nl/wp-content/uploads/2022/12/221208_herziene-handleiding-inclusie-en-exclusie-ketenzorgprogrammas_definitief.pdf

- *Consulten/visitesen daarvan afgeleide prestaties binnen Segment 1 voor huisartsenzorg, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening Diabetes Mellitus type 2 plaatsvindt;*
- *Alle prestaties zoals beschreven binnen deze beleidsregel, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening Diabetes Mellitus type 2 plaatsvindt.*
- 2. Prestaties beschreven binnen de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor extramurale diëtetiek:
 - *Alle prestaties zoals beschreven binnen deze beleidsregel, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening Diabetes Mellitus type 2 of hart- of vaatziekten plaatsvindt.*
- 3. Prestaties beschreven binnen de Beleidsregel stoppen-met-rokenprogramma:
 - *Alle prestaties zoals beschreven binnen deze beleidsregel, in het geheel uitgesloten.*

Een patiënt kan binnen de prestatie multidisciplinaire ketenzorg Diabetes Mellitus type 2 – niet gecontracteerd ook programmatische zorg in het kader van hart- of vaatziekten ontvangen. Op basis van de in- en exclusiecriteria kan een zorgaanbieder in dat geval alleen de prestatie multidisciplinaire ketenzorg Diabetes Mellitus type 2 – niet gecontracteerd in rekening brengen. Prestaties die onderdeel zijn van de programmatische zorg in het kader van hart- of vaatziekten mogen daarmee ook niet separaat in rekening worden gebracht naast de prestatie multidisciplinaire ketenzorg Diabetes Mellitus type 2 – niet gecontracteerd. Het betreft dan de prestaties:

- *Diagnostiek met behulp van Doppler, in het geheel uitgesloten;*
- *Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting, in het geheel uitgesloten;*
- *Kosten voor het maken van een ECG (hartfilmpje), uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening hart- of vaatziekten plaatsvindt;*
- *ECG-diagnostiek: maken, interpreteren en bespreken van hartfilmpje met de patiënt, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening hart- of vaatziekten plaatsvindt;*
- *Consulten/visitesen daarvan afgeleide prestaties binnen segment 1 voor huisartsenzorg, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening hart- of vaatziekten plaatsvindt.*

ad b) Multidisciplinaire zorg COPD – niet gecontracteerd

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

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

ad c) Multidisciplinaire zorg hart- of vaatziekten – niet gecontracteerd

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

1. Prestaties beschreven binnen de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg:
 - *Diagnostiek met behulp van Doppler, in het geheel uitgesloten;*

- *Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting*, in het geheel uitgesloten;
 - *Kosten voor het maken van een ECG (hartfilmpje)*, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening hart- of vaatziekten plaatsvindt;
 - *ECG-diagnostiek: maken, interpreteren en bespreken van hartfilmpje met de patiënt*, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening hart- of vaatziekten plaatsvindt;
 - *Consulten/visitesen daarvan afgeleide prestaties binnen Segment 1 voor huisartsenzorg*, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de behandeling en begeleiding van de aandoening hart- of vaatziekten plaatsvindt.
 - Alle prestaties zoals beschreven binnen deze beleidsregel, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening hart- of vaatziekten plaatsvindt.
2. Prestaties beschreven binnen de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor extramurale diëtetiek:
- Alle prestaties zoals beschreven binnen deze beleidsregel, voor zover de zorglevering in het kader van de programmatische behandeling en begeleiding van de aandoening hart- of vaatziekten plaatsvindt.
3. Prestaties beschreven binnen de Beleidsregel stoppen-met-rokenprogramma:
- Alle prestaties zoals beschreven in deze beleidsregel.

Artikel 7 Prestatiebeschrijvingen en bepalingen Segment 3

1. Prestatiebeschrijvingen

Binnen Segment 3 worden de volgende prestatiebeschrijvingen onderscheiden:

1. Resultaatbeloning
 - a. Resultaatbeloning adequaat verwijzen en diagnostiek
 - b. Resultaatbeloning doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen
 - c. Resultaatbeloning service en bereikbaarheid
 - d. Resultaatbeloning multidisciplinaire zorg
 - e. Resultaatbeloning stimulering huisartsenzorg in krimpregio's
 - f. Resultaatbeloning overig
2. Zorgvernieuwing
 - g. Zorgvernieuwing e-health
 - h. Zorgvernieuwing meekijkconsult
 - i. Overige zorgvernieuwing

2. Bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen

Ad 1) Resultaatbeloning

Binnen het domein resultaatbeloning zijn zes separate prestaties onderscheiden.

a) Resultaatbeloning adequaat verwijzen en diagnostiek

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

b) Resultaatbeloning doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen

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

c) Resultaatbeloning service en bereikbaarheid

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

- Het hebben en gebruiken van mogelijkheden voor patiënten om digitaal afspraken te maken met de huisartspraktijk.
- Het hebben en gebruiken van mogelijkheden voor patiënten tot het aanvragen van herhaalrecepten via mail of website.
- Het ingericht hebben van een ochtend en/of avondsprekuur en/of weekendsprekuur.

- Deelname aan een klanttevredenheidsonderzoek.
- Volledige telefonische bereikbaarheid.

d) Resultaatbeloning multidisciplinaire zorg

Deze deelprestatie biedt ruimte om afspraken te maken over beloning op uitkomsten van zorgkwaliteit en/of kosten rondom multidisciplinaire zorg(programma's). Hierbij kunnen partijen aansluiten bij de uniforme indicatoren en normen overeengekomen door branchepartijen InEen en Zorgverzekeraars Nederland.⁶

e) Resultaatbeloning stimulering huisartsenzorg in krimpregio's

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

f) Resultaatbeloning overig

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

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

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

Ad 2) Zorgvernieuwing

Binnen het domein zorgvernieuwing zijn drie separate prestaties onderscheiden.

g) Zorgvernieuwing e-health

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

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

Beperking: e-health die samenhangt met enkel de functie poh-ggz moet in eerste instantie onder die prestatie in rekening worden gebracht (zie artikel 5.1 onderdeel 4); alleen als partijen afspraken maken die de ruimte van die prestatie te boven gaat, kan de S3-prestatie zorgvernieuwing e-health voor dat deel worden gebruikt.

h) Zorgvernieuwing meekijkconsult

De prestatie zorgvernieuwing meekijkconsult 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, al dan niet met direct patiënt contact. 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.

⁶ Te raadplegen via www.ineen.nl en www.zn.nl.

Beperking:

- Een meekijkconsult dat samenhangt met enkel de functie poh-ggz moet in eerste instantie onder die prestatie in rekening worden gebracht (consultatieve raadpleging poh-ggz, zie artikel 5.1 onderdeel 4); alleen als partijen afspraken maken die de ruimte van die prestatie te boven gaat, kan de S3-prestatie zorgvernieuwing meekijkconsult voor dat deel worden gebruikt.
- Een meekijkconsult dat samenhangt met het meedenkadvies medisch specialistische zorg moet in eerste instantie onder die prestatie in rekening worden gebracht (meedenkadvies medisch specialistische zorg, zie artikel 5.1, onderdeel 9); alleen als partijen afspraken maken die de ruimte van die prestatie te boven gaat, kan de S3-prestatie zorgvernieuwing meekijkconsult voor dat deel worden gebruikt.

i) Overige zorgvernieuwing

Deze prestatie biedt ruimte om lokale afspraken te maken over de vergoeding van overige vormen van zorgvernieuwing, die niet in één van de prestaties g of h zijn onder te brengen. Afspraken over inzet van poh-ggz boven 16 uur per week per 2.350 patiënten kunnen ook onderdeel zijn van de afspraken binnen deze prestatie. Deze prestatie biedt ook de ruimte om een vergoeding overeen te komen voor de inzet van praktijkmanagement. Het betreft dan de vergoeding van kosten voor inzet van een praktijkmanager, die ondersteuning biedt aan (bij voorkeur) een groep van huisartsen in een netwerk of een groepspraktijk.

