

Bijlage 4 M&I Verrichtingen 2017

Algemeen

De verrichtingen die in onderstaande lijst genoemd zijn, mogen door de zorgaanbieder worden gedeclareerd mits voldaan wordt aan de gestelde voorwaarden in de vigerende beleidsregel en de aanvullende voorwaarden van Zorg en Zekerheid. De beleidsregel is te vinden op de website van de NZA: www.nza.nl/regelgeving/tarieven. Kies hierna de categorie 'Vrije beroepsbeoefenaren' en de subcategorie 'Tarieven en prestaties 2017'.

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

Indien in Bijlage 1 van deze overeenkomst andere tarieven gemeld staan, zijn deze voorliggend op de tarieven zoals hier genoemd.

Deze verrichtingenlijst bestaat uit vier onderdelen:

- a. M&I verrichtingen (artikel 1)
- b. Overige S1 verrichtingen (artikel 2)
- c. Prestaties Huisartsenzorg eerstelijns verblijf en Intensieve zorg (artikel 3)
- d. M&I verrichtingen die niet elke huisarts aanbiedt (artikel 4)
- e. M&I verrichtingen die ten laste van de aanvullende verzekering komen (artikel 5)

Artikel 1: M&I verrichtingen

In de vigerende beleidsregel bestaan de onderstaande verrichtingen nog als separate verrichting. Op deze verrichtingen zijn de vigerende beleidsregel en de voorwaarden in deze bijlage van toepassing.

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

| | | |
|--------------|--|------------------------|
| 13000 | Audiometrie | Tarief: € 28,98 |
| Declaratie | Tarief maximaal twee (2) keer per verzekerde per kalenderjaar. | |

| | | |
|--------------|--|------------------------|
| 13001 | Diagnostiek met behulp van Doppler | Tarief: € 57,99 |
| Declaratie | <ul style="list-style-type: none">• Maximaal twee (2) keer per verzekerde per kalenderjaar.• Mag niet gedeclareerd worden in combinatie met sclerosering varices. | |

| | | |
|--------------|---|------------------------|
| 13003 | Tympanometrie | Tarief: € 28,98 |
| Declaratie | Maximaal drie (3) keer per verzekerde per kalenderjaar. | |

| | | |
|------------------------------|--|--|
| 13004 13004 | Longfunctiemeting (= spirometrie) met beoordeling zonder POH-S Longfunctiemeting met beoordeling door POH-S | Tarief: € 58,40 Tarief: € 28,55 |
| Aanvullende voorwaarde(n) | De patiënt is niet voor een longprobleem in behandeling bij een specialist. | |
| 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 voor € 28,55.• De zorgaanbieder die geen POH-S afspraak heeft met Zorg en Zekerheid, mag een spirometrie voor € 58,40 declareren.• De verrichting mag niet in combinatie met 13031(COPD-gestructureerde zorg per jaar) gedeclareerd worden.• De verrichting mag niet gedeclareerd worden indien de praktijk deelneemt aan een zorggroep die COPD-zorg levert die door middel van een Keten DBC gefinancierd wordt.• Er dient een CASPIR cursus met goed gevolg afgerond te zijn. | |

| 13005 | ECG-diagnostiek (ECG maken, interpreteren en bespreken met patiënt) | Tarief: € 52,56 |
|---------------------------|---|------------------------|
| Aanvullende voorwaarde(n) | <ul style="list-style-type: none"> • Gevolgd hebben van onderwijs c.q. ervaring als AIO met ECG-diagnostiek (Boerhavecursus, cursus Nederlandse Hartstichting). • Ter deskundigheidsbevordering (DKB) dient 1 tot 2 maal per jaar minimaal 2 uur toetsing plaats te vinden. | |
| 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 verbruikersmateriaal, dit mag dus niet gedeclareerd worden in combinatie met Vektiscode 12700. • Uitsluitend een ECG maken, lezen en vervolgens opsturen ter beoordeling is geen verrichting en kan dus ook niet als zodanig gedeclareerd worden. Er kan dan een consult (Vektiscode 12000) plus verbruikersmateriaal (Vektiscode 12700) gedeclareerd worden. | |

