

Veelgestelde vragen huisartsenzorg

Hoe komt Zorg en Zekerheid tot de indexering van de tarieven?

Voor de gereguleerde tarieven volgt Zorg en Zekerheid de maximumtarieven zoals deze door de NZa zijn vastgesteld. De NZa indexering is niet voor elke gereguleerde prestatie hetzelfde. Wij indexeren de vrije tarieven daarom door te kijken naar het gewogen gemiddelde van de indexering van de gereguleerde tarieven. In 2026 is de indexering 6,1%.

Uit gesprekken met het Overleg Team Huisartsen (OTH) bleek dat bij de M&I tarieven indexeren niet passend werd geacht omdat de basis van de tarieven onvoldoende helder was. Wij hebben daarom besloten deze basis voor de contractperiode 2026-2028 eenmalig opnieuw vast te stellen. Zorg en Zekerheid heeft zich hiervoor gebaseerd op het gemiddelde tarief per verrichting zoals aangeleverd bij Vektis (aanlevering van alle verzekeraars) Voor 2027 en 2028 wordt de reguliere indexering toegepast.

Wat is er gewijzigd in de rekentool voor de POH-Ouderen?

Naast de reguliere indexering van de tarieven heeft Zorg en Zekerheid de normuren per staffel opgehoogd. De staffels zijn hierbij gelijk gebleven. Zo was er in 2025 een vergoeding van 6,4 normuren bij een percentage tussen de 10-15% 75-plussers. In 2026 geldt bij hetzelfde percentage een vergoeding van 7,68 normuren. Deze aanpassing geeft een verruiming in de inzet van de POH-Ouderen.

Wat houdt de nieuwe prestatie 'meedenkadvies medisch specialistische zorg' in?

Vanaf 2026 neemt de NZa in haar Beleidsregel de segment 1 prestatie meedenkadvies op. Het gaat hierbij niet om de beoordeling van enkelvoudige diagnostische onderzoeken, maar wel om vragen van de huisarts aan een medisch specialist die verwijzing naar de tweedelijnszorg kunnen voorkomen. Deze prestatie omvat:

Het opstellen van de casus (inclusief alle relevante informatie en diagnostiek) en de vraagstelling aan de medisch specialistische zorgverlener.

Het ter beschikking stellen van de casus aan de bevroagde zorgverlener zoals dit ook bij een verwijzing gebruikelijk is. Hiermee geeft de medisch specialistische zorgverlener advies zonder direct patiënt contact.

Deze prestatie omvat niet de terugkoppeling en het advies aan de patiënt, dit valt onder de reguliere consulttijd.

Door deze nieuwe prestatie zijn de segment 3 prestaties 'meedenkconsulten' niet langer van toegevoegde waarde. Alleen de consultfunctie door Transparant next zal als segment 3 prestatie meeKijkconsult blijven bestaan (wordt selectief ingekocht).

Wat zijn de afspraken omtrent 'Meer tijd voor de patiënt (MTVP)'?

Ook in de contractperiode 2026-2028 blijft de segment 1 vergoeding voor MTVP bestaan. U kunt aanspraak maken op deze vergoeding door zich te melden bij de regio-organisatie. Door aanspraak te maken op deze tegemoetkoming conformeert u zich aan de geldende MTVP-leidraad en de regionale uitwerking door de regio-organisaties. Dit betekent dat u actief inzet op de genoemde interventies en deelneemt aan intervisiebijeenkomsten. Zorg en Zekerheid evalueert via de regio-organisatie de effectiviteit van MTVP. Voor meer informatie verwijzen wij naar de regioplannen.

Waarom zijn veel contractvoorwaarden bij de M&I verrichtingen vervallen?

In de overeenkomst 2023-2025 waren verschillende voorwaarden opgenomen waarbij werd voorgeschreven hoe vaak een prestatie per verzekerde mocht worden gedeclareerd. Zorg en Zekerheid laat de meeste van deze voorwaarden vervallen omdat gepast gebruik in alle gevallen leidend moet zijn. De beoordeling hiervan ligt in beginsel bij de huisarts.