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Voor alle prestaties geldt dat deze enkel in rekening mogen worden gebracht indien een overeenkomst is gesloten tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar van de betreffende verzekerde.
2. E-health die samenhangt met enkel de functie poh-ggz moet in eerste instantie onder die prestatie in rekening worden gebracht; alleen als partijen afspraken maken die de ruimte van die prestatie te boven gaat, mag de S3-prestatie zorgvernieuwing e-health voor dat deel worden gebruikt.
3. De inzet van het meekijkconsult moet zijn om verwijzing te voorkomen of, indien verwijzing toch nodig is, om doelgericht te kunnen verwijzen. De huisarts blijft tijdens het meekijkconsult de hoofdbehandelaar. Indien de zorgaanbieder een afspraak maakt over aanvullende financiering door middel van deze prestatie, kan de inzet van de ingeroepen expertise via onderlinge dienstverlening tegen vrij tarief worden bekostigd.
4.
 - a. 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.
 - b. Een meekijkconsult dat samenhangt met het meedenkadvies medisch specialistische zorg moet in eerste instantie onder die prestatie in rekening worden gebracht (meedenkadvies medisch specialistische zorg, zie artikel 5.1, onderdeel 9); alleen als partijen afspraken maken die de ruimte van die prestatie te boven gaat, kan de S3-prestatie zorgvernieuwing meekijkconsult voor dat deel worden gebruikt.
5. De prestatie overige zorgvernieuwing biedt ruimte om lokale afspraken te maken over de vergoeding van overige vormen van zorgvernieuwing, die niet in één van de onder resultaatbeloning of zorgvernieuwing vermelde deelprestaties is onder te brengen.
6. Voor de deelprestaties g tot en met i geldt niet noodzakelijkerwijs dat de afgesproken tarieven betrekking moeten hebben op een bedrag per verzekerde, dan wel een bedrag per geïncludeerde patiënt.

Artikel 8 Prestatiebeschrijvingen en bepalingen buiten segmenten

1. Prestatiebeschrijvingen

Voor de prestaties buiten de segmenten worden de volgende prestatiebeschrijvingen onderscheiden.

1. Anw-verrichtingen in hds
 - a. Dienstuur huisartsendienstenstructuur in de avond
 - b. Dienstuur huisartsendienstenstructuur in de nacht
 - c. Dienstuur huisartsendienstenstructuur in het weekend
 - d. Dienstuur huisartsendienstenstructuur op een feestdag
 - e. Opslag dienstuur huisartsendienstenstructuur
2. Anw-verrichtingen buiten hds
 - a. Consult in de avond, nacht of het weekend, korter dan 5 minuten
 - b. Consult in de avond, nacht of het weekend, vanaf 5 minuten tot 20 minuten
 - c. Consult in de avond, nacht of het weekend, 20 minuten en langer
 - d. Visite in de avond, nacht of het weekend, korter dan 20 minuten
 - e. Visite in de avond, nacht of het weekend, 20 minuten en langer

- f. Vaccinatie in de avond, nacht of het weekend
- 3. Informatieverstrekking per 5 minuten
- 4. Uitstrijkje
- 5. Keuringen en onderzoek
 - a. Keuringen en onderzoek per 5 minuten
 - b. Kilometervergoeding (vanaf 5 retourkilometers) per retourkilometer
- 6. Verbruiksmaterialen
 - a. Materiaalkosten atraumatisch hechtmateriaal, waaronder lijmen
 - b. Materiaalkosten voor tape bij enkelversteking
 - c. Materiaalkosten zwangerschapsreactie (planotest en dergelijke)
 - d. Materiaalkosten dipslides (urinewegsinfecties)
 - e. Materiaalkosten teststrips bloedsuikerbepaling diabetespatiënten (waaronder eyetone-teststrips)
 - f. Materiaalkosten vloeibaar stikstof of histofreezer
 - g. Materiaalkosten blaaskatheter
 - h. Materiaalkosten CRP-sneltest cassette(s)
- 7. Kostenvergoedingen
 - a. Kosten voor het maken van een ECG (hartfilmpje)
 - b. Kosten entstoffen
 - c. Laboratoriumkosten
- 8. Zorginhoudelijk advies voorafgaand aan eventuele SCEN-procedure bij complexe problematiek
- 9. SCEN
 - a. SCEN: Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland
 - b. SCEN: Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland, op de Waddeneilanden
- 10. Huisartsenzorg voor asielzoekers in de centrale opvang
- 11. Module achterstandsfonds
- 12. Vaccinatie op eigen verzoek (niet medische indicatie) per 5 minuten
- 13. M&I verrichtingen – gecontracteerd
 - a. Audiometrie
 - b. Diagnostiek met behulp van Doppler
 - c. Tympanometrie: meten van de beweeglijkheid van het trommelvlies
 - d. Longfunctiemeting (= spirometrie)
 - e. ECG-diagnostiek: maken, interpreteren en bespreken van hartfilmpje met de patiënt
 - f. Spleetlamponderzoek
 - g. Tele-echo, -röntgen, -hartmonitoring op de Waddeneilanden
 - h. Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting
 - i. Cognitieve functietest (MMSE)
 - j. Hartritmestoornissen
 - k. MRSA-screening: onderzoek naar ziekenhuisbacterie
 - l. Diabetes Mellitus – begeleiding per jaar bij suikerziekte
 - m. Diabetes Mellitus – instellen van medicijn (insuline) voor suikerziekte
 - n. COPD – gestructureerde zorg per jaar bij ademhalings- en longproblemen
 - o. Palliatieve consultatie, visite
 - p. Palliatieve consultatie, telefonisch
 - q. Euthanasie
 - r. Abdominale (buik) echografie
- 14. M&I verrichtingen – niet gecontracteerd
 - a. Audiometrie
 - b. Diagnostiek met behulp van Doppler
 - c. Tympanometrie: meten van de beweeglijkheid van het trommelvlies
 - d. Longfunctiemeting (= spirometrie)
 - e. ECG-diagnostiek: maken, interpreteren en bespreken van hartfilmpje met de patiënt
 - f. Spleetlamponderzoek
 - g. Tele-echo, -röntgen, -hartmonitoring op de Waddeneilanden
 - h. Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting
 - i. Cognitieve functietest (MMSE)
 - j. Hartritmestoornissen
 - k. MRSA-screening: onderzoek naar ziekenhuisbacterie
 - l. Palliatieve consultatie, visite
 - m. Palliatieve consultatie, telefonisch
 - n. Euthanasie
 - o. Abdominale (buik) echografie
- 15. M&I verrichtingen – overig
 - a. Chirurgie in geval van cosmetiek
 - b. Varices sclerosering in geval van cosmetiek
 - c. Reizigersadvisering en -vaccinatie

- d. Sterilisatie man
 - e. Besnijdenis
16. Onderlinge dienstverlening

2. Bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen

Ad 1) Anw-verrichtingen in hds

Voor incidentele en acute huisartsenzorg in anw-uren (avond-, nacht- en weekenduren, zie de begripsbepaling) zijn maximum uurtarieven van kracht voor huisartsen die participeren in een huisartsendienstenstructuur (hds). De uurtarieven brengen huisartsen in rekening bij de hds waarin zij participeren.

