

Declareerwijzer 2023

Eenvoudiger declareren
met handige
praktijkvoorbeelden,
tips en overzichtelijke
keuzeschema's

*Snel zoeken
én vinden met
trefwoordenlijst
en duidelijke
hoofdstukindeling*





2 Wat kunt u declareren en bij wie?

Bekostiging huisartsenzorg
Bij wie declareren?
Verschillende soorten tarieven
Maximumtarief en vrij tarief
Wel of geen declaratie?

5 Multidisciplinaire ketenzorg en overige samenwerking

Diabetes typ 2 (DM2)
Hart- en vaatziekten (CVRM)
COPD
Astma
Geïntegreerde eerstelijnszorg

8 Overige tarieven

Informatieverzoeken
Uitstrijkjes
Keuringen
Verbruiksmaterialen
OPEN
Vaccinaties

3 Inschrijftarieven, consulten en visites

Inschrijf- en consulttarieven
Visitatarieven (ELV, intensieve zorg)
Bloedafname
ECG
Kleine chirurgische ingrepen
POH-GGZ / POH-S

6 Resultaatbeloning en zorgvernieuwing

Doelmatig voorschrijven
Service en bereikbaarheid
E-health
Meekijkconsult
Overige zorgvernieuwing

9 Bijzondere groepen

Passanten
Gemoedsbezwaarden
Patiënten Wlz-instelling
Onverzekerde Nederlanders
Buitenlands verzekerden

4 Verrichtingentarieven

NZa-verrichtingentarieven
Vrije verrichtingentarieven
Tariefafspraken patiënt

7 Werkzaamheden tijdens ANW-uren

ANW-uurtarief
ANW-consulttarieven
ANW-tarieven eerstelijnsverblijf (ELV)
ANW-tarieven intensieve zorg

10 Het wegblijftarief bij niet-nagekomen afspraken

Regels en tips
Hoogte wegblijftarief
Geen btw





**Over deze
LHV-Declareerwijzer**

- 1.1 Gewijzigde NZa-regelgeving
per 1 januari 2023
- 1.2 Leeswijzer en
contactgegevens

1 Over deze LHV-Declareerwijzer

Voor u ligt de LHV-Declareerwijzer 2023 van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Hierin hebben wij diverse wijzigingen verwerkt die de NZa in de regelgeving heeft doorgevoerd. Omdat niet alle wijzigingen relevant zijn voor de LHV-Declareerwijzer, geven we op de volgende pagina een overzicht van alle wijzigingen per 1 januari 2023.





Over deze LHV-Declareerwijzer

1.1 Gewijzigde NZa-regelgeving per 1 januari 2023

1.2 Leeswijzer en contactgegevens

1.1 Gewijzigde NZa-regelgeving per 1 januari 2023

- *Apart tarief voor opslagwijken* [GA >](#)

Tot en met 2022 waren er acht verschillende inschrijftarieven (voor vier leeftijdscategorieën, met en zonder opslag voor patiënten die in een zogenaamde opslagwijk wonen). Per 1 januari 2023 zijn er vier inschrijftarieven op basis van de leeftijd van de patiënt. Daarnaast is er een aparte opslag (of vergoeding) op het inschrijftarief voor patiënten die wonen in een opslagwijk. Deze vergoeding is dus losgekoppeld van het inschrijftarief. De hoogte van de opslag is, afgezien van indexatie, niet gewijzigd. Ook blijft de postcode bepalend voor de declaratie.

Huisartspraktijken krijgen vaak afwijzingen als de zorgverzekeraar een andere postcode in het systeem heeft staan dan de huisartspraktijk. De NZa heeft inmiddels uitgesproken dat het BRP-adres (waarvan de zorgverzekeraar uitgaat) leidend is voor de declaratie van de opslag.

- *Nieuwe postcodelijst opslagwijken* [GA >](#)

De postcodelijst die bepalend is voor de declaratie van de opslagvergoeding wordt eens in de vier jaar opnieuw vastgesteld. Wijken en buurten kunnen immers veranderen, bijvoorbeeld doordat de bevolkingssamenstelling verandert door nieuwbouwprojecten. Daarom is een deel van de postcodes op de lijst per 1 januari 2023 vervangen door andere postcodes. De postcodelijst vindt u hier lhv.nl/tarieven.

- *Vervallen COVID-vergoedingen*

Sinds 1 maart 2020 bestonden er speciale vergoedingsregelingen vanwege COVID-19, waaronder de mogelijkheid om het tarief voor intensieve zorg te declareren voor een visite aan een patiënt met (een verdenking op) een COVID-besmetting. Deze regelingen zijn per 1 januari 2023 komen te vervallen.

- *Vervallen vergoeding deelname OPEN* [GA >](#)

De vergoeding voor deelname aan het OPEN-programma is indertijd voor drie jaar vastgesteld. Per 1 januari 2023 is deze vergoeding komen te vervallen.

Hebt u deze vergoeding nog niet gedeclareerd, zie dan [hier](#) voor de LHV-factsheet over OPEN met daarin de voorwaarden plus het LHV-advies voor declaratie van de vergoeding.

- *Aanpassing declaratievoorwaarde IUD (spiraaltje) en etonogestrel implantatiestaafje* [GA >](#)

De voorwaarden voor declaratie van het tarief voor het spiraaltje en het implantatiestaafje zijn aangepast. Tot en met 2022 kon u dit tarief declareren voor het plaatsen van een spiraaltje en voor het implanteren of verwijderen van een etonogestrel implantatiestaafje. Vanaf 1 januari 2023 geldt dit tarief voor het plaatsen en/of verwijderen van een spiraaltje, en voor het implanteren en/of verwijderen van een implantatiestaafje.





Declareerwijzer 2023

Over deze LHV-Declareerwijzer

1.1 Gewijzigde NZa-regelgeving per 1 januari 2023

1.2 Leeswijzer en contactgegevens

- *Aanpassing declaratievoorwaarden informatieverstrekking* **GA >**
De voorwaarden voor declaratie van het tarief voor informatieverstrekking zijn per 1 januari 2023 aangepast. Het tarief kan worden gedeclareerd als zowel het verzoek om informatie als het verstrekken van informatie schriftelijk is gedaan (digitaal geldt ook als schriftelijk).
- *Aanpassing prestatieomschrijving Ondersteuning & Infrastructuur (O&I)*
Ondersteuningsorganisaties hebben persoonsgegevens van patiënten nodig om de O&I-prestaties te kunnen declareren bij de zorgverzekeraar. In de prestatieomschrijvingen van O&I is vanaf 1 januari 2023 duidelijker de relatie gelegd tussen de ondersteunende O&I-activiteiten en de daadwerkelijke zorgverlening door huisartsen. Deze aanpassing moet de juridische risico's van het delen van persoonsgegevens van patiënten met de ondersteuningsorganisaties verkleinen.





Over deze LHV-Declareerwijzer

1.1 Gewijzigde NZa-regelgeving per 1 januari 2023

1.2 Leeswijzer en contactgegevens

1.2 Leeswijzer en contactgegevens

Leeswijzer

In de LHV-Declareerwijzer 2023 komt u een aantal elementen tegen:



Informatie die handig is om te weten, de tips, herkent u aan het turquoise lampje;



Informatie die belangrijk is om te weten herkent u aan het oranje belletje.

In veel hoofdstukken staat een praktijkvoorbeeld; een omschrijving van een situatie die u kunt tegenkomen in de dagelijkse praktijk. Op welke manier declareert u in dat geval? In hoofdstuk 11 zijn daarnaast nog veel praktijkvoorbeelden terug te vinden, handig gerangschikt naar onderwerp.

Aan de linkerkant ziet u in welk hoofdstuk u zich bevindt. Deze linkjes zijn klikbaar, waardoor u sneller door hoofdstukken kunt navigeren. Ook de blauwe bolletjes aan de rechterkant zijn klikbaar:



> u gaat naar de inhoudsopgave;



> u gaat naar de trefwoordenlijst achterin de LHV-Declareerwijzer;



> u gaat naar alle praktijkvoorbeelden in hoofdstuk 11.



Een aantal processen en situaties is visueel weergegeven in een tijdlijn of een beslisboom.

GA >

U gaat naar het betreffende hoofdstuk. Het is handig als u, voordat u erop klikt, kijkt in welk hoofdstuk u zich bevindt. Dan kunt u vervolgens vanuit de inhoudsopgave weer makkelijk terug naar de tekst die u aan het lezen was.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft bindende regels voor het declareren vastgelegd in beleidsregels en tariefbeschikkingen voor de huisartsenzorg. In deze LHV-Declareerwijzer geven wij aan hoe u deze regels kunt toepassen in uw dagelijkse praktijk. Daarnaast maakt u zelf ook contractuele afspraken met allerlei partijen. Het is dan ook belangrijk dat iedereen die werkzaam is in de huisartsenpraktijk (inclusief de waarnemend huisartsen) op de hoogte is van de NZa-regels én de contractuele afspraken. De hoogte van de tarieven vindt u op de LHV-website: lhv.nl/tarieven.