De voorwaarden die in de overeenkomsten worden genoemd zijn aanvullend op de voorwaarden in de NZa beleidsregels en NHG-richtlijnen.

Hoe is het tarief voor service en bereikbaarheid opgebouwd?

Met een tegemoetkoming voor service en bereikbaarheid stimuleren wij (digitale) toegankelijkheid en zorgvernieuwing. Het betreft een vergoeding per verzekerde per jaar (uitbetaald per kwartaal) voor licenties, tijdsinvestering en implementatie.

Het tarief voor service en bereikbaarheid is opgebouwd uit de volgende componenten:

1. Het bieden van een ochtend- en/of avondsprekuur
2. Digitale bereikbaarheid, bestaande uit:
 - A. Het hebben en gebruiken van mogelijkheden om digitaal afspraken te maken met de huisartsenpraktijk en;
 - B. Het hebben en gebruiken van mogelijkheden om herhaalrecepten via e-mail of website aan te vragen en;
 - C. Het hebben en gebruiken van mogelijkheden tot e-consulten en beeldbelconsulten.
3. Het hebben van en gebruiken van spraakgestuurd rapporteren/ spraak-naar-tekst software zoals Juvoly.

Als 2 en 3 beiden worden ingezet ontvangt u een extra opslag die vrij te besteden is aan digitale toegankelijkheid of zorgvernieuwing.

Deze vergoeding is aangepast ten opzichte van de overeenkomst 2023-2025. Dit is gedaan op verzoek van huisartsen en om vernieuwend te blijven naast inmiddels algemeen geaccepteerde werkwijzen. In de overeenkomst 2023-2025 is de vergoeding opgebouwd uit de volgende elementen:

1. Het bieden van een ochtend- en/of avondsprekuur
2. Digitale bereikbaarheid, bestaande uit:
 - A. Het hebben en gebruiken van mogelijkheden om digitaal afspraken te maken met de huisartsenpraktijk OF;
 - B. Het hebben en gebruiken van mogelijkheden om herhaalrecepten via e-mail of website aan te vragen en;
 - C. Het hebben en gebruiken van mogelijkheden tot e-consulten en beeldbelconsulten.

Als 2 A, B en C worden ingezet ontvangt u een extra opslag die vrij te besteden is aan digitale toegankelijkheid of zorgvernieuwing.

De vrij te besteden opslag (€0,33 in 2026) is dus niet nieuw en betreft niet de vergoeding voor spraakgestuurd rapporteren/ spraak-naar-tekst software. Wel is spraakgestuurd rapporteren/ spraak-naar-tekst-software als voorwaarde toegevoegd voor de vrije opslag en kent deze vanaf 2026 een eigen vergoeding (€1,22 per verzekerde per jaar in 2026)

Kan er naast het behandelwensgesprek ook een regulier consult gedeclareerd worden?

Voor het behandelwensgesprek zelf kan niet ook een consult worden gedeclareerd. Als aansluitend op het behandelwensgesprek echter een niet gerelateerde inhoudelijke zorgvraag wordt besproken dan kan voor dat gesprek wel een consult worden gedeclareerd.

Wanneer declareert u een (vervolg) behandelwensgesprek en wanneer een regulier consult?

Zorg en Zekerheid maakt over het (vervolg)behandelwensgesprek aparte afspraken via segment 3 omdat wij van mening zijn dat dit niet past binnen reguliere consulten. Hierbij is niet de besteedde tijd leidend maar de inhoud van dit gesprek. Een behandelwensgesprek vraagt een holistische benadering waardoor met de patiënt een exploratie van wensen en grenzen plaatsvindt. Daarnaast is goede vastlegging en het delen met betrokken zorgverleners rand voorwaardelijk. Om hiervoor voldoende tijd en aandacht te vragen kan dit apart worden gedeclareerd als de huisarts hiervoor de (na)scholing van de regio-organisatie heeft gevolgd.