- a. Dienstuur huisartsendienstenstructuur in de avond is van toepassing voor de uren die vallen tussen 18.00 en 24.00 op maandag tot en met vrijdag.
- b. Dienstuur huisartsendienstenstructuur in de nacht is van toepassing voor de uren die vallen tussen 24.00 en 08.00 op alle dagen.
- c. Dienstuur huisartsendienstenstructuur in het weekend is van toepassing voor de uren die vallen in het weekend tussen vrijdag 24.00 en maandag 08.00, exclusief de nachten tussen 24.00 en 08.00.
- d. Dienstuur huisartsendienstenstructuur op een feestdag is van toepassing voor de uren die vallen op officiële feestdagen (nieuwjaarsdag, Goede Vrijdag, eerste paasdag, tweede paasdag, Koningsdag, Bevrijdingsdag, Hemelvaartsdag, eerste pinksterdag, tweede pinksterdag, eerste kerstdag en tweede kerstdag), aangevuld met kerst- en oudjaarsavond.

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

Ten behoeve van de overheveling van de patiëntenstroom van de tweede naar de eerste lijn kan door de huisarts een toeslag in rekening worden gebracht. De huisarts kan deze toeslag enkel in rekening brengen indien:

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

Ad 2) Anw-verrichtingen buiten hds

Voor zorgaanbieders die niet participeren in een huisartsendienstenstructuur is een separaat consult-tarief van kracht voor incidentele en acute huisartsenhulp gedurende de anw-uren.

De genoemde zorg mag in rekening worden gebracht aan:

- op eigen naam ingeschreven (verzekerde) patiënten;
- op eigen naam ingeschreven (verzekerde) patiënten van andere zorgaanbieders die niet participeren in een hds en die elkaar onderling waarnemen;
- patiënten die (tijdelijk) op de Friese Waddeneilanden zijn, waar geen hds aanwezig is;
- arrestanten;

Het anw-consult is gedifferentieerd in zes separate prestaties.

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

- 1. Voorwaarden, voorschriften en beperkingen 1 t/m 7 en 10 van de reguliere consulten (zie artikel 5.1 onderdeel 2) zijn mutatis mutandis van toepassing.
- 2. Consulten/visites voor anw-zorg mogen alleen in rekening worden gebracht indien de zorgaanbieder niet participeert in een huisartsendienstenstructuur en het incidentele en acute huisartsenhulp betreft.
- 3. Consulten/visites voor anw-zorg mogen door de zorgaanbieder ook in rekening worden gebracht voor niet-incidentele en -acute zorg aan arrestanten.
- 4. Het declareren van het tarief is alleen toegestaan indien de zorg is verleend tijdens anw-uren en indien vaststaat dat het tijdstip waarop de hulp is verleend, de patiënt is aan te rekenen.

Ad 3) Informatieverstrekking per 5 minuten

Voor informatieverstrekking aan derden is één prestatie met een tarief per 5 minuten door de zorgverlener bestede tijd.

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

Het betreft hier werkzaamheden die niet tot de te verzekeren prestaties bij of krachtens de Zorgverze-

keringswet behoren en aldus door de aanvrager zelf moeten worden betaald, althans niet bij de zorgverzekeraar van de betreffende patiënt ten laste van de Zvw in rekening kunnen worden gebracht. Voor het declareren van deze prestatie gelden de volgende voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Er dient sprake te zijn van een schriftelijk informatieverzoek afkomstig van een derde (al dan niet via de patiënt) die niet volgt uit zorg- of dienstverlening in het kader van de Zvw, Wlz, Wet maatschappelijke ondersteuning of Jeugdwet;
2. De informatie dient schriftelijk te worden verstrekt aan de aanvrager;
3. De patiënt dient schriftelijk toestemming te verlenen voor het verstrekken van de informatie aan de derden;
4. Naast de declaratie van de prestatie 'informatieverstreking aan derden' mag geen andere prestatiebeschrijving in het kader van de informatieverstreking in rekening worden gebracht.

Deze prestatie mag niet in rekening worden gebracht:

1. indien het een informatieverzoek betreft waarvoor bij enig wettelijk voorschrift is bepaald dat zorgaanbieders die informatie kosteloos ter beschikking moeten stellen.
2. In het kader van zorgverlening waarvoor de zorgaanbieder:
 - a. de patiënt heeft verwezen, zoals bij een aanvraag/machtiging voor geneesmiddelen, hulpmiddelen;
 - b. een advies vraagt aan een andere zorgaanbieder
3. Voor een (later) gevraagde toelichting of verduidelijking op de verstrekte informatie.

Ad 4) Uitstrijkjes

Voor een zogenaamd uitstrijkje in het kader van het preventieve bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker bestaat een prestatie met een tarief per verrichting.

Ad 5) Keuringen en onderzoek

Voor keuringen en onderzoek wordt één prestatie onderscheiden met een tarief per 5 minuten door de zorgverlener bestede tijd.

De tijdsduur voor iedere door of namens de huisarts bestede 5 minuten aan keuringen en onderzoek, inclusief de bestede tijd aan bijbehorende rapportage, is leidend voor de declaratie. De in rekening te brengen bestede tijd dient te worden afgerond naar het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten. Het betreft hier werkzaamheden die niet in het kader van de Zvw worden uitgevoerd maar door de aanvrager zelf worden vergoed. Denk hierbij aan rijbewijskeuringen, invaliditeitskeuringen, bedrijfsgezondkundig onderzoek en dergelijke.

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

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

Ad 6) Verbruiksmaterialen

De limitatieve lijst verbruiksmaterialen mogen additioneel op basis van de werkelijk gemaakte kosten (dus na aftrek van eventuele bonussen of kortingen) in rekening worden gebracht:

Ad 7) Kostenvergoedingen

De kostenvergoedingen mogen indien relevant additioneel op basis van de werkelijk gemaakte kosten (dus na aftrek van eventuele bonussen of kortingen) in rekening worden gebracht. Uitzondering hierop vormen de kosten voor het maken van een ECG (hartfilmpje); hiervoor geldt een normbedrag.

Ad 8) Zorginhoudelijk advies voorafgaand aan eventuele SCEN-procedure bij complexe problematiek

Het totaal aan activiteiten die de SCEN-arts uitvoert bij het beantwoorden van een zorginhoudelijke adviesvraag van de behandelend arts die overweegt een euthanasieverzoek van een patiënt met complexe problematiek, zijnde dementie, stapeling van ouderdomsklachten en/of psychiatrie, in te willigen. Het advies stelt de behandelend arts in staat om te komen tot een zorgvuldige besluitvorming over het al dan niet starten van een SCEN-procedure. De prestatie mag niet geleverd worden door dezelfde SCEN-arts die ook een eventuele SCEN-procedure (inclusief consultatie) uitvoert bij dezelfde patiënt.

Deze prestatie mag gedeclareerd worden indien alle hieronder beschreven activiteiten zijn uitgevoerd:

- Het overleggen met de behandelend arts die een euthanasieverzoek in overweging heeft alsmede het bestuderen van relevante onderdelen uit het medisch dossier (in relatie tot het euthanasieverzoek); en
- Het uitbrengen van een advies alsmede een rapportage aan behandelend arts; en

- Het vermelden van dit advies in het meldingsformulier euthanasie; en
- Het vastleggen wanneer, aan wie en hoe zorginhoudelijk advies is verleend.

De prestatie omvat een minimale tijdsinvestering van 15 minuten. Het betreft een tarief per 15 minuten. De behandeltime dient te worden afgerond naar het dichtstbijzijnde veelvoud van 15 minuten.

Ad 9) SCEN

Voor de steun en consultatie bij euthanasie in Nederland (SCEN) zijn twee prestaties onderscheiden met een tarief per verrichting.