De LHV-Declareerwijzer is een hulpmiddel bij het nemen van beslissingen over declareren. De werkelijke praktijksituatie kan afwijken van beschreven praktijk-situaties. Ook kunnen er andere factoren een rol spelen bij beslissingen over het declareren. Uiteindelijk moet u zelf een eigen afweging maken en blijft u zelf verantwoordelijk voor uw eigen handelen.

Contactgegevens

Heeft u nog vragen, neemt u dan gerust contact op met de LHV via (085) 04 80 110 of BB@lhv.nl.





Wat kunt u declareren en bij wie?

- 2.1 De bekostiging van de huisartsenzorg
- 2.2 Bij wie kunt u declareren?
- 2.3 Welke verschillende soorten tarieven zijn er?
- 2.4 Is het wel of geen declaratie?
- 2.5 Maximumtarief of vrij tarief?
- 2.6 Hoe declareren de verschillende medewerkers?

2 Wat kunt u declareren en bij wie?

Welke werkzaamheden kunt u bij de zorgverzekeraar declareren en welke niet? Bij wie kunt u verder de geleverde zorg declareren? En gaat het dan om een maximumtarief dat is vastgesteld door de NZa of om een vrij tarief? En geldt voor praktijkmedewerkers een ander tarief? We zetten het in dit hoofdstuk voor u op een rij.





Wat kunt u declareren en bij wie?

2.1 De bekostiging van de huisartsenzorg

- 2.2 Bij wie kunt u declareren?
- 2.3 Welke verschillende soorten tarieven zijn er?
- 2.4 Is het wel of geen declaratie?
- 2.5 Maximumtarief of vrij tarief?
- 2.6 Hoe declareren de verschillende medewerkers?

2.1 De bekostiging van de huisartsenzorg

De bekostiging van de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg is grotendeels ingedeeld in drie segmenten:

- **Segment 1:** de basiszorg die u levert aan patiënten;
- **Segment 2:** de ketenzorg die u samen met andere zorgaanbieders levert aan chronisch zieke patiënten;
- **Segment 3:** nieuwe initiatieven die u onderneemt in de huisartsenzorg en beloningen voor resultaten die u op praktijkniveau behaalt.

Een aantal werkzaamheden en tarieven valt niet onder één van deze drie segmenten. Denk aan de ANW-tarieven, een groot deel van de verrichtingentarieven en de tarieven voor informatieverstrekking en keuringen. Daarnaast zijn er werkzaamheden die u rechtstreeks bij de patiënt in rekening brengt, omdat deze niet onder de basisverzekering vallen.





Wat kunt u declareren en bij wie?

2.1 De bekostiging van de huisartsenzorg

2.2 Bij wie kunt u declareren?

2.3 Welke verschillende soorten tarieven zijn er?

2.4 Is het wel of geen declaratie?

2.5 Maximumtarief of vrij tarief?

2.6 Hoe declareren de verschillende medewerkers?

2.2 Bij wie kunt u declareren?

Binnen de huisartsenzorg zijn er verschillende partijen die u betalen voor de zorg die u levert aan patiënten. In de afbeelding op pagina 8 [GA >](#) staan de belangrijkste partijen overzichtelijk weergegeven.

- **Zorgverzekeraars**
De omzet van een gemiddelde huisartsenpraktijk bestaat voor het grootste deel uit vergoedingen van de zorgverzekeraar. Bij de zorgverzekeraar declareert u onder meer de inschrijf- en consulttarieven, de module- en verrichtingentarieven en de werkzaamheden van de POH-GGZ.
- **Zorggroepen**
Zij betalen voor een deel de chronische zorg. U moet dan wel voor één of meerdere ketens (bijvoorbeeld COPD en diabetes) zijn aangesloten bij een zorggroep. Meer informatie vindt u in hoofdstuk 5. [GA >](#)
- **De huisartsenpost (HAP)**
De huisartsenpost betaalt een gedifferentieerd uurtarief voor de geleverde ANW-zorg. Als u niet bent aangesloten bij een huisartsenpost, dan declareert u voor de geleverde ANW-zorg speciale ANW-consulttarieven bij de zorgverzekeraar. Meer informatie over de ANW-zorg vindt u in hoofdstuk 7. [GA >](#)
- **Zorginstellingen**
Als u hierover afspraken heeft gemaakt, dan betalen zorginstellingen voor de zorg die u levert aan patiënten die in een instelling zijn opgenomen. Meer informatie over het declareren voor patiënten in een Wlz-instelling (Wet langdurige zorg) vindt u in hoofdstuk 9.4. [GA >](#)
- **Patiënten**
Voor een aantal werkzaamheden betaalt de patiënt zelf de rekening. Denk hierbij aan verrichtingen die niet onder de basisverzekering vallen. Ook keuringen en vaccinaties op eigen verzoek brengt u rechtstreeks bij de patiënt in rekening.
- **Overige partijen**
Bij een aantal specifieke diensten of zorg heeft u nog te maken met andere partijen, zoals:
 - De **gemeente** voor werkzaamheden die onder de Jeugdwet vallen (zoals bij de inzet van een POH-jeugd);
 - **Stichting Nationaal Programma Grieppreventie (SNPG)** voor de griep- en de pneumokokken-vaccinatie, zie hoofdstuk 8.12; [GA >](#)
 - De **screeningsorganisatie** voor een uitstrijkje voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, zie hoofdstuk 8.2; [GA >](#)
 - Partijen waaraan u informatie verstrekt, zoals een **bedrijfsarts** of een **verzekeringsarts**, zie hoofdstuk 8.1. [GA >](#)

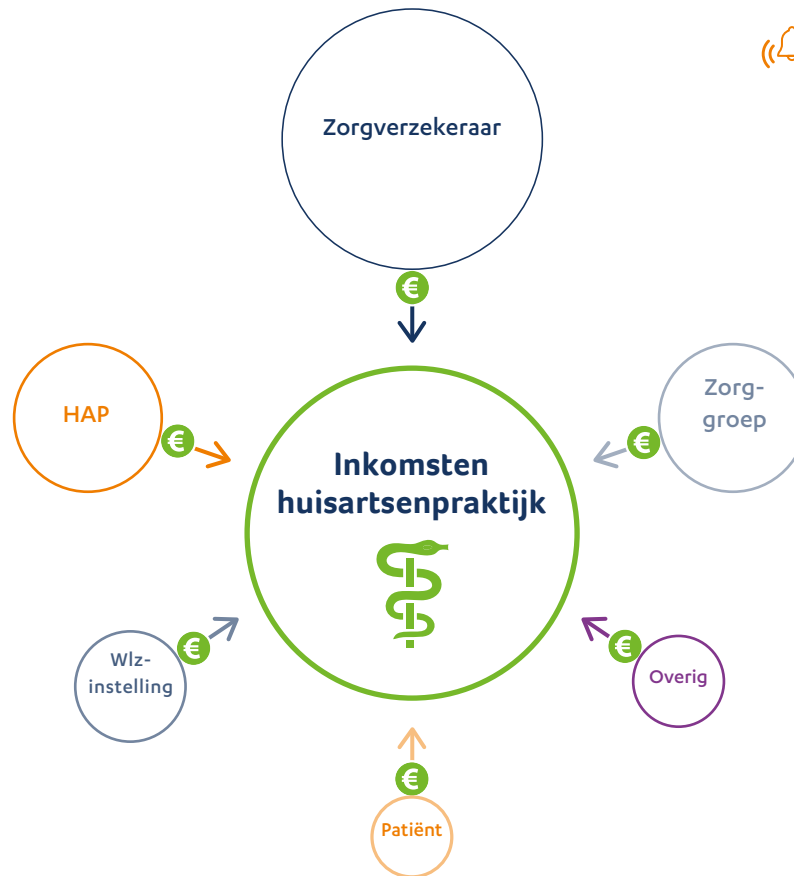




Declareerwijzer 2023

Wat kunt u declareren en bij wie?

- 2.1 De bekostiging van de huisartsenzorg
- 2.2 **Bij wie kunt u declareren?**
- 2.3 Welke verschillende soorten tarieven zijn er?
- 2.4 Is het wel of geen declaratie?
- 2.5 Maximumtarief of vrij tarief?
- 2.6 Hoe declareren de verschillende medewerkers?



