

Bijlage aanvullende voorwaarden en declaratiebepalingen M&I-Verrichtingen 2023-2025

Algemeen

De verrichtingen die in onderstaande lijst genoemd zijn, mogen door de zorgaanbieder worden gedeclareerd als voldaan wordt aan de gestelde voorwaarden in de vigerende beleidsregel en de aanvullende voorwaarden van Zorg en Zekerheid. De beleidsregel is te vinden op het documentenplatform van de NZA: <https://puc.overheid.nl/nza/>. Kies hier de categorie 'Huisartsenzorg'.

Conform de vigerende beleidsregel kunnen naast de daarvoor vastgestelde prestaties geen andere (verrichtings)tarieven in rekening worden gebracht.

In aanvulling op de NZa-beleidsregel hanteert Zorg en Zekerheid de aanvullende voorwaarden en declaratiebepalingen in deze bijlage.

Deze verrichtingenlijst bestaat uit drie onderdelen:

- a. M&I-verrichtingen (artikel 1)
- b. M&I-verrichtingen die niet elke huisarts aanbiedt (artikel 2)
- c. M&I-verrichtingen die ten laste van de aanvullende verzekering komen (artikel 3)

Artikel 1: M&I-verrichtingen

Deze M&I-verrichtingen kunnen door alle door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgaanbieders gedeclareerd worden.

13000	Audiometrie
Declaratie	<ul style="list-style-type: none">• Maximaal twee (2) keer per verzekerde per kalenderjaar.

13001	Diagnostiek met behulp van Doppler
Declaratie	<ul style="list-style-type: none">• Maximaal twee (2) keer per verzekerde per kalenderjaar.• Mag niet gedeclareerd worden in combinatie met sclerosering varices.• De enkel-arm-index valt ook onder deze prestatie.

13003	Tympanometrie
Declaratie	Maximaal drie (3) keer per verzekerde per kalenderjaar.

13004	Longfunctiemeting (= spirometrie)
Aanvullende voorwaarde(n)	<ul style="list-style-type: none">• De patiënt is niet voor een longprobleem in behandeling bij een specialist (dbc COPD en/of astma).• De patiënt is niet geïncludeerd in een keten-dbc COPD.• De uitvoerder heeft met goed gevolg een CASPIR-cursus afgerond.
Declaratie	<ul style="list-style-type: none">• Maximaal drie (3) keer per verzekerde per kalenderjaar.• De zorgaanbieder die een POH-S afspraak met Zorg en Zekerheid heeft, mag een spirometrie declareren tegen een lager tarief dan een zorgaanbieder die geen POH-S afspraak heeft met Zorg en Zekerheid.

13005	ECG-diagnostiek (ECG maken, interpreteren en bespreken met patiënt)
Aanvullende voorwaarde(n)	<ul style="list-style-type: none"> De uitvoerder heeft onderwijs gevolgd conform de in de beroepsgroep geldende normen c.q. ervaring als AIO met ECG-diagnostiek.
Declaratie	<ul style="list-style-type: none"> Prestatie per diagnose (ECG maken, interpreteren en bespreken met de patiënt). Maximaal drie (3) keer per verzekerde per kalenderjaar. Prestatie is inclusief verbruiksmateriaal en mag daarom niet gedeclareerd worden in combinatie met Vektiscode 12700. Het uitsluitend maken, lezen en vervolgens opsturen van een ECG ter beoordeling is geen verrichting en kan dus ook niet als zodanig gedeclareerd worden. In dat geval kan een consult (Vektiscode 12000) plus verbruikersmateriaal (Vektiscode 12700) gedeclareerd worden.
13008	Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting
Aanvullende voorwaarde(n)	<ul style="list-style-type: none"> De uitvoerder heeft onderwijs gevolgd conform de in de beroepsgroep geldende normen Er is mogelijkheid tot consultatie bij een medisch specialist. Onder deze prestatiecode mag ook een weekmeting gedeclareerd worden. Het is niet toegestaan om een 30-minuten-bloeddrukmeting onder deze prestatiecode te declareren. Dit kan als een consult gedeclareerd worden.
Declaratie	Maximaal twee (2) keer per verzekerde per kalenderjaar.
13009	Teledermatologie
Aanvullende voorwaarde(n)	Het betreft een prestatie die in rekening gebracht kan worden indien de inspanning van de huisarts niet al reeds wordt vergoed vanuit een elders gecontracteerde prestatie teledermatologie. In Zuid-Holland Noord geldt een afwijkend tarief. Dit in afstemming met het Knooppunt Ketenzorg.
13010	Cognitieve functietest (MMSE)
Aanvullende voorwaarde(n)	<ul style="list-style-type: none"> Afname van de test vindt plaats door de huisarts. De verrichting vindt bij de patiënt thuis plaats en is inclusief het gesprek met de familie van de patiënt.
Declaratie	<ul style="list-style-type: none"> Maximaal drie (3) keer per verzekerde per kalenderjaar.