| 13008 | Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting | Tarief: € 52,56 |
|---------------------------|--|------------------------|
| Aanvullende voorwaarde(n) | <ul style="list-style-type: none"> • Nascholing gevolgd. • Mogelijkheid tot consultatie. • NHG standaard. | |
| Declaratie | Maximaal twee (2) keer per verzekerde per kalenderjaar. | |

| 13009 | Teledermatologie | Tarief: € 42,52 |
|--------------|---|------------------------|
| Declaratie | Het betreft een tarief per verrichting welke niet in rekening gebracht kan worden indien inspanning van de huisarts als onderdeel van een andere prestatie reeds wordt vergoed. | |

| 13010 | Cognitieve functietest (MMSE) | Tarief: € 57,99 |
|---------------------------|--|------------------------|
| Aanvullende voorwaarde(n) | <ul style="list-style-type: none"> • Afname van de test vindt door de huisarts plaats. • 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"> • Prestatie per verrichting. • Maximaal drie (3) keer per verzekerde per kalenderjaar. | |

| | | |
|--------------|-----------------------------|------------------------|
| 13011 | Hartritmestoornissen | Tarief: € 28,98 |
|--------------|-----------------------------|------------------------|

| | | |
|--------------|-----------------------|--|
| 13027 | MRSA-screening | Max. NZa tarief voor een dubbel consult |
|--------------|-----------------------|--|

| | | |
|--------------|---|-------------------------|
| 13038 | Euthanasie | Tarief: € 278,74 |
| Declaratie | De inzet van de SCEN-arts kan apart gedeclareerd worden middels de NZa-tarief code 12815. | |

| | | |
|--------------|--|------------------------|
| 13049 | Medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik ("M-check") | Tarief: € 43,00 |
| Omschrijving | Medicatiebeoordeling is een systematische beoordeling van het geneesmiddelengebruik 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 M-check 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 op minimaal FTO-niveau 4, een geïntegreerd eerstelijns samenwerkingsverband (GES) of een multidisciplinaire zorggroep tussen huisartsen en apothekers; • De verrichting wordt uitgevoerd met inachtneming van de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen; • De acties, interventies en uitkomsten van de M-check worden vastgelegd in het digitale patiëntendossier van de patiënt. | |
| Declaratie | <ul style="list-style-type: none"> • De vergoeding bedraagt € 43,00 (exclusief consult) per verzekerde van Zorg en Zekerheid waarvoor de Medicijncheck is uitgevoerd. • De verrichting polyfarmacie kan maximaal eenmaal per 12 maanden per verzekerde worden gedeclareerd. | |

Artikel 2: Overige S1 verrichtingen

Voor vijf specifieke (groepen van) verrichtingen zijn in de vigerende beleidsregel separate prestaties geformuleerd. Het betreft verrichtingen die tot 2015 als M&I verrichting gedeclareerd werden. Het tarief is per verrichting en is een vergoeding voor de kosten van zorgverlening. Voor 2016 en 2017 zijn de hoogte van de tarieven gelijk aan de maximum NZa tarieven. In onderstaande tabel staan de maximum NZa tarieven voor 2017.

Deze verrichtingen kunnen door alle door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgaanbieders gedeclareerd worden.

| 13012 | Chirurgie | Tarief: € 83,45 |
|---------------------------|---|------------------------|
| Aanvullende voorwaarde(n) | <ul style="list-style-type: none">• De verrichting mag niet gedeclareerd worden in combinatie met de prestaties 'Intensieve zorg, dag' of 'Intensieve zorg, ANW'.• Het verwijderen van hechting na specialistische behandeling valt niet onder deze verrichting.• Behandeling met adequate apparatuur, ruimte, assistentie, en hygiëne is vereist.• Het betreft een tarief per verrichting. Dit tarief is inclusief materiaal en verwijderen hechtingen. | |
| 13015 | Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris | Tarief: € 56,09 |
| Aanvullende voorwaarde(n) | <ul style="list-style-type: none">• De zorgaanbieder heeft een aanvullende opleiding in zwachtelen (huisarts en eventueel assistente).• De verrichting kan alleen uitgevoerd worden in het kader van ketenzorg afspraken/ transmuraal protocol.• Maximaal negen (9) keer per verzekerde per kalenderjaar. | |