De prestatie betreft steun en consultatie bij euthanasie aan de patiënt en diens behandelend arts. De prestatie mag gedeclareerd worden als het gaat om een niet bij de huisarts ingeschreven patiënt en om een verzoek van diens behandelend arts. Voor een SCEN op de Waddeneilanden kan de prestatie SCEN: Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland, op de Waddeneilanden in rekening worden gebracht. Beperkende voorwaarde is dat de SCEN-arts niet op hetzelfde Waddeneiland woont als de behandelend (huis)arts van de patiënt. Het tarief voor de prestatie SCEN: Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland, op de Waddeneilanden bedraagt een factor 2 maal het reguliere SCEN-tarief. Dit ter compensatie voor extra reis- en verblijftijd van een SCEN-arts die vanaf het vaste land moet komen.

Onder de prestatie wordt het totaal aan activiteiten van de SCEN-arts begrepen naar aanleiding van een steun/consultatieverzoek, waaronder:

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

Ad 10) Huisartsenzorg voor asielzoekers in de centrale opvang

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

Ad 11) Module achterstandsfonds

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

Ad 12) Vaccinatie op eigen verzoek (niet medische indicatie)

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

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

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

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

Ad 13,14 en 15) M&I-verrichtingen (gecontracteerd, niet gecontracteerd en overig)

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.



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.

Tympanometrie: meten van de beweeglijkheid van het trommelvlies

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.

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.

ECG-diagnostiek: maken, interpreteren en bespreken van hartfilmpje met de patiënt

Het betreft een prestatie per diagnose en heeft betrekking op het gehele traject van maken, interpreteren en bespreken met patiënt van een ECG. Deze prestatie ziet alleen op het maken van een ECG met behulp van een 12-afleidingen ECG. Prestatie is inclusief verbruiksmateriaal. De S1-prestatie 'kosten ECG' kan niet in samenhang met deze M&I-verrichting worden gedeclareerd, tenzij expliciet contractueel overeengekomen.

Spleetlamponderzoek

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

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 NHG-Bouwsteen Elektrocardiografie in de huisartsenpraktijk.

Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting

In eigen beheer instrueren patiënt en organiseren van de follow-up, plus interpretatie om niet vaststaande hypertensie te evalueren. Het betreft een prestatie per meting. Handelingen beschreven in NHG-richtlijn M84 en zorgstandaard CVR. De M&I-verrichting beschrijft in principe alleen de 24-uursmeting, maar biedt onder de voorwaarde van een overeenkomst met de zorgverzekeraar de mogelijkheid om ook de 30-minutenmeting op deze wijze in rekening te brengen.

Cognitieve functietest (MMSE)

Onderzoek naar dementie door afname van MMSE-test. Het betreft een prestatie per verrichting. Handelingen beschreven in NHG-standaard M21.

Hartritmestoornissen

Diagnostiek met behulp van holterfoon via de huisartsenpraktijk van ritmestoornissen, ter vervanging van verwijzing naar de 2^e lijn waarbij specialistische beoordeling en/of advies noodzakelijk is. Het betreft een prestatie per verrichting.

MRSA-screening: onderzoek naar ziekenhuisbacterie

Afname kweekmateriaal ten behoeve van diagnostiek MRSA. Het betreft een prestatie per verrichting.



Diabetes Mellitus – begeleiding per jaar bij suikerziekte

Het betreft een prestatie per controle.

Diabetes Mellitus – instellen van medicijn (insuline) voor suikerziekte

Het betreft een prestatie per verrichting.

COPD – gestructureerde zorg per jaar bij ademhalings- en longproblemen

Het betreft een prestatie per controle.

Palliatieve consultatie, visite

Consultatievisite door een opgeleide palliatieve huisartsconsulent op verzoek van huisarts. Het betreft een prestatie per visite, inclusief bestudering casus.

Palliatieve consultatie, telefonisch

Telefonische consultatie door een opgeleide palliatieve huisartsconsulent op verzoek van huisarts. Het betreft een prestatie per telefonisch consult.

Euthanasie

Verlenen van euthanasie. Het betreft een prestatie per euthanasieverlening. Handelingen beschreven in SCEN regels.

Abdominale (buik) 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, stuwings;
- nieren: stuwings, concrementen, cysten, tumoren;
- uterus: myomen, positie IUD, endometriumdikte;
- ovaria: cysten;
- blaas: urineretentie, concrementen.

Het betreft uitdrukkelijk niet de echo bij zwangerschap.

Chirurgie in geval van cosmetiek

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

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.

Reizigersadvisering en -vaccinatie

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

Sterilisatie man

Gestandaardiseerde ingreep inclusief preoperatief onderzoek en postoperatief spermaonderzoek. Het betreft een prestatie voor de volledige behandeling, inclusief nacontroles, conform richtlijnen urologie.

Besnijdenis

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

Gecontracteerd en niet gecontracteerd

1. De verrichtingen M&I geleverd aan verzekerden mogen in rekening worden gebracht tegen een tarief dat per overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde overeen wordt gekomen en kunnen ook in rekening worden gebracht indien de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde uitsluitend restitutiepolissen aanbiedt (en daarbij niet zelf contracteert) onder de voorwaarde dat er een overeenkomst is met minimaal 1 andere zorgverzekeraar.
2. De verrichtingen M&I aan gemoedsbezwaarden als omschreven in artikel 2, tweede lid, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet mogen enkel in rekening worden gebracht indien hierover een overeenkomst met de desbetreffende gemoedsbezwaarde is gesloten. Voor declaratie van de maximumtarieven is deze overeenkomst niet nodig, evenals voor de verrichtingen die buiten de basisverzekering Zvw vallen.
3. Indien een handeling uit de M&I-verrichtingenlijst al vergoed wordt als onderdeel van een afspraak binnen segment 2, kan de M&I-verrichting niet in rekening worden gebracht.

Uitzondering op het contractvereiste vrij tarief

Uitzondering op bovenstaande voorwaarde (dat een vrij tarief alleen in rekening mag worden gebracht wanneer er een overeenkomst is gesloten met een zorgverzekeraar) vormen de vijf M&I-verrichtingen die niet gedekt worden door de basisverzekering. Het betreft de prestaties:

- Chirurgie in verband met cosmetiek
- Varices sclerosering in geval van cosmetiek
- Reizigersadvisering en -vaccinatie
- Sterilisatie van de man
- Besnijdenis

Voor deze M&I-verrichtingen geldt dus dat deze ook tegen vrij tarief in rekening mogen worden gebracht zonder contract met de zorgverzekeraar.

Onderdelen M&I-verrichting

Het tarief voor de M&I-verrichting is een tarief inclusief de vergoeding voor de tijd, die wordt besteedt aan het uitvoeren van de M&I-verrichting. De handelingen, die vooraf gaan aan het uitvoeren van de M&I-verrichting, zoals uitgebreide uitvraag van klachten en hulpvraag, vraagverheldering, lichamelijk onderzoek, diagnostiek en het advies, zijn geen onderdeel van het tarief van de M&I-verrichting en kunnen separaat in rekening gebracht worden op basis van de bestede tijd als regulier consult of een van de varianten hiervan. Uiteraard alleen indien deze werkzaamheden ook daadwerkelijk zijn uitgevoerd. Indien voorafgaand aan de M&I-verrichting hulpvragen los van de M&I-verrichting worden beantwoord, kunnen deze als consult naast de M&I-verrichting in rekening worden gebracht. Het totaal aan medisch noodzakelijke handelingen zoals beschreven in de per prestatie relevante NHG-richtlijnen (dan wel overige voor het uitvoeren van de specifieke prestatie relevante richtlijnen) is onderdeel van de beschreven prestatie. Bij meerdere prestaties zijn verwijzingen opgenomen naar specifieke NHG-richtlijnen die de handelingen beschrijven.

Ad 16) Onderlinge dienstverlening

Onderlinge dienstverlening betreft de levering van een (deel)prestatie of van een geheel van prestaties door een 'andere zorgaanbieder' in opdracht van een 'zorgaanbieder'. De andere zorgaanbieder wordt in dit kader ook wel aangeduid als de 'uitvoerende zorgaanbieder'. De zorgaanbieder wordt in dit kader ook wel aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'.