13011	Hartritmestoornissen
Omschrijving	Diagnostiek met behulp van holterfoon via de huisartsenpraktijk, ter vervanging van verwijzing naar de tweedelij, waarbij specialistische beoordeling en/of advies noodzakelijk is.
Aanvullende voorwaarde(n)	<ul style="list-style-type: none"> • Apparatuur geleverd door een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier. • Met uitsluiting indien al op projectbasis gefinancierd.

13027	MRSA-screening
--------------	-----------------------

13038	Euthanasie
Declaratie	De inzet van de SCEN-arts kan apart gedeclareerd worden via de NZa-tarief code 12815.

13049	Medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik
Omschrijving	Medicatiebeoordeling is een systematische beoordeling van het geneesmiddelgebruik van een individuele patiënt door arts, apotheker en patiënt (en/of mantelzorgers of andere verzorgenden) op basis van een periodieke gestructureerde, kritische evaluatie van de medische-, farmaceutische- en gebruiksinformatie. Doel van de beoordeling is een op elkaar afgestemde farmacotherapeutische behandeling door artsen, apothekers, verpleegkundigen en verzorgenden op basis van de wensen en behoeften (dan wel ervaringen) van de patiënt (en mantelzorgers of andere verzorgenden).
Voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> • De medicatiebeoordeling wordt uitgevoerd door zowel de apotheker als de arts, met betrokkenheid van de patiënt (en/of mantelzorgers of andere verzorgenden); • De huisarts verklaart dat de samenwerking tussen de apotheker aantoonbaar is geformaliseerd binnen een multidisciplinair wijk Samenwerkingsverband of een multidisciplinaire regio-organisatie; • De verrichting wordt uitgevoerd met inachtneming van de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen; • De acties, interventies en uitkomsten van de medicatiebeoordeling worden vastgelegd in het digitale patiëntendossier van de patiënt.
Declaratie	<ul style="list-style-type: none"> • De vergoeding kan gedeclareerd worden per patiënt waarvoor de medicatiebeoordeling is uitgevoerd en is exclusief consult. • De verrichting medicatiebeoordeling kan maximaal eenmaal per 12 maanden per verzekerde worden gedeclareerd.

Artikel 2: M&I-verrichtingen die niet elke huisarts aanbiedt

De onderstaande M&I-verrichtingen kunnen alleen gedeclareerd worden als in de Contractmodule M&I-verrichtingen 2023-2025 een tarief vermeld staat of wanneer u een addendum heeft ontvangen gedurende de contractperiode.

13006	Spleetlamponderzoek
Aanvullende voorwaarde(n)	<ul style="list-style-type: none">• De huisarts staat vermeld in het CHBB-register voor de bijzondere bekwaamheid oogheekunde.• De praktijk beschikt over adequate apparatuur.
Declaratie	<ul style="list-style-type: none">• Maximaal drie (3) keer per verzekerde per kalenderjaar.