| | | |
|---------------------------|--|------------------------|
| 13023 | Therapeutische injectie (Cyriax ®) exclusief ampul | Tarief: € 28,19 |
| Aanvullende voorwaarde(n) | <ul style="list-style-type: none"> • Maximaal drie (3) locaties. • Maximaal drie (3) keer per locatie. • Dus maximaal negen (9) maal per verzekerde per kalenderjaar. • Deze M&I verrichting kan ook ingezet worden bij patiënten die bij een andere huisarts staan ingeschreven. Hiermee wordt een verwijzing naar de tweedelijns voorkomen. De huisarts die de verrichting uitvoert kan middels de prestatie 'Horizontaal doorverwijzen' een opslag op de M&I verrichting declareren. De prestatie 'Horizontaal doorverwijzen' wordt in bijlage 6b omschreven. | |

| | | |
|--------------|------------------|-----------------------|
| 13024 | Oogboring | Tarief € 53,33 |
|--------------|------------------|-----------------------|

| | | |
|---------------------------|---|-----------------------|
| 13042 | IUD inbrengen/ Implanteren cq verwijderen implanonstaafje | Tarief € 58,86 |
| Aanvullende voorwaarde(n) | <ul style="list-style-type: none"> • Maximaal één (1) keer per kalenderjaar. • Controle conform de NHG standaard. Indien geïndiceerd, doorverwijzen naar een gynaecoloog. • Bij het declareren van deze verrichting moet de prestatiecode 13042 gebruikt worden. <p>Let op! De handeling van het inbrengen/verwijderen van het spiraaltje of implanonstaafje valt onder de basisverzekering. Het spiraaltje en implanonstaafje (materiaal) vallen onder de basisverzekering voor patiënten onder de 21 jaar en vallen onder de aanvullende verzekering bij patiënten van 21 jaar en ouder. De vergoeding hiervan is afhankelijk van de aanvullende verzekering van de patiënt.</p> | |

Artikel 3: Prestaties Huisartsenzorg eerstelijns verblijf en Intensieve zorg

Op deze prestaties zijn de vigerende beleidsregel van toepassing. Het tarief is een tarief per visite. Voor 2017 is de hoogte van de tarieven gelijk aan de maximum NZa tarieven. In onderstaande tabel staan de maximum Nza tarieven voor 2017.

Deze prestaties kunnen door alle door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgaanbieders gedeclareerd worden.

| | | |
|--------------|--|------------------------|
| 12150 | Huisartsenzorg ELV, dag korter dan 20 min | Tarief: € 40,34 |
|--------------|--|------------------------|

| | | |
|--------------|---|------------------------|
| 12151 | Huisartsenzorg ELV, dag 20 min en langer | Tarief: € 69,91 |
|--------------|---|------------------------|

| | | |
|---------------------------|--|------------------------|
| 12152 | Huisartsenzorg ELV, ANW korter dan 20 min | Tarief: € 69,36 |
| Aanvullende voorwaarde(n) | <ul style="list-style-type: none">• Het tarief is per ANW visite. Deze uren betreffen de tijdsperiode:<ul style="list-style-type: none">○ tussen 18:00 uur 's avonds en 08:00 uur 's ochtends;○ tussen 08:00 uur en 18:00 uur op zaterdag of zondag;○ tussen 08:00 uur en 18:00 uur op algemeen erkende feestdagen of gelijkgestelde dagen in de zin van de Algemene Termijnenwet.• Een deelnemer van een HDS mag de visite tijdens ANW uren alleen declareren indien hij/zij geen dienst heeft, maar wel de visite heeft gedaan. | |