Artikel 9 Tariefsoort en tariefonderbouwing

1. Segment 1

Voor alle prestaties zoals beschreven in artikel 5.1 van deze beleidsregel geldt dat de NZa maximumtarieven vaststelt. Uitzondering hierop vormt de prestatie onderlinge dienstverlening (zie artikel 5.1 onderdeel 7): hiervoor geldt een vrij tarief.

De onderbouwing van de rekenmethode die gehanteerd wordt door de NZa om tot de maximumtarieven te komen wordt uiteengezet in het 'Verantwoordingsdocument tarieven huisartsenzorg 2025' en het addendum hierop 'Verantwoordingsdocument tarieven huisartsenzorg vanaf 2026'.

2. Segment 2

Organisatie en infrastructuur

Voor alle prestaties Organisatie en infrastructuur (O&I) zorg zoals beschreven in artikel 6.1 onderdeel 1

van deze beleidsregel geldt een tarief per ingeschreven verzekerde per kwartaal. Deze prestaties kennen een vrij tarief.

De prestaties mogen enkel in rekening worden gebracht indien hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt.

Het overeengekomen tarief per kwartaal heeft een looptijd van 1 januari tot en met 31 december van enig jaar. Het is partijen toegestaan meerjarige contracten te sluiten, en daarin voor elk jaar van de looptijd van het contract een jaartarief en eventueel aanvullende afspraken overeen te komen.

De tarieven voor onderlinge dienstverlening in het kader van de prestaties Organisatie en infrastructuur zijn vrij.

Multidisciplinaire zorg – gecontracteerd

Voor alle gecontracteerde prestaties multidisciplinaire zorg zoals beschreven in artikel 6.1 onderdeel 2 van deze beleidsregel geldt een tarief per geïncloseerde patiënt per kwartaal. Deze prestaties kennen een vrij tarief.

De prestaties mogen enkel in rekening worden gebracht indien hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt. De prestaties met een vrij tarief mogen ook in rekening worden gebracht indien de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde uitsluitend restitutiepolissen aanbiedt (en daarbij niet zelf contracteert) onder de voorwaarde dat er een overeenkomst is met minimaal 1 andere zorgverzekeraar.

Het overeengekomen tarief per kwartaal heeft een looptijd van 1 januari tot en met 31 december van enig jaar. Het is partijen toegestaan meerjarige contracten te sluiten, en daarin voor elk jaar van de looptijd van het contract een jaartarief en eventueel aanvullende afspraken overeen te komen.

De tarieven voor onderlinge dienstverlening in het kader van de prestaties multidisciplinaire zorg (gecontracteerd) zijn vrij.

Multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd

Voor alle niet gecontracteerde prestaties multidisciplinaire zorg zoals beschreven in artikel 6.1 onderdeel 3 van deze beleidsregel geldt een tarief per geïncloseerde patiënt per kwartaal. Deze prestaties kennen een maximumtarief.

Het kwartaaltarief kan in rekening worden gebracht voor iedere patiënt die op de eerste dag van het kwartaal (1 januari, 1 april, 1 juli, 1 oktober) geïncloseerd is in de betreffende keten en ook 'in zorg' zijn. Hiervan is sprake bij het eerste contact/consult in het kader van het ketenzorgprogramma.

De onderbouwing van de methode die gehanteerd wordt door de NZa om tot de maximumtarieven te komen, wordt uiteengezet in het 'Verantwoordingsdocument tarieven huisartsenzorg 2025'.

De tarieven voor onderlinge dienstverlening in het kader van de prestaties multidisciplinaire zorg (niet gecontracteerd) zijn vrij.

3. Segment 3

Alle prestaties binnen Segment 3 kennen een vrij tarief en kunnen enkel in rekening worden gebracht indien hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt.

Voor deelprestaties a tot en met d binnen het domein resultaatbeloning (artikel 7.1 onderdelen 1.a t/m 1.d) geldt dat de afgesproken tarieven betrekking hebben op een bedrag per verzekerde, dan wel een bedrag per geïncloseerde patiënt. Voor de deelprestaties e tot en met i (artikel 7.1 onderdelen 1.e, 1.f, 2.a t/m 2.c) geldt de voorgaande beperking niet.

4. Prestaties buiten segmenten

Alle prestaties beschreven in artikel 8.1 onderdelen 1 tot en met 12 van deze beleidsregel kennen een maximumtarief. Voor de M&I-verrichtingen, zoals beschreven in artikel 8.1 onderdelen 13 en 15, geldt een vrij tarief onder voorwaarde dat hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde, dan wel gemoedsbezwaarde, aan ten grondslag ligt. Indien deze overeenkomst ontbreekt, gelden maximumtarieven voor de prestaties zoals vermeld in artikel 8.1 onderdeel 14.

De onderbouwing van de rekenmethode die gehanteerd wordt door de NZa om tot de maximumtarieven te komen, wordt uiteengezet in het 'Verantwoordingsdocument tarieven huisartsenzorg 2025'.

De tarieven voor onderlinge dienstverlening in het kader van de prestaties buiten segmenten zijn vrij.

Artikel 10 Intrekken oude beleidsregel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2026, met kenmerk BR/REG-26112a, ingetrokken.



Artikel 11 Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel, bekendmaking, inwerkingtreding, terugwerkende kracht en citeertitel

Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel

De Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2026 met kenmerk BR/REG-26112a, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold.

Inwerkingtreding / Bekendmaking

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2027.

Ingevolge artikel 5, aanhef en onder e, van de Bekendmakingswet, zal deze beleidsregel in de Staatscourant worden geplaatst.

De beleidsregel ligt ter inzage bij de NZa en is te raadplegen op www.nza.nl.

Citeertitel

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2027.

TOELICHTING

Algemeen

Samenvattende tabel wijzigingen afgelopen drie jaar. Voor een uitgebreider overzicht zie bijlage 1 (Overzicht wijzigingen per jaar 2018–2027).

Beleidsjaar	Wijzigingen
2027	– Toevoegen van prestatie proactieve zorgplanning (eerste en tweede behandelwensgesprek) – Herijking postcodelijst – Schrappen van prestaties Gestructureerde huisartsenzorg in verzorgingshuis en Gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang – Aanpassing van beschrijving en voorwaarden, voorschriften en beperkingen van de prestatie anw-verrichtingen buiten hds
2026	– Toevoeging van prestatie Meedenkadvies medisch specialistische zorg – Aanpassing van prestatiebeschrijving Zorgvernieuwing meekijkconsult – Schrappen van prestatie Teledermatologie – Toevoeging prestatie Zorginhoudelijk advies voorafgaand aan eventuele SCEN-procedure bij complexe problematiek – Aanpassing van prestatie MTVP voor gemoedsbezwaarden – Toevoeging definitie eerstelijnsverblijf – Verduidelijking bij M&I prestatie ECG 12-afleidingen ECG
2025	– Meer tijd voor de patiënt prestatie in segment 1 toegevoegd – Aanpassing passantenconsult en anw-verrichtingen buiten hds waardoor deze gedeclareerd kan worden voor arrestantenzorg – Toevoeging prestatie voor zorg aan onverzekerden – Tekstuele verduidelijking prestatie teledermatologie – Tariefherijking op basis van kostprijsonderzoek over onderzoeksjaar 2022 en herijking van de normatieve arbeidskostencomponent (NAC), inclusief herbeoordelingstraject naar aanleiding CBb-uitspraak – Toevoeging prestatie Module inbouwkosten voor nieuwe adequate huursituatie

Digitale zorg

Voor het gebruik van digitale zorg wordt verwezen naar de Wegwijzer bekostiging digitale zorg van de NZa.