13029	Diabetes Mellitus (DMII) begeleiding per jaar
Aanvullende voorwaarde(n)	Het realiseren van optimale zorg voor patiënten met DMII door de huisarts, waarbij de patiënt niet (meer) onder controle is van de 2e lijn.
Declaratie	<ul style="list-style-type: none">• Tarief per controle.• Maximaal vier (4) controles per kalenderjaar (inclusief jaarcontrole).• Kan niet afgesproken worden wanneer:<ul style="list-style-type: none">○ de zorgaanbieder deelneemt aan een zorggroep die DMII-zorg levert die door middel van een keten-dbc gefinancierd wordt.• de zorgaanbieder een POH-S afspraak met Zorg en Zekerheid heeft.

13030	Diabetes Mellitus (DMII) – instellen op insuline
Omschrijving	Instelling van DM-patiënt op insuline door de huisarts, waarbij de patiënt in de 1e lijn blijft en dus niet wordt verwezen naar de 2e lijn bij: <ul style="list-style-type: none">• nieuwe insuline afhankelijke patiënten.• DM type II, die van orale medicatie overgaan op insuline.
Aanvullende voorwaarden	<ul style="list-style-type: none">• De zorg wordt conform de NHG-standaard uitgevoerd.• De verrichting is alleen te declareren wanneer er een praktijkondersteuner Somatiek of Ouderen aanwezig is in de huisartsenpraktijk.
Declaratie	<ul style="list-style-type: none">• Tarief per verrichting.• Maximaal acht (8) keer per kalenderjaar.• De verrichting is niet te declareren wanneer de zorgaanbieder deelneemt aan een zorggroep die DM type II-zorg levert en die door middel van een keten-dbc gefinancierd wordt.

13031	COPD-gestructureerde zorg per jaar
Omschrijving	Het realiseren van optimale zorg voor COPD-patiënten door de huisarts, waarbij de patiënt niet (meer) onder controle is van de 2e lijn, inclusief spirometrie.
Declaratie	<ul style="list-style-type: none"> • Tarief per controle. • Maximaal 4 controles per verzekerde per kalenderjaar (inclusief jaarcontrole). • Kan niet afgesproken worden wanneer: <ul style="list-style-type: none"> ○ de zorgaanbieder deelneemt aan een zorggroep die COPD-zorg levert die door middel van een keten-dbc gefinancierd wordt. ○ de zorgaanbieder een POH-S afspraak met Zorg en Zekerheid heeft.

13032	Palliatieve consultatie, visite
Omschrijving	Consultatievisite bij een palliatieve patiënt door een opgeleide palliatieve huisartsconsulent op verzoek van huisarts.
Aanvullende voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> • De prestatie is te declareren door de palliatieve huisartsconsulent. • De palliatieve huisartsconsulent is een huisarts geregistreerd in het CHBB-register Kaderhuisarts palliatieve zorg, of een verpleegkundig specialist lid van V&VN Palliatieve Zorg.
Declaratie	Het betreft een prestatie per visite, inclusief bestudering casus.

13033	Palliatieve consultatie, telefonisch
Omschrijving	Telefonische consultatie van een opgeleide palliatieve huisartsconsulent/specialist inzake de behandeling van een palliatieve patiënt.
Aanvullende voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> • Zowel de huisarts die de palliatieve huisartsconsulent consulteert als de huisartsconsulent kunnen deze code declareren.
Declaratie	Het betreft een prestatie per telefonisch consult.