| | | |
|---------------------------|--|-------------------------|
| 12153 | Huisartsenzorg ELV, ANW 20 min en langer | Tarief: € 107,49 |
| Aanvullende voorwaarde(n) | <ul style="list-style-type: none">• Het tarief is per ANW visite. Deze uren betreffen de tijdsperiode:<ul style="list-style-type: none">○ tussen 18:00 uur 's avonds en 08:00 uur 's ochtends;○ tussen 08:00 uur en 18:00 uur op zaterdag of zondag;○ tussen 08:00 uur en 18:00 uur op algemeen erkende feestdagen of gelijkgestelde dagen in de zin van de Algemene Termijnenwet.• Een deelnemer van een HDS mag de visite tijdens ANW uren alleen declareren indien hij/zij geen dienst heeft, maar wel de visite heeft gedaan. | |

| | | |
|---------------------------|--|------------------------|
| 13034 | Intensieve zorg, dag (voorheen 13034, 13035) | Tarief: € 71,29 |
| Aanvullende voorwaarde(n) | <ul style="list-style-type: none"> • Voor verzekerden met een CIZ indicatie van een V&V-reeks van 5 of hoger mogen maximaal 7 visites per kwartaal en maximaal 28 visites per kalenderjaar gedeclareerd worden voor Intensieve zorg samen • Voor terminale patiënten mogen maximaal 40 visites voor Intensieve zorg (13034 en 13036) samen gedeclareerd worden. • Voor terminale patiënten mogen in de laatste zeven dagen voor overlijden maximaal 2 verrichtingen op 1 dag worden gedeclareerd, echter wel binnen het aantal van 40 visites. Op alle overige dagen mag slechts 1 verrichting per 24 uur worden gedeclareerd. • Indien het hierboven beschreven maximum overschreden wordt, dan kan een visite gedeclareerd worden. | |

| | | |
|---------------------------|--|-------------------------|
| 13036 | Intensieve zorg, ANW (voorheen 13036, 13037) | Tarief: € 122,97 |
| Aanvullende voorwaarde(n) | <ul style="list-style-type: none"> • Het tarief is per ANW visite. Deze uren betreffen de tijdsperiode: <ul style="list-style-type: none"> ○ tussen 18:00 uur 's avonds en 08:00 uur 's ochtends; ○ tussen 08:00 uur en 18:00 uur op zaterdag of zondag; ○ tussen 08:00 uur en 18:00 uur op algemeen erkende feestdagen of gelijkgestelde dagen in de zin van de Algemene Termijnenwet. • Een deelnemer van een HDS mag de visite tijdens ANW uren alleen declareren indien hij/zij geen dienst heeft, maar wel de visite heeft gedaan. • Voor verzekerden met een CIZ indicatie van V&V-reeks 5 of hoger mogen maximaal 7 visites per kwartaal en maximaal 28 visites per kalenderjaar gedeclareerd worden voor Intensieve zorg samen. • Voor terminale patiënten mogen maximaal 40 visites voor Intensieve zorg (13034 en 13036) samen gedeclareerd worden. • Voor terminale patiënten mogen in de laatste zeven dagen voor overlijden maximaal 2 verrichtingen op 1 dag worden gedeclareerd, echter wel binnen het aantal van 40 visites. Op alle overige dagen mag slechts 1 verrichting per 24 uur worden gedeclareerd. • Indien het hierboven beschreven maximum overschreden wordt, dan kan een visite gedeclareerd worden. | |
| Declaratie | Het betreft een prestatie per visite bij de patiënt thuis. | |

Artikel 4: M&I verrichtingen die niet elke huisarts aanbiedt

De onderstaande M&I verrichtingen kunnen alleen gedeclareerd worden, wanneer in bijlage 1 van deze overeenkomst een tarief vermeld staat of wanneer u een addendum heeft ontvangen gedurende de contractperiode.