Artikelsgewijze toelichting

Artikel 3: Reikwijdte

Segment 2 en Segment 3 bieden ruimte aan het veld om nieuwe zorgvormen binnen dit kader te ontwikkelen. Voor nieuwe landelijke multidisciplinaire zorg verloopt de procedure via de NZa (zie bij artikel 4). Voor nieuwe lokale huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg onder de S3-prestatie zorgvernieuwing kunnen zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraar(s) nieuwe zorgvormen ontwikkelen zonder tussenkomst van de NZa. Innovatie-experimenten die binnen deze nieuwe reikwijdte vallen, hoeven dus niet meer gebruik te maken van de ‘Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten’.

Artikel 5: Prestatiebeschrijvingen en bepalingen Segment 1

Inschrijving

Naast de basisprestatie inschrijving kan een toeslag in rekening kan worden gebracht voor ingeschreven verzekerden die woonachtig zijn in een opslagwijk. Met woonachtig wordt bedoeld het woonadres conform de Basisregistratie Personen (BRP).

Regulier consult

Het blijft mogelijk om specifieke afspraken te maken over de vergoeding van de inzet van somatische praktijkondersteuning (poh-s). Hierbij kan overeen worden gekomen dat de volledige kosten van de poh-s vanuit de ketenzorgprestaties en/of opslagen op het inschrijftarief wordt vergoed. In die gevallen geldt dat de declaratie van reguliere (S1) consulten door de poh-s niet mogen plaatsvinden, aangezien dan sprake zou zijn van dubbele bekostiging. Er kan ook overeen worden gekomen dat de kosten van de poh-s wel gedeeltelijk worden gedekt door declaratie van consulten in Segment 1. Hierbij zou dan rekening gehouden moeten worden in de overeen te komen tarieven voor de prestaties binnen Segment 2 en/of de opslagen op het inschrijftarief. Voor een eventuele overige component (bijvoorbeeld programmatische poh-s-zorg bij koptarief) kunnen partijen afspraken maken binnen overige zorgvernieuwing in Segment 3. In alle gevallen is het noodzakelijk dat contractueel

duidelijke afspraken worden gemaakt over de wijze van declaratie en vergoeding.

Poh-ggz

De inzet van een praktijkondersteuner ggz (poh-ggz) wordt vergoed door middel van declaratie van specifieke consulten en door een aanvullende opslag op het inschrijftarief. Per 2024 biedt het maximumtarief voor de opslag, conform de afspraken in het Integraal Zorgakkoord (IZA) ruimte om 16 uur per week per 2.350 patiënten een poh-ggz in te zetten. Het tarief dekt daarbij zowel de kosten van de ondersteuner, de aanvullende managementtijd van de huisarts en infrastructurele voorzieningen behorende bij de inzet van aanvullend poh-ggz personeel.

De bekostiging van poh-ggz is de afgelopen jaren ingericht rondom de aanname dat via het contract tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder nadere afspraken worden gemaakt die aansluiten bij de werkelijke en noodzakelijke inzet van poh-ggz. Het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) heeft in 2016 bepaald dat deze voorwaarde voor het declareren van poh-ggz niet meer randvoorwaardelijk mag worden gesteld voor declaratie van deze prestaties. De randvoorwaarden voor inzet poh-ggz zijn:

1. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen afspraken maken tot aan een maximale inzet van 36 uur poh-ggz per 2.350 patiënten. Afspraken boven het niveau van 16 uur inzet poh-ggz per week per 2.350 patiënten worden via Segment 3 binnen de prestatie zorgvernieuwing vormgegeven. Inzet tot aan het niveau van 16 uur per week per 2.350 patiënten kan zonder contract in rekening worden gebracht.
2. Het uitgangspunt blijft dat het in rekening te brengen modulebedrag per ingeschreven patiënt is gebaseerd op de aantoonbare en voor de ingeschreven patiënt beschikbare inzet van poh-ggz. Het maximale opslagtariaf is gebaseerd op een inzet van 16 uur poh-ggz per week per 2.350 patiënten. Inzet onder deze 16 uur per 2.350 moet leiden tot een naar rato verlaagd moduletarief.
3. Eventuele kosten voor direct aan de functie poh-ggz gekoppelde en voor de ingeschreven patiënt beschikbare e-healthtoepassingen en externe consultatie kunnen binnen het opslagtariaf worden verrekend. Het gaat dan uitdrukkelijk niet over regulier bij de poh-ggz behorende infrastructurele middelen, aangezien deze kosten reeds onderdeel zijn van de onderbouwing van het tarief dat gekoppeld is aan de inzet per fte poh-ggz. Dit alles met inachtneming van de in deze beleidsregel beschreven voorwaarden, voorschriften en beperkingen. De methodiek hoe deze toerekening naar rato van werkelijke inzet leidt tot het in rekening te brengen opslagtariaf wordt uiteengezet in onderstaande rekenvoorbeelden.

REKENVOORBEELD 1

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

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

Inzet poh-ggz:

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

$$2.350 / 3.000 \text{ patiënten} = 0,783$$

$$0,783 * 5,5 \text{ uur} = 4,31 \text{ uur.}$$

Een inzet van 4,31 uur op 2.350 patiënten is 27% van de maximale inzet van 16 uur. Voor dit deel mag maximaal € 1,50 per ingeschreven verzekerde in rekening worden gebracht (vc-niveau 2027).

$$4,31 / 16 \text{ uur} = 0,269$$

$$0,269 * € 5,57 = € 1,50 \text{ per patiënt kwartaal}$$

Aanvullende kosten e-health en consultatie per kwartaal

$$€ 1.000 \text{ (werkelijke kosten per kwartaal)} / 3.000 \text{ patiënten} = € 0,33 \text{ per patiënt per kwartaal}$$

$$\text{Totaal maximaal moduletarief per patiënt per kwartaal} = € 1,50 + € 0,33 = € 1,83$$

REKENVOORBEELD 2

Een praktijk heeft 3.000 ingeschreven patiënten waarvoor 20 uur poh-ggz personeel per week beschikbaar is. Tevens kan de praktijk aantonen dat aanvullend € 1.000 per kwartaal direct aan de functie poh-ggz gekoppelde kosten voor de ingeschreven patiënt beschikbare e-health en externe consultatie worden gemaakt.

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

Inzet poh-ggz:

Een inzet van 20 uur op 3.000 patiënten komt overeen met een inzet van 15,67 uur op 2.350 patiënten

$$2.350 / 3.000 \text{ ingeschreven patiënten} = 0,783$$

$$0,783 * 20 \text{ uur} = 15,67 \text{ uur.}$$

Een inzet van 15,67 uur op 2.350 patiënten is 98% van de maximale inzet van 16 uur. Voor dit deel mag maximaal € 5,45 per ingeschreven verzekerde in rekening worden gebracht (VC-niveau 2027).

$$15,67 / 16 \text{ uur} = 0,979$$

$$0,979 * € 5,57 = € 5,45 \text{ per patiënt per kwartaal}$$

Aanvullende kosten e-health en consultatie per kwartaal

$$€ 1.000 \text{ (werkelijke kosten per kwartaal)} / 3.000 \text{ patiënten} = € 0,33 \text{ per patiënt per kwartaal}$$

$$€ 5,45 + € 0,33 = € 5,78$$

Echter, het maximumtarief is € 5,57 per kwartaal. Dat is daarmee ook het maximumtarief dat binnen deze module in rekening kan worden gebracht. Eventueel aanvullende afspraken kunnen contractueel met de zorgverzekeraar overeen worden gekomen via segment 3 zorgvernieuwing.