Het is belangrijk dat u vooraf met de juiste partijen afspraken maakt over tarieven en declareren. Dient u een declaratie bij de verkeerde partij(en) in, dan leidt dat tot afwijzingen of terugvorderingen.





Wat kunt u declareren en bij wie?

- 2.1 De bekostiging van de huisartsenzorg
- 2.2 Bij wie kunt u declareren?
- 2.3 Welke verschillende soorten tarieven zijn er?**
- 2.4 Is het wel of geen declaratie?
- 2.5 Maximumtarief of vrij tarief?
- 2.6 Hoe declareren de verschillende medewerkers?

2.3 Welke verschillende soorten tarieven zijn er?

Voor het declareren van uw werkzaamheden, bestaan er verschillende soorten tarieven. Het hangt er hierbij vanaf of u zorginhoudelijk patiëntcontact heeft gehad.

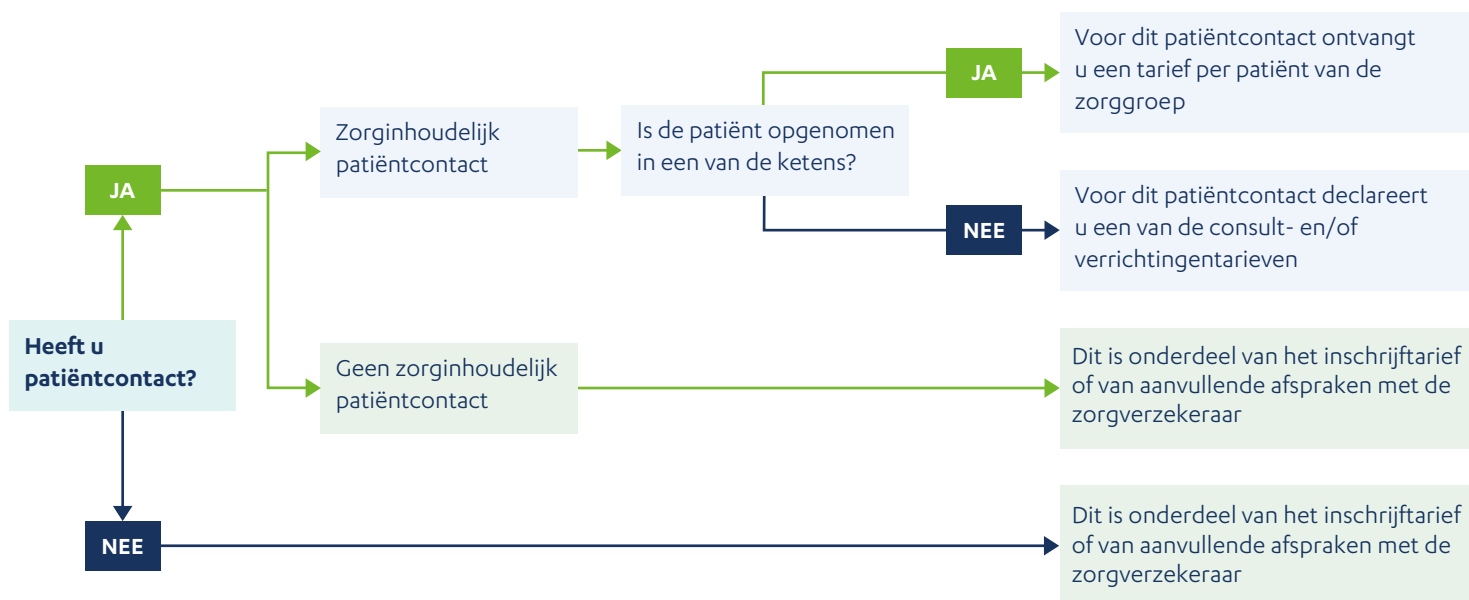
Geen zorginhoudelijk patiëntcontact gehad

U declareert de inschrijf- en moduletarieven voor de patiënten die op dat moment bij u staan ingeschreven. Ook als u in dit kwartaal geen contact heeft gehad met de patiënt, kunt u het inschrijftarief declareren. Het gaat hier om een vast tarief per ingeschreven patiënt.

Wel zorginhoudelijk patiëntcontact gehad

Als de zorg geen onderdeel is van een ketenzorgprogramma, dan declareert u een consult- of een verrichtingentarief. Is de zorg wel onderdeel van een ketenzorgprogramma, dan declareert u daarvoor geen consult- of verrichtingentarief. U ontvangt voor die ketenzorg een tarief per patiënt van de zorggroep.

Voor ANW-zorg via de huisartsenpost gelden gedifferentieerde uurtarieven. Voor huisartsen die niet zijn aangesloten bij een huisartsenpost, gelden aparte ANW-consulttarieven. Daarnaast gelden voor eerste-lijnsverblijf en intensieve zorg aparte ANW-visite-tarieven.





Wat kunt u declareren en bij wie?

- 2.1 De bekostiging van de huisartsenzorg
- 2.2 Bij wie kunt u declareren?
- 2.3 Welke verschillende soorten tarieven zijn er?
- 2.4 Is het wel of geen declaratie?**
- 2.5 Maximumtarief of vrij tarief?
- 2.6 Hoe declareren de verschillende medewerkers?

2.4 Is het wel of geen declaratie?

Zoals in 2.3 is toegelicht, kunt u voor een zorginhoudelijk patiëntcontact een consult- of verrichtingentarief declareren. Het gaat erom dat u tijdens dat contact huisartsenzorg heeft geleverd; het maken van een afspraak valt daar niet onder.

Als hulp voor de keuze of, en zo ja welk consulttarief u declareert, kunt u zichzelf een aantal vragen stellen (zie kader).

Inhoudelijke vermelding in het medisch dossier van de patiënt

Een belangrijk uitgangspunt is dat als u een patiëntcontact declareert, dit contact altijd is terug te vinden in het medisch dossier van de patiënt. Het omgekeerde geldt overigens niet: als u bijvoorbeeld iets toevoegt aan het medische dossier van de patiënt zonder dat u patiëntcontact had, dan vallen die werkzaamheden onder het inschrijftarief. Zoals bij het verwerken van een specialistenbrief of een labuitslag.

Controlevragen

Twijfelt u of en zo ja, welk consulttarief u kunt declareren? Stel uzelf dan al deze vier vragen:

1. Heeft de patiënt een medisch-inhoudelijke hulpvraag gesteld?
2. Heeft u op deze hulpvraag een professioneel antwoord gegeven?
3. Waar heeft u dit antwoord gegeven (in of vanuit de praktijk, of elders)?
4. Hoe lang heeft het consult geduurd (korter dan 5 minuten, van 5 minuten tot 20 minuten, of 20 minuten of langer)?





Wat kunt u declareren en bij wie?

- 2.1 De bekostiging van de huisartsenzorg
- 2.2 Bij wie kunt u declareren?
- 2.3 Welke verschillende soorten tarieven zijn er?
- 2.4 Is het wel of geen declaratie?**
- 2.5 Maximumtarief of vrij tarief?
- 2.6 Hoe declareren de verschillende medewerkers?

Praktijkvoorbeeld

Een patiënt stelt een inhoudelijke hulpvraag en de dokters-assistent geeft een professioneel antwoord. Er is sprake van een declarabel contact, namelijk een consult. Maakt de doktersassistent echter alleen een afspraak voor de patiënt bij de huisarts? Dan is er geen zorginhoudelijk patiëntcontact en mag u dit niet declareren. Het consult zelf, later bij de huisarts, declareert u uiteraard wel.



Declareren onder de juiste Vektis-code
Gebruik bij het declareren de juiste Vektis-code. Zo beperkt u de administratieve lasten en vervuilen de contactcijfers in de registratiesystemen niet.

Meerdere declaraties voor één patiënt op één dag
Het is goed mogelijk dat u op één dag meerdere contacten heeft met dezelfde patiënt. Gaat het om meerdere declarabele contacten, dan mag u deze allemaal declareren. De NZa heeft hiervoor nooit beperkingen aangebracht.



Als een patiënt niet op de afspraak is verschenen dan kunt u dit niet declareren bij de zorgverzekeraar. Wel kunt u ervoor kiezen om een wegblijftarief te hanteren. De LHV-richtlijn voor niet-nagekomen afspraken vindt u in hoofdstuk 10. [GA >](#)





Wat kunt u declareren en bij wie?

- 2.1 De bekostiging van de huisartsenzorg
- 2.2 Bij wie kunt u declareren?
- 2.3 Welke verschillende soorten tarieven zijn er?
- 2.4 Is het wel of geen declaratie?
- 2.5 Maximumtarief of vrij tarief?**
 - Maximumtarieven
 - Vrije tarieven
- 2.6 Hoe declareren de verschillende medewerkers?