Wanneer u lopende de contractperiode een van de onderstaande M&I verrichtingen wilt aanvragen dan kunt u dit middels het aanvraag-/mutatieformulier doen. In afwijking op deel II artikel 8 kan de zorgaanbieder elke maand starten met de prestaties beschreven in dit artikel. De aanvraag dient uiterlijk een maand voor aanvang van het volgende maand bij Zorg en Zekerheid ingediend te zijn. Wanneer de aanvraag te laat is ingediend of niet compleet is, dan zal deze de maand daarop pas ingaan.

| 13006 | Spleetlamponderzoek | Tarief: € 28,98 |
|---------------------------|--|------------------------|
| Aanvullende voorwaarde(n) | <ul style="list-style-type: none">• Aantoonbare aanvullende deskundigheid (certificaat opleiding Stichting Onderwijs Oogheelkunde aan Huisartsen in Nederland, SOOHN, voorheen cursus Baggen, of arts-assistenschap oogheelkunde).• Adequate apparatuur.• Huisarts staat vermeld in het CHBB-registrater voor de bijzondere bekwaamheid oogheelkunde.• Deze M&I verrichting kan ook ingezet worden bij patiënten die bij een andere huisarts staan ingeschreven. Hiermee wordt een verwijzing naar de tweedelijjn voorkomen. De huisarts die de verrichting uitvoert kan middels de prestatie 'Horizontaal doorverwijzen' een opslag op de M&I verrichting declareren. De prestatie 'Horizontaal doorverwijzen' wordt in bijlage 6b omschreven. | |
| Declaratie | <ul style="list-style-type: none">• Prestatie per onderzoek.• Maximaal drie (3) keer per verzekerde per kalenderjaar. | |

| 13029 | Diabetes begeleiding per jaar | Max. NZa tarief voor een dubbel consult |
|--------------|---|--|
| 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 DM type II-zorg levert die door middel van een Keten DBC gefinancierd wordt. ○ de zorgaanbieder een POH-S afspraak met Zorg en Zekerheid heeft. | |

| 13030 | Diabetes – instellen op insuline | Max. NZa tarief voor een dubbel consult |
|-------------------------|---|--|
| Omschrijving | <p>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:</p> <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 M01 uitgevoerd. • De verrichting is alleen te declareren wanneer er een diabetesverpleegkundige of praktijkondersteuner aanwezig is in de huisartsenpraktijk. | |
| Declaratie | <ul style="list-style-type: none"> • Tarief per controle. • 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 | Max. NZa tarief voor een dubbel consult |
|--------------|---|--|
| Omschrijving | Het realiseren van optimale zorg voor COPD-patiënten door de huisarts, waarbij de patiënt niet (meer) onder controle is van de 2 ^e lijn, inclusief spirometrie. | |
| Declaratie | <ul style="list-style-type: none"> • Tarief per controle. • Maximaal 4 controles per verzekerde per kalenderjaar (inclusief jaarcontrole). • Niet in combinatie te declareren met spirometrie (Vektiscode 13004). • 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. | |

| 13033 | Palliatieve consultatie, telefonisch | Max. NZa tarief voor een dubbel consult |
|-------------------------|--|--|
| Omschrijving | Telefonische consultatie van een opgeleide palliatieve huisartsconsulent/specialist inzake de behandeling van een palliatieve patiënt. | |
| Aanvullende voorwaarden | <ul style="list-style-type: none"> • De huisarts is aangesloten bij een PaTz-groep of is voornemens om een PaTz-groep op te zetten en werkt nauw samen met de wijkverpleging. • Zowel de huisarts die de palliatieve huisartsconsulent consulteert als de huisartsconsulent kunnen deze code declareren. • Huisartsen die aangesloten zijn bij een PaTz-groep kunnen wanneer een patiënt besproken wordt in een van de bijeenkomsten van de PaTz-groep waar een opgeleide palliatieve consulent aanwezig is, ook deze prestatie declareren. | |
| Declaratie | Het betreft een prestatie per telefonisch consult. | |