Prestaties huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf en Intensieve zorg

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

De prestaties huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf en intensieve zorg worden uitgesplitst naar tijdstip (overdag en anw). Als de visite aanvangt in de anw uren dan mag het anw tarief in rekening worden gebracht. Dit mag in alle gevallen, (wel/niet participatie in hds), op één uitzondering na. Voor huisartsen die wel in een hds participeren en als de visite plaatsvindt tijdens een hds-dienst, gelden de (reguliere) prestaties dienstuur huisartsendienstenstructuur (te declareren door de huisarts bij de hds) en hds-prestaties (visite, triageconsult te declareren door de hds).

De prestatie huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf wordt uitgesplitst in tijdsduur (korter dan 20 minuten, 20 minuten en langer). De prestaties van 20 minuten en langer mogen alleen in rekening worden gebracht indien de directe patiëntgebonden tijd 20 minuten of langer in beslag heeft genomen. De niet-patiëntgebonden tijd, zoals reistijd en opleiding, valt hier niet onder.

Bedoeld wordt met 'die geen verblijf én behandeling ontvangen 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', dat deze patiënten niet verblijven in een instelling en geen specifieke Wlz behandeling ontvangen door of namens die instelling.

In artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c van de Wlz staat, dat die specifieke behandeling omvat: *'behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde.'*

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

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

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

De prestaties huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf en intensieve zorg hangen nauw met elkaar samen. Hieronder wordt schematisch weergegeven per patiëntgroep en per tijdstip welke prestaties gelden.

Tijdstip	Overdag	Anw	Anw, hds dienst
Patiëntgroepen			
<i>Patiënt opgenomen in elv setting, laag complex</i>	Huisartsenzorg overdag bij eerstelijnsverblijf, korter dan 20 min Huisartsenzorg overdag bij eerstelijnsverblijf, 20 min en langer	Huisartsenzorg in de avond, nacht of het weekend bij eerstelijnsverblijf, korter dan 20 min Huisartsenzorg in de avond, nacht of het weekend bij eerstelijnsverblijf, 20 min en langer	(reguliere) prestaties dienstuur huisartsendienstenstructuur (te declareren door de huisarts bij de hds) en hds-prestaties (visite, triageconsult te declareren door de hds)
<i>Patiënt opgenomen in elv setting, hoog complex</i>	Huisartsenzorg overdag bij eerstelijnsverblijf, korter dan 20 min Huisartsenzorg overdag bij eerstelijnsverblijf, 20 min en langer	Huisartsenzorg in de avond, nacht of het weekend bij eerstelijnsverblijf, korter dan 20 min Huisartsenzorg in de avond, nacht of het weekend bij eerstelijnsverblijf, 20 min en langer	(reguliere) prestaties dienstuur huisartsendienstenstructuur (te declareren door de huisarts bij de hds) en hds-prestaties (visite, triageconsult te declareren door de hds)

Tijdstip	Overdag	Anw	Anw, hds dienst
Patiëntgroepen			
<i>Palliatief terminale patiënt (thuis, elv setting etc.)</i>	Intensieve zorg, overdag	Intensieve zorg in de avond, nacht of het weekend	(reguliere) prestaties dienstuur huisartsdienststructuur (te declareren door de huisarts bij de hds) en hds-prestaties (visite, triageconsult te declareren door de hds)
<i>Patiënten waarvan het CIZ een zorgprofiel heeft geïndiceerd in de reeks VV Beschermd wonen met intensieve dementiezorg t/m VV beschermd verblijf intensieve palliatief-terminale zorg</i>	Intensieve zorg, overdag	Intensieve zorg in de avond, nacht of het weekend	(reguliere) prestaties dienstuur huisartsdienststructuur (te declareren door de huisarts bij de hds) en hds-prestaties (visite, triageconsult te declareren door de hds)

Meer tijd voor de patiënt

Bij het vaststellen van de prestatiebeschrijving en voorwaarden van de S1-prestatie Meer tijd voor de patiënt zijn de formuleringen uit de leidraad MTVP, opgesteld door de LHV, InEen en ZN en gepubliceerd op 30 januari 2023 gebruikt. Daarnaast zijn er bestuurlijke afspraken gemaakt tussen de LHV, de VPH, InEen en ZN over de borging van de monitoring, het up to date houden van de leidraad, evaluatie van het gebruik en effectiviteit van de interventies van de prestatie MTVP en de rol van partijen daarin.

De (vigerende) leidraad bevat een beschrijving van de definitie, kernelementen, interventies en voorwaarden van MTVP. De leidraad bevat tevens een beschrijving van de activiteiten die een RHO kan ontplooiën in het kader van de ondersteuning van huisartsen bij de implementatie en optimalisatie van MTVP:

- Opstellen van een regioplan voor de implementatie en optimalisatie van MTVP. Dit gebeurt in afstemming met (een afvaardiging) van huisartsenpraktijken. Hierin worden keuzes gemaakt voor de ondersteuning door de RHO. Het regioplan wordt met de zorgverzekeraar besproken en door partijen geaccordeerd. Het is leidend voor het contract tussen de zorgverzekeraar en RHO, en de zorgverzekeraar en huisartsenpraktijken;
- Ondersteunen bij het opstellen van individuele praktijkplannen. In het individuele praktijkplan staat welke interventies worden geïmplementeerd / geoptimaliseerd in de huisartsenpraktijk. Het regioplan is de basis voor de individuele praktijkplannen;
- Organiseren, aanbieden en uitvoeren van MTVP-interventies. Denk aan interventies rondom het voeren van het goede gesprek en anders werken, maar ook het creëren van een lerende omgeving middels intervisie gericht op MTVP;
- Maken van samenwerkingsafspraken met het regionale netwerk in het kader van MTVP interventies. Minimaal met het sociaal domein, de medische specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg maar ook met de wijkverpleging;
- Monitoren en evalueren van de beweging naar MTVP in de regio. In overleg met de zorgverzekeraar kan worden bijgestuurd.

De LHV, InEen en ZN monitoren landelijk de beoogde ontwikkeling op regionaal en landelijk niveau. De inzichten stellen partijen in staat om de beweging te volgen, en te leren. Inzicht in de beweging biedt ruimte voor een gesprek in de regio over de gezamenlijke verantwoordelijkheid. Er zijn 11 inhoudelijke en 2 procesmatige KPI's vastgesteld.

Bij het vaststellen van het maximumtarief van de S1-prestatie MTVP is naar de declaratiegegevens in Vektis gekeken. Bij de contractering via S3 in 2023–2024 is de prestatiecode 31453 gebruikt. Het gemiddelde (gedeclareerde) tarief in Q1 2024 is geïndexeerd om een maximumtarief 2027 vast te stellen.

Meedenkadvis medisch specialistische zorg

Voorbeelden van niet te kwalificeren meedenkadvis prestaties zijn vragen van de huisarts rond medicatieverstrekking of -dosering, beoordeling van basale fysische parameters (zoals bijvoorbeeld hoge bloeddruk waarden), beoordeling van losse enkelvoudige diagnostische onderzoeken (zoals laboratoriumuitslagen, ambulante bloeddruk of hartritme metingen, ECG's, en radiologiefoto's/ onderzoeken).

Diagnostiek door de beroepsbeoefenaar in de eerste lijn maakt als zodanig geen onderdeel uit van diens prestatie, maar is onderdeel van de reguliere prestaties binnen de eerstelijnsdiagnostiek. Indien

aanvullende diagnostiek noodzakelijk is, resulteert dit ofwel in aanvullende eerstelijnsdiagnostiek ofwel in een reguliere verwijzing van de patiënt. Indien (aanvullende) diagnostiek en/of behandeling binnen de 2^e lijn noodzakelijk is, resulteert dit in een reguliere verwijzing van de patiënt.