2.5 Maximumtarief of vrij tarief?

Als huisarts valt u onder de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt op basis van die wet jaarlijks de tarieven voor de huisartsenzorg vast. Daarbij maakt de NZa onderscheid tussen maximumtarieven en vrije tarieven.

Maximumtarieven

De NZa stelt de maximumtarieven vast. Het gaat om de inschrijf- en consulttarieven, de tarieven voor intensieve zorg en eerstelijnsverblijf (ELV), de tarieven voor de POH-GGZ, de ANW-tarieven en een aantal verrichtingentarieven.

Btw

U moet mogelijk btw afdragen voor handelingen die niet onder de btw-vrijstelling vallen. De tarieven van de NZa zijn exclusief btw-heffing en btw-afdracht door een zorgaanbieder. Als dus voor bepaalde handelingen btw moet worden geheven en afgedragen, dan mag u de btw bovenop de NZa-tarieven in rekening brengen. Meer informatie staat in de handleiding van de LHV, zie lhv.nl/btw.

Vrije tarieven

Van een aantal tarieven heeft de NZa bepaald dat ze vrij zijn. Dat geldt voor de tarieven in de segmenten 2 en 3 (zie 2.1 [GA >](#)) en voor een groot deel van de tarieven die buiten de segmenten vallen (zoals de meeste verrichtingentarieven).

De meeste vrije tarieven spreekt u af met de zorggroep (ketenzorg) of met de zorgverzekeraar. Ook de tarieven voor onderlinge waarneming zijn door de NZa vrijgegeven; daarover kunnen waarnemend huisarts (opdrachtnemer) en praktijkhoudend huisarts (opdrachtgever) onderling afspraken maken. Bij vrije tarieven legt u de gemaakte afspraken contractueel vast met de betreffende partij.



De hoogte van de tarieven die door de NZa zijn vastgesteld, vindt u in de NZa-tariefbeschikking. Kijk hiervoor op lhv.nl/tarieven.





Declareerwijzer 2023

Wat kunt u declareren en bij wie?

- 2.1 De bekostiging van de huisartsenzorg
- 2.2 Bij wie kunt u declareren?
- 2.3 Welke verschillende soorten tarieven zijn er?
- 2.4 Is het wel of geen declaratie?
- 2.5 **Maximumtarief of vrij tarief?**
 - Maximumtarieven
 - Vrije tarieven
- 2.6 Hoe declareren de verschillende medewerkers?

Werkzaamheden buiten de Wmg

Een aantal werkzaamheden binnen de huisartsenzorg valt niet onder de Wmg. Dat betekent dat de NZa hier geen tarieven voor vaststelt. Dit geldt voor:

- De griepvaccinatie. Meer informatie vindt u in hoofdstuk 8.11; [GA >](#)
- Zorgaanbieders die vallen onder artikel 1.1 van de Jeugdwet (zie [wetten.overheid.nl](#)). De gemeente koopt deze werkzaamheden mogelijk bij u in. Over de tarieven maakt u met de gemeente afspraken;
- Zorgaanbieders die vallen onder artikel 1.1.1 van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo; zie [wetten.overheid.nl](#)). De gemeente koopt deze werkzaamheden mogelijk bij u in. Over de tarieven maakt u met de gemeente afspraken.



De regels voor declareren liggen niet alleen vast in de NZa-tariefbeschikking, maar ook in de contractuele afspraken die u maakt met allerlei partijen. Het is dan ook belangrijk dat iedereen die werkzaam is in de huisartsenpraktijk (inclusief de waarnemend huisartsen) op de hoogte is van de NZa-regels én de contractuele afspraken.





Wat kunt u declareren en bij wie?

- 2.1 De bekostiging van de huisartsenzorg
- 2.2 Bij wie kunt u declareren?
- 2.3 Welke verschillende soorten tarieven zijn er?
- 2.4 Is het wel of geen declaratie?
- 2.5 Maximumtarief of vrij tarief?

2.6 Hoe declareren de verschillende medewerkers?

2.6 Hoe declareren de verschillende medewerkers?

Niet alleen u als huisarts, maar ook doktersassistenten en praktijkondersteuners (POH's) kunnen zorg leveren waarvoor kan worden gedeclareerd. Welke tarieven gedeclareerd kunnen worden, is afhankelijk van degene die de zorg heeft geleverd:

- De huisarts, doktersassistent, nurse practitioner en physician assistant gebruiken dezelfde tarieven;
- De praktijkondersteuner voor de GGZ (POH-GGZ) heeft eigen module- en consulttarieven (zie hoofdstuk 3.6 [GA >](#));

- De praktijkondersteuner voor de somatiek (POH-S) gebruikt verschillende tarieven. Deze zijn afhankelijk van de zorg die de POH-S levert en de afspraken van de huisartsenpraktijk met de zorggroep en zorgverzekeraar (zie hoofdstuk 3.7 [GA >](#)).





Inschrijftarieven, consulten en visites

- 3.1 Inschrijf- en opslagwijk tarieven
- 3.2 Consulttarieven
- 3.3 Visitatarieven
- 3.4 Een consult in combinatie met een verrichting
- 3.5 Overige werkzaamheden die u declareert als consult
- 3.6 De verschillende tarieven voor de POH-GGZ
- 3.7 De verschillende tarieven voor de POH-S

3 Inschrijftarieven, consulten en visites

In welke situaties kunt u een inschrijftarief voor de patiënt declareren? En wanneer is dat een hoger tarief? Welke tijdseenheden zijn er voor het tarief van een consult of visite? En mag u naast een verrichting ook nog een consult declareren? In dit hoofdstuk vindt u ook de tarieven en voorwaarden voor het declareren van visites aan patiënten in een eerstelijnsverblijf (ELV) of patiënten met intensieve zorg. Ook gaan we in op de verschillende tarieven van de POH-GGZ en POH-S.





Inschrijftarieven, consulten en visites

- 3.1 **Inschrijf- en opslagwijk tarieven**
- 3.2 Consulttarieven
- 3.3 Visitetarieven
- 3.4 Een consult in combinatie met een verrichting
- 3.5 Overige werkzaamheden die u declareert als consult
- 3.6 De verschillende tarieven voor de POH-GGZ
- 3.7 De verschillende tarieven voor de POH-S

3.1 Inschrijf- en opslagwijk tarieven

Inschrijftarieven

Voor huisartsgeneeskundige zorg kan een patiënt 24 uur per dag, 7 dagen per week, bij een huisarts terecht. In de avonden, nachten, weekenden en op feestdagen kan een patiënt in spoedgevallen naar de huisartsenpost. Voor deze beschikbaarheid ontvangt u als huisarts een vergoeding: het inschrijftarief.



Het uitschrijven van herhaalrecepten is in het inschrijftarief inbegrepen. U kunt hiervoor geen apart tarief declareren.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Welk inschrijftarief u declareert, hangt af van de leeftijd van de patiënt. Er zijn vier leeftijdscategorieën:

- Tot 65 jaar;
- 65-75 jaar;
- 75-85 jaar;
- 85 jaar en ouder.

Zo declareert u

- u declareert bij de zorgverzekeraar van de patiënt
- u declareert per kwartaal
- u declareert voor iedere patiënt die op naam bij u staat ingeschreven op de eerste dag van dat kwartaal (de peildatum)

Opslag inschrijving verzekerden woonachtig in een opslagwijk

Als een ingeschreven patiënt in een opslagwijk (achterstandswijk) woont, dan kunt u naast het inschrijftarief ook het opslagtariaf declareren. Voor welke postcodegebieden dit geldt, ziet u in de NZa-tariefbeschikking: lhv.nl/tarieven.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Zo declareert u

- U declareert bij de zorgverzekeraar van de patiënt;
- U declareert de opslag voor iedere patiënt die op naam bij u staat ingeschreven en die woont in één van de postcodegebieden die door de NZa zijn aangewezen als opslagwijk;
- U declareert per kwartaal;
- U declareert op de eerste dag van dat kwartaal (de peildatum).



