

Bijlage Voorwaarden M&I-Verrichtingen 2027-2028

In de module M&I-verrichtingen zijn de volgende inhoudelijke zaken gewijzigd ten opzichte van 2026:

- De Nza laat de M&I prestatiescodes gestructureerde zorg in een verzorgingshuis en maatschappelijke opvang vervallen. Z&Z voegt deze prestaties toe aan Segment 3.

Algemeen

In aanvulling op de NHG-richtlijnen en de NZa-beleidsregel hanteert Zorg en Zekerheid voor een aantal prestaties uit de tarievenlijst Modernisering- en Innovatie (M&I) de volgende aanvullende voorwaarden en declaratiebepalingen. Alleen verrichtingen waar een aanvulling op geldt staan in deze bijlagen genoemd.

13004	Longfunctiemeting (= spirometrie)
Aanvullende voorwaarde(n)	• De prestatie is niet declarabel indien de patiënt voor een longprobleem in behandeling is bij een specialist. • De prestatie is niet declarabel indien de patiënt is geïncordeerd in een keten-dbc COPD, dan wel voor de patiënt tegelijkertijd een keten-tarief COPD, Astma of COPD/Astma via gedeclareerd wordt. • De uitvoerder heeft met goed gevolg een CASPIR-cursus afgerond.

13005	ECG-diagnostiek (ECG maken, interpreteren en bespreken met patiënt)
Aanvullende voorwaarde(n)	• De uitvoerder heeft onderwijs gevolgd conform de in de beroepsgroep geldende normen c.q. ervaring als AIO met ECG-diagnostiek.
Declaratie	• Prestatie per diagnose (ECG maken, interpreteren en bespreken met de patiënt). Omdat het bespreken ook onderdeel is van deze prestatie kan niet ook een consult worden gedeclareerd, behalve als ook een andere niet gerelateerde zorgvraag wordt besproken. • 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)	- De uitvoerder heeft onderwijs gevolgd conform de in de beroepsgroep geldende normen. Onder deze prestatiecode mag naast een 24-uursmeting 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.

13029	Diabetes Mellitus (DMII) begeleiding per jaar
Omschrijving	Het leveren van optimale zorg aan patiënten met DMII, volgens de geldende zorgstandaard, door de huisarts als hoofdbehandelaar. Dit betreft patiënten die niet (meer) onder behandeling zijn in de tweede lijn.
Aanvullende voorwaarde(n)	Deze zorg wordt in andere regio's vaak vergoed via keten-DBC's. Aangezien Zorg en Zekerheid geen keten-DBC's contracteert, kan deze prestatie gedeclareerd worden door zorgaanbieders die via de regio-organisatie deelnemen aan de ketenzorg afspraken.
Declaratie	Tarief per controle.

13030	Diabetes Mellitus (DMII) – instellen op insuline
Omschrijving	Het instellen op insuline van DMII-patiënten door de huisarts, waarbij de patiënt in de eerste lijn blijft en dus niet wordt verwezen naar de 2e lijn. Deze prestatie is van toepassing op: - nieuwe insulineafhankelijke patiënten; - patiënten die overstappen van orale medicatie naar insuline.
Aanvullende voorwaarde(n)	Deze zorg wordt in andere regio's vaak vergoed via keten-DBC's. Aangezien Zorg en Zekerheid geen keten-DBC's contracteert, kan deze prestatie gedeclareerd worden door zorgaanbieders die via de regio-organisatie deelnemen aan de ketenzorg afspraken.
Declaratie	Tarief per verrichting.
13031	COPD-gestructureerde zorg per jaar
Omschrijving	Het leveren van gestructureerde zorg aan COPD-patiënten, volgens de geldende zorgstandaard, door de huisarts als hoofdbehandelaar. Dit betreft patiënten die niet (meer) onder controle zijn in de tweede lijn.
Aanvullende voorwaarde(n)	Deze zorg wordt in andere regio's vaak vergoed via keten-DBC's. Aangezien Zorg en Zekerheid geen keten-DBC's contracteert, kan deze prestatie worden gedeclareerd door zorgaanbieders die via de regio-organisatie deelnemen aan de ketenzorg afspraken.

Declaratie	Tarief per controle.
13045	Abdominale echografie
Aanvullende voorwaarde(n)	Het uitvoeren en interpreteren van abdominale echografie in eigen beheer ter voorkoming van onnodige verwijzing naar de tweede lijn. Het betreft de indicaties zoals genoemd in de Nza-Beleidsregel. Daarnaast kan deze prestatiecode worden gebruikt voor onderstaande indicaties: - wekedelenzwelling - zwelling in de lies - schouder: subacromiaal pijnsyndroom langer dan 3 maanden - diepveneuze trombose Om in aanmerking te komen voor vergoeding moet voldoen worden aan de volgende aanvullende voorwaarden: - 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.
Declaratie	Deze prestatie kan alleen gedeclareerd worden indien hiertoe een afspraak is tussen huisartsenpraktijk en Zorg en Zekerheid

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

13040	Sterilisatie man
Aanvullende voorwaarde(n)	Het tarief geldt voor een volledige behandeling, inclusief nacontroles, en al het benodigde sperma-onderzoek.
Declaratie	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 de verzekerde 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.