13045	Abdominale echografie
Aanvullende voorwaarde(n)	<p>De verrichting kan conform de NHG-standaarden uitgevoerd worden voor de volgende indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lever: tumoren, metastasen • galblaas: stenen, stuwning • nieren: stuwning, concrementen, cysten, tumoren • para-aortale regio: pancreas: stenen, stuwning, tumoren • aorta: herkennen aneurysmata • uterus: myomen, positie IUD, endometriumdikte • ovaria: cysten • blaas: urineretentie, concrementen <p>Huisartsen die hiervoor bevoegd en bekwaam zijn kunnen onder deze prestatie ook de volgende echo's uitvoeren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wekedelenzwelling • zwelling in de lies • schouder: subacrominaal pijnsyndroom langer dan 3 maanden • diepveneuze trombose <p>Het betreft uitdrukkelijk niet de echo van de hals, noch bij zwangerschap en geruststellingecho's. Deze laatste is geen doelmatige zorg.</p> <p>Om in aanmerking te komen voor vergoeding moet voldoen worden aan de volgende aanvullende voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er zijn samenwerkingsafspraken/verwijsafspraken met tenminste 5 andere praktijken, of er worden minstens 10.000 patiënten bediend. • De zorgaanbieder is geregistreerd bij de Vereniging van Huisarts-Echografisten en/of het CHBB-register Echografie. • Bij verwijzing naar de specialist na het onderzoek wordt het diagnostische materiaal beschikbaar gesteld ten behoeve van de vervolgbehandeling. • De huisarts-echografist registreert de geleverde zorg. De rapportage kan door Zorg en Zekerheid op geaggregeerd niveau opgevraagd worden. In de rapportage moet tenminste de volgende gegevens terug te vinden zijn: <ul style="list-style-type: none"> ○ Welke huisartsen een abdominale echografie hebben aangevraagd. ○ Voor welke indicatie de abdominale echografie is gemaakt. Of er naar aanleiding van de abdominale echo een verwijzing heeft plaatsgevonden en zo ja, naar welk specialisme. • De huisarts-echografist voert minimaal 100 abdominale echo's uit per jaar.
Declaratie	<ul style="list-style-type: none"> • Het betreft een verrichting welke slechts gedeclareerd kan worden na toestemming van Zorg en Zekerheid.

Artikel 3: M&I-verrichtingen die ten laste van de aanvullende verzekering komen

De vergoeding van de M&I-verrichting is niet gelijk aan de vergoeding van de Aanvullende Verzekering. De vergoeding aan de verzekerde is afhankelijk van de Aanvullende Verzekering van de verzekerde. De zorgaanbieder mag de verrichtingen die in het kader van de aanvullende verzekering van Zorg en Zekerheid worden geleverd, rechtstreeks bij Zorg en Zekerheid indienen; Zorg en Zekerheid zal dan vergoeden conform de dekking van de aanvullende verzekering zoals de verzekerde deze bij Zorg en Zekerheid heeft afgesloten.

Het eventuele resterende bedrag dient de zorgaanbieder in dat geval zelf bij de verzekerde te verhalen. Ter voorkoming van incassoproblemen, kan de zorgaanbieder de verrichtingen die in het kader van de aanvullende verzekering van Zorg en Zekerheid worden geleverd, ook direct aan de verzekerde factureren. De verzekerde kan, afhankelijk van zijn aanvullende verzekering, de rekening bij Zorg en Zekerheid indienen.

Aangezien besnijdenis niet langer is opgenomen in de aanvullende verzekeringen van Zorg en Zekerheid, stellen wij hier geen tarief voor vast en is deze prestatie niet meer rechtsreeks bij Zorg en Zekerheid in te dienen.

13039	Reizigersadvisering
Aanvullende voorwaarde(n)	Prestatie betreft het advies plus injecties, exclusief vaccin.

13040	Sterilisatie man
Aanvullende voorwaarde(n)	<ul style="list-style-type: none">• Het tarief geldt voor een volledige behandeling, inclusief nacontroles, en al het benodigde sperma-onderzoek.• Deze M&I-verrichting kan ook ingezet worden bij patiënten die bij een andere huisarts staan ingeschreven. Hiermee wordt een verwijzing naar de tweedelijl voorkomen.