Tijdelijk in- en uitschrijven patiënt 3.1 Inschrijftarieven [GA >](#)

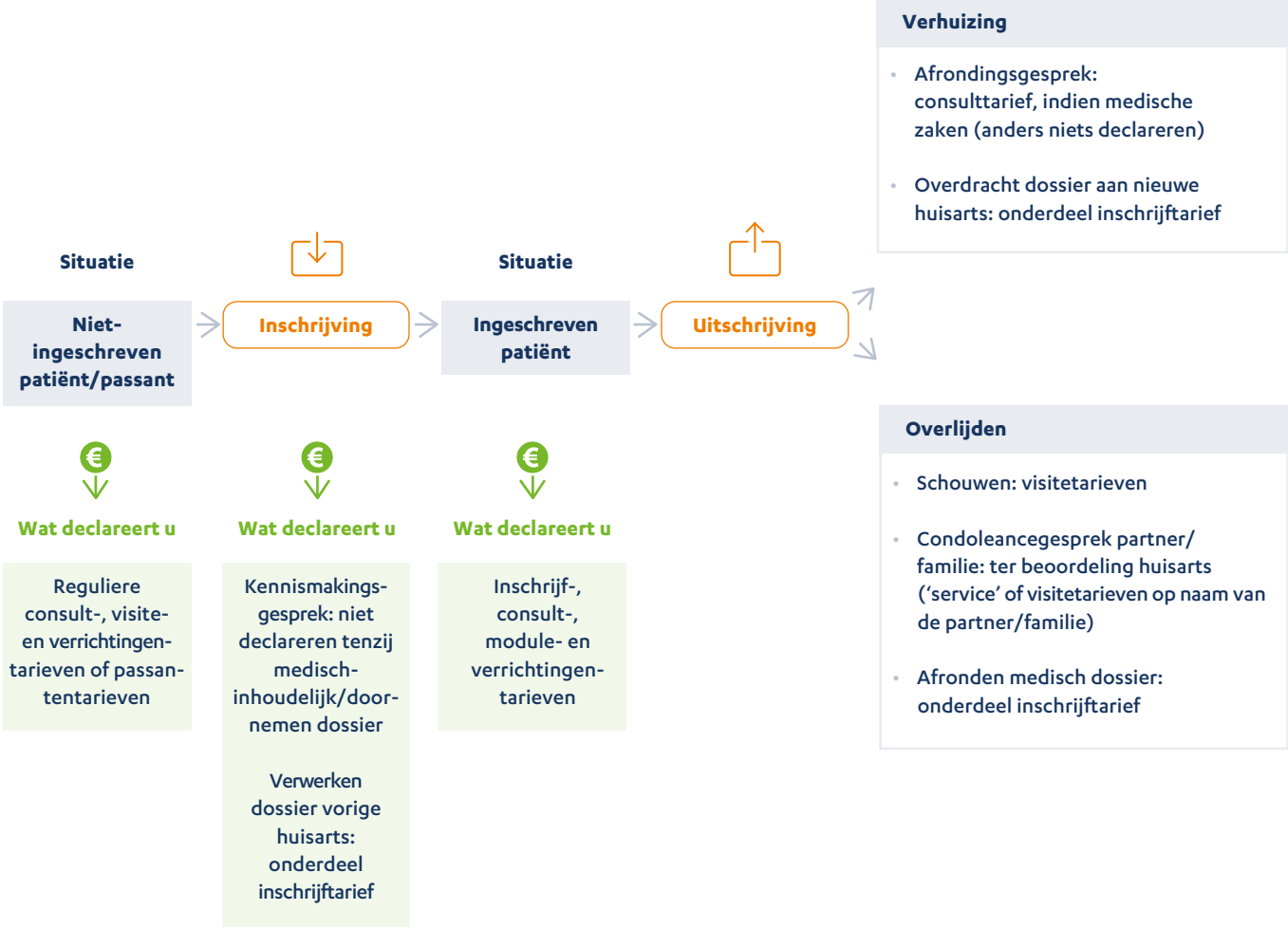




Inschrijftarieven, consulten en visites

- 3.1 Inschrijf- en opslagwijk tarieven
- 3.2 Consult tarieven
- 3.3 Visitatarieven
- 3.4 Een consult in combinatie met een verrichting
- 3.5 Overige werkzaamheden die u declareert als consult
- 3.6 De verschillende tarieven voor de POH-GGZ
- 3.7 De verschillende tarieven voor de POH-S

Tijdlijn in- en uitschrijven patiënt





Inschrijftarieven, consulten en visites

- 3.1 Inschrijf- en opslagwijk tarieven
- 3.2 **Consulttarieven**
- 3.3 Visitetarieven
- 3.4 Een consult in combinatie met een verrichting
- 3.5 Overige werkzaamheden die u declareert als consult
- 3.6 De verschillende tarieven voor de POH-GGZ
- 3.7 De verschillende tarieven voor de POH-S

3.2 Consulttarieven

Welk tarief u voor een consult declareert, is afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact. Het maakt dus niet uit op welke wijze het contact plaatsvindt (bijvoorbeeld face-to-face, telefonisch, via e-mail of via internet). Ook het aantal besproken klachten en het aantal gestelde diagnoses, hebben geen invloed op het tarief. Voor consulten buiten de huisartsenpraktijk bestaan aparte tarieven, zie de visitetarieven in 3.3. **GA >**

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Er zijn drie verschillende consulttarieven, gebaseerd op de volgende tijdseenheden:

- Een consult korter dan 5 minuten;
- Een consult van 5 tot 20 minuten;
- Een consult van 20 minuten en langer.

Voorwaarden

- Het gaat om een medisch-inhoudelijk patiëntcontact;
- Voor online arts-patiënt contact heeft de KNMG een aantal richtlijnen opgesteld. U vindt ze op [knmg.nl](https://www.knmg.nl) (zoekterm 'online contact').



Voor het uitschrijven van een herhaalrecept mag u geen consulttarief declareren.

Praktijkvoorbeeld

De tijd die u daadwerkelijk contact heeft met de patiënt, bepaalt de tijdsduur van het consult. De tijd die u besteedt aan bijvoorbeeld het schrijven van een verwijsbrief, het verwerken van de gegevens in het HIS of een telefoongesprek met een medisch specialist, tellen alleen mee als de patiënt daarbij aanwezig is. Is de patiënt niet aanwezig dan vallen deze werkzaamheden onder het inschrijftarief (of eventueel onder specifieke afspraken met de zorgverzekeraar, zoals een moduletarium voor het meekijkconsult).





Inschijftarieven, consulten en visites

- 3.1 Inschijf- en opslagwijk tarieven
- 3.2 Consulttarieven
- 3.3 Visitetarieven
- 3.4 Een consult in combinatie met een verrichting
- 3.5 Overige werkzaamheden die u declareert als consult
- 3.6 De verschillende tarieven voor de POH-GGZ
- 3.7 De verschillende tarieven voor de POH-S



In een aantal situaties (bijvoorbeeld een consult van de POH-GGZ), gelden er aparte tarieven met aparte Vektis-codes.



Bij een aantal doelgroepen (bijvoorbeeld passanten en militairen) declareert u een ander consulttarief. Meer informatie vindt u in hoofdstuk 9. [GA >](#)

Tijdelijk urineonderzoek

Bij het doen van urineonderzoek voert u of de dokters-assistent verschillende handelingen uit. In de tijdelijk ziet u of en zo ja, welk tarief u voor deze handelingen mag declareren.

Onderstaande situatie geldt ook als er tijdens het eerste consult wordt besloten tot het doen van externe diagnostiek (bijvoorbeeld labonderzoek).

Situatie





Inschrijftarieven, consulten en visites

- 3.1 Inschrijf- en opslagwijkstarieven
- 3.2 Consultstarieven
- 3.3 Visitatarieven**
 - Reguliere visites
 - **Visites aan patiënten in een eerstelijnsverblijf (ELV)**
 - Visites aan patiënten met intensieve zorg
- 3.4 Een consult in combinatie met een verrichting
- 3.5 Overige werkzaamheden die u declareert als consult
- 3.6 De verschillende tarieven voor de POH-GGZ
- 3.7 De verschillende tarieven voor de POH-S

3.3 Visitatarieven

Reguliere visites

Bij een reguliere visite overdag bij een patiënt thuis, bepaalt de *duur* van het patiëntcontact tijdens de visite welk tarief u declareert.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Er zijn twee reguliere visitatarieven, gebaseerd op de volgende tijdseenheden:

- Visite korter dan 20 minuten;
- Visite van 20 minuten en langer.



Bij de tijdsduur van de visite mag u alleen het patiëntcontact meerekenen. De reistijd telt hierin dus niet mee.