| 13045 | Abdominale echografie | Tarief: 76,13 |
|---------------------------|--|---------------|
| Aanvullende voorwaarde(n) | <p>De verrichting kan uitgevoerd worden voor de volgende indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lever: vergroting, galstuwning, tumoren, metastasen (M 22) • galblaas: stenen, stuwning (M 22) • nieren: stenen, stuwning, cysten, tumoren (M 63) • para-aortale regio: pancreas: stenen, stuwning, tumoren (M22) • aorta: aneurysmata. • liezen: liesbreuk, vergrote lymfeklieren • blaas: bij bemoeilijkte mictie bij oudere mannen met algemene malaise, recidiverende urineweginfecties, urineretentie-> uitsluiten hydronefrose (M 42) <p>Het betreft uitdrukkelijk niet de echo 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 3 andere praktijken. • 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. <p>Of er naar aanleiding van de abdominale echo een verwijzing heeft plaatsgevonden en zo ja, naar welk specialisme.</p> | |

| | |
|-------------|---|
| Procedureel | <p>De zorgaanbieder stuurt een brief met aanvraag om in aanmerking te komen voor abdominale echografie samen met een bewijs van de registratie bij de VEGE en/of CHBB op naar:</p> <p>Zorg en Zekerheid Zorgteam Cure, t.a.v. Zorginkoop Huisartsenzorg Postbus 400 2300 AK Leiden</p> <p>In de brief staan de namen en handtekeningen van alle huisartsen die verwijzen/samenwerken met de huisartsechografist met ieder hun AGB code, de naam- en adresgegevens. Daarnaast wordt aangegeven wat de doelstelling is van het uitvoeren van abdominale echografie in de huisartsenpraktijk en wat de nagestreefde resultaten zijn, zodat op basis van deze uitgangspunten geëvalueerd kan worden.</p> |
| Declaratie | <ul style="list-style-type: none"> • Het betreft een verrichting welke slechts gedeclareerd kan worden na toestemming van Zorg en Zekerheid. • De vergoeding geldt in beginsel voor één (1) jaar, waarna evaluatie van de zorg en de doelmatigheid zal plaats vinden. • Er kan maximaal 1 abdominale echo per 2 jaar gedeclareerd worden, behalve voor de indicatie aneurysma van de aorta, dan vindt ook vergoeding plaats van de vervolg echo's die zijn uitgevoerd conform de indicatie van de richtlijn. |

Artikel 5: 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.

| | | |
|---------------------------|--|----------------------|
| 13039 | Reizigersadvisering | Tarief: 57,99 |
| Aanvullende voorwaarde(n) | Prestatie betreft het advies plus injecties, exclusief vaccin. | |

| | | |
|---------------------------|---|-----------------------|
| 13040 | Sterilisatie man | Tarief: 278,74 |
| Aanvullende voorwaarde(n) | <ul style="list-style-type: none">• Tarief volledige behandeling, inclusief nacontroles, en minimaal drie (3) keer 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 tweedelijns voorkomen. De huisarts die de verrichting uitvoert kan middels de prestatie 'Horizontaal doorverwijzen' een opslag op de M&I verrichting declareren. De prestatie 'Horizontaal doorverwijzen' wordt in bijlage 6b omschreven. | |

| | | |
|---------------------------|---|-----------------------|
| 13041 | Besnijdenis | Tarief: 227,54 |
| Aanvullende voorwaarde(n) | <ul style="list-style-type: none">• Het betreft een prestatie per ingreep, inclusief nacontrole.• Deze M&I verrichting kan ook ingezet worden bij patiënten die bij een andere huisarts staan ingeschreven. Hiermee wordt een verwijzing naar de tweedelijns voorkomen. De huisarts die de verrichting uitvoert kan middels de prestatie 'Horizontaal doorverwijzen' een opslag op de M&I verrichting declareren. De prestatie 'Horizontaal doorverwijzen' wordt in bijlage 6b omschreven. | |
| Declaratie | In geval van een medische indicatie dient dit op de rekening vermeld te worden. | |