Een behandelwensgesprek kan worden gedeclareerd bij patiënten waarvoor de huisarts dit nodig acht. Ook bij kwetsbare patiënten met een langere levensverwachting dan één jaar. Als de huisarts dit niet nodig acht, bijv. op eigen verzoek van een niet kwetsbare patiënt, valt dit gesprek wel binnen het reguliere consult.

Wat houdt de coulancevergoeding voor praktijkondersteuners in opleiding in?

Wij zien graag dat de capaciteit van praktijkondersteuning maximaal wordt benut maar zien ook de schaarste in bevoegd zorgpersoneel. Wij bieden daarom al een vergoeding voor de inzet van praktijkondersteuners in opleiding.

Voor de POH-Somatiek geldt deze coulance vanaf de start van de opleiding bij een verkorte opleiding (10 t/m 13 maanden) of vanaf de helft van de opleiding bij een reguliere opleiding (2 jaar).

Voor de POH-Ouderen geldt deze coulance vanaf de start van de opleiding indien een incompany opleiding van de regio-organisatie wordt gevolgd óf wanneer de praktijkondersteuner in opleiding een afgeronde vooropleiding HBO-V (verpleegkunde) heeft.

Voor de POH-GGZ geldt deze coulance vanaf de start van de opleiding. Deze uitzondering geldt niet als dezelfde POH-GGZ wordt ingezet voor het verkennend gesprek. Zorg en Zekerheid is van mening dat er geen arbeidsmarktprobleem is als de POH-GGZ ingezet kan worden voor andersoortige taken zoals een Verkennend Gesprek. In dat geval achten we een coulance vergoeding niet nodig.

De vergoeding gaat altijd in op de eerste van het kwartaal nadat met de opleiding is gestart (of de helft van de opleiding is bereikt bij POH-S regulier).

Waarom vraagt Zorg en Zekerheid geen diploma's en arbeidsovereenkomsten van praktijkondersteuners meer op?

Gedurende de overeenkomst 2023-2025 controleerden wij diploma's en arbeidsovereenkomsten voordat wij een vergoeding voor praktijkondersteuning toekenden. Op advies van het Overleg Team Huisartsen (OTH) laten wij deze vooraf controle los om administratieve last te verminderen. Wij vertrouwen hierdoor meer op de huisarts en de vergewisplicht die deze heeft om bevoegd en bekwaam personeel aan te nemen. In onze overeenkomsten wordt ingegaan op deze kwalificaties. Als u twijfelt of een nieuwe praktijkondersteuner aan de voorwaarden vragen wij om contact opnemen met onze afdeling Contractbeheer om onduidelijkheden in een eventuele achterafcontrole te voorkomen. Wij denken graag met u mee.

Mogen praktijkondersteuners Somatiek en Ouderen consulten declareren?

De opslag per kwartaal is gebaseerd op een aantal uren POH-Somatiek volgend uit de rekentool. Tijdens die uren is de inzet van praktijkondersteuner volledig bekostigd door de opslag. Alleen als de Praktijkondersteuner meer uren werkt dan waarvoor de vergoeding via de opslag geldt, mogen consulten worden gedeclareerd. Dit dient aantoonbaar te zijn in de administratie.

Wat is de vergoeding voor de Spreekuurondersteuner Huisarts (SOH)?

De opleiding tot SOH zorgt voor een uitbreiding van de werkzaamheden van de doktersassistente waardoor de huisarts wordt ontlast. De implementatie van deze taakherschikking is één van de interventies die kan worden bekostigd vanuit MTVP. De SOH kan consulten declareren voor direct patiëntgebonden tijd waarbij de huisarts eindverantwoordelijk blijft. De ingezette uren van een doktersassistent worden betaald uit de inschrijftarieven, het is daarom niet mogelijk om deze uren op te geven in de vragenlijst als uren van praktijkondersteuners.