Kosten voor organisatie en infrastructuur, om de uitwisseling van casuïstiek mogelijk te maken, maken geen onderdeel uit van de prestatie, met uitzondering van de direct aan de prestatie toe te rekenen variabele kosten. Voor het overige kunnen deze kosten via afspraken binnen de bestaande O&I bekostigingsmogelijkheden worden gedekt.

De mogelijkheid om aanvullende afspraken binnen segment 3 te maken over de inzet van externe expertise onder het kopje 'meekijkconsult' blijft bestaan, ook na introductie van de prestatie binnen segment 1 'meedenkadvies medisch specialistische zorg'. Dit blijft ruimte bieden om inzet van externe expertise die niet binnen de definitie van 'meedenkadvies medisch specialistische zorg' valt alsnog overeen te komen.

Artikel 6: Prestatiebeschrijvingen en bepalingen Segment 2

Organisatie en infrastructuur, Multidisciplinaire zorg – gecontracteerd en Multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd

Elke prestatie in S2A beschrijft een zorgtraject voor twee ziektebeelden die gezamenlijk bij één patiënt kunnen voorkomen, bijvoorbeeld Diabetes en VRM. Het is niet toegestaan om dezelfde prestatie twee keer bij de zelfde patiënt in rekening te brengen. Het is zorgverzekeraars en zorgaanbieders wel toegestaan om een gedifferentieerd tarief af te spreken, bijvoorbeeld drie tarieven: voor patiënten met de ene, de andere of beide aandoeningen. Indien patiënten twee aandoeningen hebben uit verschillende prestaties, bijvoorbeeld Diabetes en Astma, dan kunnen beide S2A-prestaties in rekening worden gebracht.

Artikel 7: Prestatiebeschrijvingen en bepalingen Segment 3

Zorgvernieuwing

De prestatie zorgvernieuwing meekijkconsult is een aanvulling op bestaande mogelijkheden om de expertise van specialisten in te roepen. Bestaande mogelijkheden blijven bestaan.

Met het introduceren van prestaties in het domein zorgvernieuwing ontstaat er een reguliere bekostiging voor een aantal innovatie-experimenten die nu lopen onder de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten. Het staat partijen vrij om hun innovatie-experiment te blijven declareren onder de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten of om dit om te zetten naar een declaratie onder deze beleidsregel. Experimenten met consultloze bekostiging kunnen ook zowel onder de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten als onder deze beleidsregel ingericht worden.

De mogelijkheid om een vergoeding voor praktijkmanagement binnen Segment 3 zorgvernieuwing overeen te komen dient ter bekostiging van de inzet van een praktijkmanager, die ondersteuning biedt aan een groep van huisartsen in een netwerk of een groepspraktijk. De praktijkmanager neemt daarbij de dagelijkse organisatorische taken van huisartsen uit handen. De vergoeding heeft betrekking op de direct aan praktijkmanagement gekoppelde kosten zoals bijvoorbeeld ICT, personeel, aansturing en huisvesting. Bij het overeenkomen van de vergoeding maken zorgverzekeraar en huisartsen afspraken over de gewenste uitkomsten van de inzet van praktijkmanagement.

Het betreft met nadruk een vergoedingsmogelijkheid ter bekostiging van het aanstellen van een aparte functionaris als praktijkmanager. Het managen van een praktijk is onderdeel van reguliere huisartsenzorg en daarmee ook onderdeel van de tariefonderbouwing van de prestaties in Segment 1.

Artikel 8: Prestatiebeschrijvingen en bepalingen buiten segmenten

Anw-verrichtingen in hds

Per 1 januari 2023 is het ANW-uurtarief herijkt en gedifferentieerd. Aanleiding zijn de afspraken die hierover zijn vastgelegd in onderdeel C. Regionale samenwerking in de acute zorg, paragraaf 5b. van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Hierin is onder andere vastgelegd onder welke voorwaarde de zorgverzekeraars de herijking en differentiatie van het ANW-uurtarief vertalen naar ruimte in het met hds'en overeen te komen budget.



Informatieverstrekking per 5 minuten

Het verzoek

Verzoeken kunnen afkomstig zijn van onder meer bedrijfs- of verzekeringsartsen, advocaten, justitie/politie.

Deze prestatie mag dus gebruikt worden als een zorgaanbieder in de zin van de Wmg een informatieverzoek ontvangt van een bedrijfs- of verzekeringsarts. Echter, wanneer een bedrijfs- of verzekeringsarts een informatieverzoek ontvangt, bijvoorbeeld van een (letselschade)advocaat, mag deze prestatie door hen niet worden gebruikt. Bedrijfsgeneeskundige zorg en verzekeringsgeneeskundige zorg zijn immers uitgezonderd van de prestatie- en tariefregulering van de Wmg. Op grond van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg wordt onder 'zorg' namelijk niet verstaan bedrijfsgeneeskundige zorg en verzekeringsgeneeskundige zorg. Bedrijfsgeneeskundige zorg en verzekeringsgeneeskundige zorg vallen dus niet onder de prestatie- en tariefregulering van de NZa.

Schriftelijke verstrekking

Digitale verstrekking, zoals e-mails al dan niet met bijlagen, staat gelijk aan een schriftelijke verstrekking.

Toestemming patiënt

De toestemming van de patiënt kan zowel direct als indirect plaatsvinden. De patiënt/cliënt kan dus zelf rechtstreeks schriftelijk toestemming verlenen aan de zorgaanbieder om de informatie (aan een derde) te verstrekken. Daarnaast kan de cliënt/patiënt schriftelijk toestemming geven aan de derde, die het verzoek namens deze persoon indient bij de zorgaanbieder en deze schriftelijke toestemming meestuurt met het verzoek.

Geen andere prestatiebeschrijvingen

Naast de declaratie van de prestatiebeschrijving 'informatieverstrekking aan derden' mag geen andere prestatiebeschrijving in rekening mag worden gebracht. Zo mag er bijvoorbeeld geen consult in rekening worden gebracht als er contact met de cliënt/patiënt heeft plaatsgevonden in het kader van het informatieverzoek.

Kosteloze verstrekking

Artikel 88 Zvw bepaalt bijvoorbeeld dat verzoeken om de verstrekking van inlichtingen en gegevens (= informatie) van zorgverzekeraars aan zorgaanbieders, die nodig is ter uitvoering van de zorgverzekeringen, kosteloos moet worden verstrekt. En artikel 12, vijfde lid, van de Algemene Verordening Gegevensbescherming bepaalt bijvoorbeeld dat informatieverzoeken die (louter) betrekking hebben op de verstrekking van kopieën uit het medisch dossier van een betrokkene (patiënt/cliënt) kosteloos dienen te worden verstrekt, ongeacht van wie dit verzoek afkomstig is. De prestatiebeschrijving 'informatieverstrekking aan derden' mag onder meer in deze situaties dus niet in rekening worden gebracht.

Zorginhoudelijk advies voorafgaand aan eventuele SCEN-procedure bij complexe problematiek

De prestatie mag alleen gedeclareerd worden indien de behandelend arts een euthanasieverzoek van een individuele patiënt in overweging heeft, maar hij of zij nog niet heeft besloten dit verzoek in te willigen. Dat betekent dat deze prestatie niet gedeclareerd mag worden als de behandelend arts al heeft besloten het euthanasieverzoek in te willigen en de SCEN-procedure (inclusief consultatie) reeds in gang is gezet.

De prestatie mag niet geleverd worden door dezelfde SCEN-arts die ook een eventuele SCEN-procedure (inclusief consultatie) uitvoert bij dezelfde patiënt, omdat onafhankelijkheid dan niet meer is geborgd ten aanzien van patiënt en behandelend arts.

De prestatie mag niet gedeclareerd worden bij een tijdsinvestering van minder dan 15 minuten.