Visites aan patiënten in een eerstelijnsverblijf (ELV)

Het gaat hier om het leveren van huisartsenzorg aan een patiënt die tijdelijk is opgenomen in een eerste-lijnsverblijf (ELV). Voor de huisartsenzorg die u aan deze patiënt levert mag u één van de hogere ELV-tarieven declareren, in plaats van de reguliere visitatarieven. U declareert per visite, dus ongeacht het aantal besproken klachten en het aantal gestelde diagnoses.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Er zijn meerdere ELV-tarieven, afhankelijk van de *tijdsduur* en of de visite binnen of buiten de ANW-uren valt:

- Visite ELV overdag, korter dan 20 minuten;
- Visite ELV overdag, 20 minuten en langer;
- Visite ELV tijdens ANW-uren, korter dan 20 minuten;
- Visite ELV tijdens ANW-uren, 20 minuten en langer.



Brengt u een visite aan een patiënt in een ELV tijdens ANW-uren? Dan declareert u het tarief voor ELV tijdens ANW-uren. Valt uw visite echter binnen uw dienstuur op de huisartsenpost, dan declareert u geen visite. De huisartsenpost declareert dan immers en u krijgt vervolgens via de huisartsenpost betaald. Meer informatie over ELV tijdens ANW-uren, vindt u in hoofdstuk 7.4. [GA >](#)





Declareerwijzer 2023

Inschijftarieven, consulten en visites

- 3.1 Inschijf- en opslagwijk tarieven
- 3.2 Consult tarieven
- 3.3 Visitetarieven**
 - Reguliere visites
 - Visites aan patiënten in een eerstelijnsverblijf (ELV)
 - **Visites aan patiënten met intensieve zorg**
- 3.4 Een consult in combinatie met een verrichting
- 3.5 Overige werkzaamheden die u declareert als consult
- 3.6 De verschillende tarieven voor de POH-GGZ
- 3.7 De verschillende tarieven voor de POH-S



De ELV-tarieven zijn visitetarieven. U declareert daarnaast dus niet nogmaals een regulier visitetarief. Voert u tijdens de visite nog een andere handeling uit? Dan declareert u die verrichting wel apart. Denk bijvoorbeeld aan het hechten van een complexe wond.

Visites aan patiënten met intensieve zorg

Intensieve zorg betekent dat u zorg verleent aan een terminale patiënt of een patiënt met een bepaalde CIZ-indicatie (zie kadertje). Als u aan deze patiënt intensieve zorg levert, dan mag u het hogere tarief voor intensieve zorg declareren in plaats van de reguliere visitetarieven. U declareert per visite, dus ongeacht het aantal besproken klachten en het aantal gestelde diagnoses.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Heeft u afspraken gemaakt over intensieve zorg met de zorgverzekeraar? Ga dan na of er in het contract een maximum is opgenomen voor de periode of het aantal keer dat u intensieve zorg mag declareren.



Proces CIZ-indicatie, intensieve zorg en opname in een Wlz-instelling [GA >](#)

Terminale patiënten

Het is aan u als huisarts om in te schatten wanneer de terminale fase is aangebroken.



Als een patiënt in de terminale fase zit, dan mag u voor een visite het tarief voor intensieve zorg declareren. In sommige gevallen knapt een patiënt echter weer op. In dit geval stapt u voor visites weer over op de reguliere visitetarieven.

Patiënten met een zorgprofiel (CIZ-indicatie)

Dit zijn patiënten waarvoor het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) een zorgprofiel heeft toegewezen. Deze zorgprofielen hebben de vroegere ZZP's vervangen (zie kadertje).

Zorgprofiel Sector Verpleging en Verzorging (VV)	ZZP AWBZ
VV Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	5
VV Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	6
VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding	7
VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging	8
VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging	9b
VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	10





Inschrijftarieven, consulten en visites

- 3.1 Inschrijf- en opslagwijktarieven
- 3.2 Consulttarieven
- 3.3 Visitatarieven**
 - Reguliere visites
 - Visites aan patiënten in een eerstelijnsverblijf (ELV)
 - **Visites aan patiënten met intensieve zorg**
- 3.4 Een consult in combinatie met een verrichting
- 3.5 Overige werkzaamheden die u declareert als consult
- 3.6 De verschillende tarieven voor de POH-GGZ
- 3.7 De verschillende tarieven voor de POH-S

Proces CIZ-indicatie, intensieve zorg en opname in een Wlz-instelling



Brengt u een visite aan een patiënt met intensieve zorg tijdens ANW-uren? Dan declareert u het tarief voor intensieve zorg tijdens ANW-uren. Valt uw visite echter binnen uw dienstuur op de huisartsenpost, dan declareert u geen visite. De huisartsenpost declareert dan immers en u krijgt vervolgens via de huisartsenpost betaald. Meer informatie over intensieve zorg tijdens ANW-uren, zie hoofdstuk 7.5. [GA >](#)



De tarieven voor intensieve zorg zijn visitatarieven. U declareert daarnaast dus niet nogmaals een regulier visitetarief. Voert u tijdens de visite een verrichting uit? Dan declareert u die verrichting wel apart. Denk bijvoorbeeld aan het hechten van een complexe wond.





Inschrijftarieven, consulten en visites

3.1 Inschrijf- en
opslagwijkstarieven

3.2 Consultstarieven

3.3 Visitatarieven

3.4 Een consult in combinatie met een verrichting

3.5 Overige werkzaamheden
die u declareert als consult

3.6 De verschillende tarieven
voor de POH-GGZ

3.7 De verschillende tarieven
voor de POH-S

3.4 Een consult in combinatie met een verrichting

Als u een verrichting uitvoert, dan verschilt het per situatie of u naast de verrichting ook nog een consult mag declareren.

Situatie 1	Situatie 2	Situatie 3
U bepaalt tijdens een consult dat een verrichting nodig is. U voert de verrichting tijdens of aansluitend aan het consult direct uit.	U bepaalt tijdens het consult dat een verrichting nodig is. De patiënt maakt hiervoor een nieuwe afspraak. U voert de verrichting later op dezelfde dag of op een andere dag uit.	U voert alleen een verrichting uit. Bijvoorbeeld omdat het consult op een ander moment heeft plaatsgevonden. Of omdat het gaat om een injectie uit een reeks van meerdere injecties.
Moment 1   Moment 2 ---	Moment 1  Moment 2 	Moment 1  Moment 2 ---
Zo declareert u U declareert zowel het consult als de verrichting. Voor het consulttarief is de <i>duur</i> van het patiëntcontact bepalend.	Zo declareert u Voor het consult declareert u een consulttarief. Hierbij is de <i>duur</i> van het patiëntcontact bepalend. Voor de verrichting later op de dag of op een andere dag, declareert u geen consult maar alleen de verrichting. Echter: brengt de patiënt een (nieuwe) klacht ter sprake waarvoor u een consult doet, dan declareert u wel een verrichting én een consult.	Zo declareert u U declareert alleen de verrichting. Echter: brengt de patiënt een (nieuwe) klacht ter sprake waarvoor u een consult doet, dan declareert u wel een verrichting én een consult.





Inschrijftarieven, consulten en visites

3.1 Inschrijf- en opslagwijkstarieven

3.2 Consultstarieven

3.3 Visitatarieven

3.4 Een consult in combinatie met een verrichting

3.5 Overige werkzaamheden die u declareert als consult

- Verrichtingen met een voormalig verrichtingstarief
- Bloedafname
- ECG
- Kleine chirurgische ingrepen (wratten en mollusca)

3.6 De verschillende tarieven voor de POH-GGZ

3.7 De verschillende tarieven voor de POH-S

3.5 Overige werkzaamheden die u declareert als consult

Een aantal werkzaamheden is in het consulttarief inbegrepen. U declareert bij deze werkzaamheden dus het consulttarief, gebaseerd op de *duur* van het patiëntcontact. In sommige gevallen mag u aanvullend nog kosten declareren voor bijvoorbeeld materiaal- of apparatuurgebruik.



Voor welke verrichtingen er een apart verrichtingstarief is, leest u in hoofdstuk 4. [GA >](#)

Verrichtingen met een voormalig verrichtingstarief

Voor een aantal verrichtingen is het aparte verrichtingstarief vervallen. In plaats daarvan is een deel van de vergoeding inbegrepen in het inschrijftarief. Daarnaast declareert u voor deze verrichtingen een consult van 20 minuten en langer. De werkelijke tijdsduur van het consult is niet van belang.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

De verrichtingen met een voormalig verrichtingstarief zijn:

- Een postoperatief consult in de praktijk. Voor een postoperatief consult thuis declareert u een *visite-tarief* van 20 minuten en langer;
- Een trombosebeen;

- Een verrichting ter vervanging van een specialisten-bezoek;
- Varices sclerosering;
- Het aanmeten en plaatsen van een pessarium.

Bij gemoedsbezwaarden declareert u het tarief voor gemoedsbezwaarden voor een consult of visite van 20 minuten en langer.