Wat verandert er op het gebied van SCEN en hoe declareer ik de SCEN prestaties?

Vanaf 2026 wordt de module SCEN uitgebreid met een prestatie 'zorginhoudelijk advies voorafgaand aan SCEN'. Deze prestatie kan worden gedeclareerd door een SCEN-arts als deze advies geeft aan de behandelend arts over een euthanasieverzoek waarvan de behandelend arts nog niet heeft besloten het verzoek in te willigen. Het betreft een prestatie met een tarief per 15 minuten. Deze prestatie omvat dossieronderzoek en het advies aan de behandelend arts, geen bezoek aan de patiënt.

Als de behandelend arts al heeft besloten het euthanasieverzoek in te willigen kan bovenstaande prestatie niet worden gedeclareerd maar geldt de reeds bestaande SCEN prestatie. Die prestatie bevat wel een bezoek aan de patiënt.

Als de behandeld arts na een 'zorginhoudelijk advies voorafgaand aan SCEN' besluit om het euthanasieverzoek in te willigen dient een andere SCEN-arts te worden ingeschakeld dan degene die het zorginhoudelijk advies heeft gegeven.

Naast bovenstaande aanpassing wordt ook een praktisch probleem opgelost. Niet alle SCEN artsen kunnen declareren via een overeenkomst voor huisartsenzorg. Daarom zijn de SCEN prestaties ook toegevoegd aan de prestatiecodelijst overige zorg en kunnen deze ook zonder overeenkomst door SCEN artsen worden gedeclareerd. Dit geldt niet voor de nieuwe prestatie 'Zorginhoudelijk advies voorafgaand aan SCEN'. U declareert als volgt:

- SCEN-artsen die tevens beschikken over een huisartsenovereenkomst kunnen digitaal declareren via het HIS (prestatiecode 12815 voor de SCEN procedure en 12822 voor het zorginhoudelijk advies voorafgaand aan SCEN)
- SCEN-artsen die geen huisartsenovereenkomst hebben en niet beschikken over declaratiesoftware voor huisartsen kunnen gebruik maken van [declaratiesoftware OS-entry](#) om via VECOZO de prestatie 29033 voor de SCEN procedure te declareren. Deze software wordt i.s.m. Zorgverzekeraars Nederland gratis beschikbaar gesteld.

Indien beide niet mogelijk zijn kunt u de declaratie op de oude wijze mailen naar declaraties@zorgenzekerheid.nl

Wanneer kom ik in aanmerking voor de prestaties 'Diabetes Mellitus – begeleiding per jaar bij suikerziekte' (13029) 'Diabetes Mellitus – instellen van medicijn (insuline) voor suikerziekte' (13030) en 'COPD-gestructureerde zorg per jaar bij ademhalings- en longproblemen' (13031)?

Indien deze zorg wordt uitgevoerd door een POH-S maakt deze onderdeel uit van de POH-S module en kunnen de prestaties, wegens dubbele bekostiging, niet apart gedeclareerd worden. Wanneer de huisarts de jaarcontroles zelf uitvoert kunnen de volgende prestaties per jaar per ingeschreven verzekerde gedeclareerd worden: 'Diabetes Mellitus – begeleiding per jaar bij suikerziekte' (13029) en 'COPD-gestructureerde zorg per jaar bij ademhalings- en longproblemen' (13031)

Voor prestatie 13030 'Diabetes Mellitus – instellen van medicijn (insuline) voor suikerziekte' geldt dat deze eenmalig per verzekerde gedeclareerd kan worden indien uitgevoerd door de huisarts: Dit betreft alle handelingen die behoren tot het omzetten van orale medicatie naar (toevoegen van) insuline therapie.

Staat uw vraag over de overeenkomst huisartsenzorg 2026-2028 er niet tussen? Neem contact met ons op via zorginkoop.huisartsen@zorgenzekerheid.nl, we helpen u graag!