Bloedafname

Neemt u als huisarts of doktersassistent tijdens een consult bloed af, dan valt die handeling onder het consulttarief. Komt de patiënt hiervoor op een ander moment terug (bijvoorbeeld tijdens een prikuur), dan mag u twee keer een consult declareren: voor het consult waarin is besloten om bloedonderzoek te doen én voor de bloedafname zelf.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig



Laboratoria mogen u als huisarts niet betalen voor een verwijzing naar hun lab. Wel mag een laboratorium u een marktconforme vergoeding betalen voor het huren van een ruimte in de huisartsenpraktijk en/of voor de inzet van een doktersassistent. In dat geval declareert u niet ook nog zelf bij de zorgverzekeraar.





Declareerwijzer 2023

Inschrijftarieven, consulten en visites

3.1 Inschrijf- en
opslagwijk tarieven

3.2 Consulttarieven

3.3 Visitetarieven

3.4 Een consult in combinatie
met een verrichting

3.5 Overige werkzaamheden die u declareert als consult

- Verrichtingen met
een voormalig
verrichtingentarief

- Bloedafname

- ECG

- Kleine chirurgische
ingrepen (wratten
en mollusca)

3.6 De verschillende tarieven
voor de POH-GGZ

3.7 De verschillende tarieven
voor de POH-S

ECG

Het hangt van de situatie af, hoe u declareert:

- *U maakt een ECG.* Vervolgens verwijst u de patiënt door naar de cardioloog. U declareert een consulttarief en daarnaast een ECG-kostentarief voor het gebruik van uw apparatuur. Zie voor de voorwaarden hoofdstuk 8.5. [GA >](#)
- *U maakt, interpreteert en bespreekt een ECG.* U declareert een consulttarief voor het consult waarin u besluit om een ECG te maken. Daarnaast declareert u het verrichtingentarief ECG-diagnostiek op het moment dat het ECG wordt gemaakt. Zie voor de voorwaarden hoofdstuk 4.3 (ECG-diagnostiek). [GA >](#)

Kleine chirurgische ingrepen (wratten en mollusca)

Voor het verwijderen van wratten en mollusca declareert u een consulttarief. Zie voor grotere chirurgische ingrepen het verrichtingentarief Chirurgie in hoofdstuk 4.2 (Chirurgie). [GA >](#)

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig





Inschrijftarieven, consulten en visites

- 3.1 Inschrijf- en opslagwijkstarieven
- 3.2 Consultstarieven
- 3.3 Visitetarieven
- 3.4 Een consult in combinatie met een verrichting
- 3.5 Overige werkzaamheden die u declareert als consult
- 3.6 De verschillende tarieven voor de POH-GGZ**
 - Het moduletarief voor de POH-GGZ
 - De consultstarieven voor de POH-GGZ
- 3.7 De verschillende tarieven voor de POH-S

3.6 De verschillende tarieven voor de POH-GGZ

Voor de POH-GGZ zijn er aparte tarieven: een moduletarief POH-GGZ en een aantal consultstarieven POH-GGZ.

Voor het declareren van de tarieven voor de POH-GGZ zijn verschillende opties:

1. De POH-GGZ is bij u in dienst of bij u als ZZP'er werkzaam: u declareert zelf bij de zorgverzekeraar;
2. De POH-GGZ is in dienst van een derde partij (bijvoorbeeld een zorggroep):
 - a. U declareert bij de zorgverzekeraar en betaalt de derde partij een vergoeding;
 - b. De derde partij declareert bij de zorgverzekeraar en betaalt u eventueel een vergoeding (bijvoorbeeld voor de huisvesting).

Het moduletarief voor de POH-GGZ

Het moduletarief voor de POH-GGZ kunt u gebruiken voor drie zaken: de inzet van de POH-GGZ, e-health en/of externe consultatie.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Zo declareert u

- U declareert bij de zorgverzekeraar van de patiënt (tenzij anders afgesproken, zie hiernaast);
- U declareert per kwartaal;
- U declareert voor iedere patiënt die op naam bij u staat ingeschreven op de eerste dag van het kwartaal (de peildatum). De status op de peildatum is dus bepalend, niet de status op de datum dat u declareert.

Wel of geen contract?

Meestal staan in het contract dat u met de zorgverzekeraar afsluit over al uw werkzaamheden, ook afspraken over de inzet van de POH-GGZ. Volgens de NZa-regels is dit echter niet noodzakelijk, waardoor u ook zonder contract het moduletarief mag declareren. U moet het tarief dan zelf berekenen op basis van:

- Het aantal ingeschreven patiënten;
- Het aantal uren POH-GGZ;
- De eventuele kosten voor e-health en/of externe consultatie.

Kijk voor rekenvoorbeelden in de NZa-tariefbeschikking (lhv.nl/tarieven) of het rekenmodel op de LHV-website (lhv.nl/poh-ggz/zondercontract).





Declareerwijzer 2023

Inschrijftarieven, consulten en visites

- 3.1 Inschrijf- en opslagwijkstarieven
- 3.2 Consulttarieven
- 3.3 Visitetarieven
- 3.4 Een consult in combinatie met een verrichting
- 3.5 Overige werkzaamheden die u declareert als consult
- 3.6 De verschillende tarieven voor de POH-GGZ**
 - Het moduletarium voor de POH-GGZ
 - **De consulttarieven voor de POH-GGZ**
- 3.7 De verschillende tarieven voor de POH-S



Het moduletarium POH-GGZ is gebaseerd op 1/3 fte POH-GGZ per 2.350 patiënten. In veel gevallen is de inzet van een POH-GGZ lager dan 1/3 fte, wat betekent dat u niet het maximale tarief mag declareren.

Meer dan 1/3 fte per 2.350 patiënten?

Wilt u juist méér dan 1/3 fte per 2.350 patiënten inzetten, dan heeft u **wel** een contract met de zorgverzekeraar nodig. U maakt dan met elkaar afspraken over een aanvullende vergoeding voor de POH-GGZ in segment 3 (zorgvernieuwing). Hiervoor geldt een vrij tarief.

E-health en externe consultatie

Het moduletarium POH-GGZ kunt u ook gebruiken om de kosten voor e-health en/of externe consultatie te dekken. Voor het inzetten van externe consultatie maakt u afspraken met de te consulteren zorgaanbieder over de wijze van betalen en de hoogte van het tarief. Vervolgens betaalt u zelf de geconsulteerde zorgaanbieder. Het komt ook voor dat bijvoorbeeld de zorggroep die afspraken maakt.

De consulttarieven voor de POH-GGZ

Er zijn verschillende consulttarieven voor de POH-GGZ. De *duur* van het patiëntcontact bepaalt welk tarief u declareert. De wijze waarop het contact plaatsvindt (bijvoorbeeld face-to-face, telefonisch, via e-mail of via internet), maakt dus niet uit. De voorwaarden voor de consulttarieven POH-GGZ zijn hetzelfde als voor de reguliere consulttarieven, zie hoofdstuk 3.2. [GA >](#) Wel gelden voor de POH-GGZ andere Vektis-codes.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Een groepsconsult van de POH-GGZ

Er is een apart tarief voor het groepsconsult van de POH-GGZ. Dit tarief kunt u per deelnemer en per groepsconsult in rekening brengen. Maakt u meer kosten, dan kunt u met de zorgverzekeraar afspreken dat u een extra vergoeding krijgt via het moduletarium.

Zo declareert u

- U declareert de consulttarieven bij de zorgverzekeraar van de patiënt (tenzij anders afgesproken, zie pagina 26 [GA >](#)).





Inschrijftarieven, consulten en visites

- 3.1 Inschrijf- en opslagwijk tarieven
- 3.2 Consulttarieven
- 3.3 Visitetarieven
- 3.4 Een consult in combinatie met een verrichting
- 3.5 Overige werkzaamheden die u declareert als consult
- 3.6 De verschillende tarieven voor de POH-GGZ

- 3.7 De verschillende tarieven voor de POH-S
 - De ketenzorgtarieven voor de POH-S
 - De moduletarieven voor de POH-S
 - De consulttarieven voor de POH-S

3.7 De verschillende tarieven voor de POH-S

Voor de POH-S zijn er aparte tarieven die u kunt declareren: ketenzorgtarieven en moduletarieven (bijvoorbeeld een module POH-S of een module ouderenzorg waarvoor u de POH-S inzet). Daarnaast kunt u in enkele gevallen de reguliere consulttarieven declareren.

De ketenzorgtarieven

Voor het declareren van het ketenzorgtarief heeft u een contract nodig met de zorggroep. Hierin zal de zorggroep ook een vergoeding hebben opgenomen voor de POH-S voor de ketenzorg. Het is een vrij tarief, waarover u afspraken maakt met de zorggroep.

Vrij tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig (**wel** met de zorggroep)

Zo declareert u

- U declareert rechtstreeks bij de zorggroep;
- U declareert per kwartaal.

De moduletarieven voor de POH-S

Voor het declareren van de moduletarieven POH-S heeft u een contract nodig met de zorgverzekeraar. Met de vergoeding die u van de zorgverzekeraar krijgt, kunt u een gedeelte van de kosten van de POH-S bekostigen. Het is een vrij tarief, waarover u afspraken maakt met de zorgverzekeraar.

Vrij tarief

Wel een contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Zo declareert u

- U declareert bij de zorgverzekeraar van de patiënt.

De consulttarieven voor de POH-S

In veel gevallen krijgt u al via het moduletarium (zorgverzekeraar) of via een ketenzorgtarief (zorggroep) betaald voor de POH-S. In een aantal gevallen kunt u daarnaast ook de reguliere consult- en verrichtingen-tarieven declareren:

- als u niet bent aangesloten bij een zorggroep voor multidisciplinaire ketenzorg;
- of als u geen POH-contract met de zorgverzekeraar heeft;
- of als u de POH-S inzet voor méér uren dan met de zorgverzekeraar is overeengekomen.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Zo declareert u

- U declareert bij de zorgverzekeraar van de patiënt;
- U declareert onder dezelfde tariefcodes als de huisarts en de doktersassistent.



Beslisboom

Declareren van zorg door de POH-S GA >

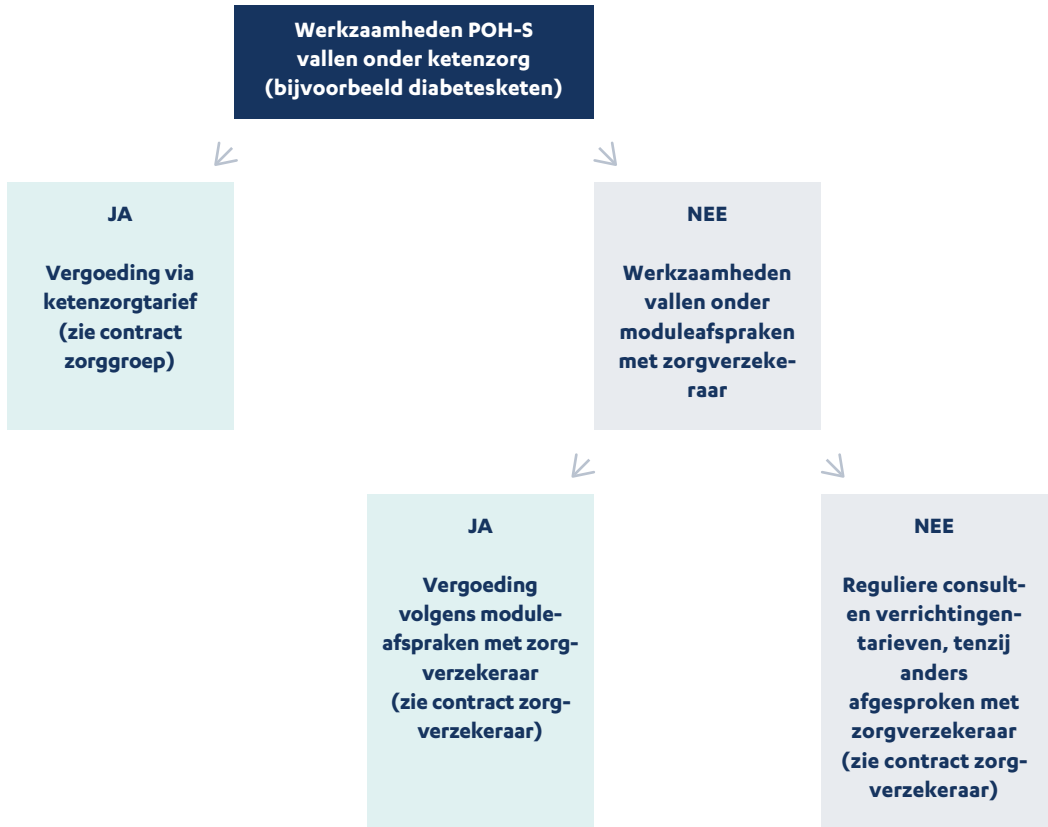




Inschijftarieven,
consulten en visites

- 3.1 Inschijf- en opslagwijk tarieven
- 3.2 Consult tarieven
- 3.3 Visit tarieven
- 3.4 Een consult in combinatie met een verrichting
- 3.5 Overige werkzaamheden die u declareert als consult
- 3.6 De verschillende tarieven voor de POH-GGZ
- 3.7 De verschillende tarieven voor de POH-S
 - De ketenzorg tarieven voor de POH-S
 - De module tarieven voor de POH-S
 - De consult tarieven voor de POH-S

Declareren van zorg door de POH-S



Zorgverzekeraars kunnen afwijkende regels hanteren voor het declareren van consult- en verrichtingentarieven door de POH-S. Raadpleeg hiervoor (het contract met) de zorgverzekeraar.





Verrichtingentarieven

- 4.1 Soorten verrichtingentarieven
- 4.2 NZa-verrichtingentarieven
- 4.3 Vrije verrichtingentarieven
- geen contract nodig
- 4.4 Vrije verrichtingentarieven
- wel een contract nodig
- 4.5 Vrije verrichtingentarieven
- afspraken met de patiënt

4 Verrichtingentarieven

Voor welke verrichtingen declareert u een apart verrichtingentarief? Is het een NZa-maximumtarief, een vrij tarief of maakt u tariefafspraken met de patiënt? En in welke gevallen heeft u altijd een contract nodig met de zorgverzekeraar om te kunnen declareren? U leest het in dit hoofdstuk en ziet het in één oogopslag in de overzichtstabel.





Verrichtingentarieven

4.1 Soorten verrichtingentarieven

- 4.2 NZa-verrichtingentarieven
- 4.3 Vrije verrichtingentarieven
 - geen contract nodig
- 4.4 Vrije verrichtingentarieven
 - wel een contract nodig
- 4.5 Vrije verrichtingentarieven
 - afspraken met de patiënt

4.1 Soorten verrichtingentarieven

Er zijn verschillende categorieën verrichtingentarieven. Hieronder staat een korte samenvatting. Op pagina 32 [GA >](#) staat een overzichtstabel met de verschillende verrichtingen en bijbehorende verrichtingentarieven.

Verrichtingen met een NZa-tarief

De NZa heeft voor deze verrichtingen een maximumtarief vastgesteld.

Verrichtingen met een vrij tarief

Hierbij is het van belang of u een contract heeft met de zorgverzekeraar van de patiënt:

- Er is **wel** een contract met de zorgverzekeraar van de patiënt. U maakt afspraken met de zorgverzekeraar over de tarieven;
- Er is **geen** contract met de zorgverzekeraar van de patiënt;
 - Voor de meeste van deze verrichtingen heeft de NZa een maximumtarief vastgesteld (de verrichtingen met een zogenaamde 'terugvaloptie'), zie hoofdstuk 4.3; [GA >](#)
 - Bij een aantal verrichtingen geldt dat u deze niet mag declareren als u geen contract heeft met de zorgverzekeraar van de patiënt, zie hoofdstuk 4.4. [GA >](#) In dit geval mag u wel de reguliere consulttarieven declareren, zie hoofdstuk 3.2. [GA >](#)

Verrichtingen waarbij u tariefafspraken maakt met de patiënt

Voor sommige verrichtingen maakt u geen afspraken met de zorgverzekeraar over het tarief, maar met de patiënt zelf. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om cosmetische ingrepen, die niet vallen onder de basisverzekering. U brengt deze in rekening bij de patiënt.

Voorwaarden

- U declareert per verrichting, tenzij anders vermeld.



Wilt u weten wanneer u naast een verrichting ook een consulttarief mag declareren? Meer informatie vindt u in hoofdstuk 3.4. [GA >](#)



Voor veel verrichtingen geldt dat u hierover afspraken maakt met de zorgverzekeraar. Zorg er dan ook voor dat u en alle andere medewerkers (inclusief de waarnemend huisartsen) weten wat er met de zorgverzekeraar is afgesproken.





Verrichtingentarieven

- 4.1 Soorten verrichtingentarieven**
- 4.2 NZa-verrichtingentarieven
- 4.3 Vrije verrichtingentarieven
- geen contract nodig
- 4.4 Vrije verrichtingentarieven
- wel een contract nodig
- 4.5 Vrije verrichtingentarieven
- afspraken met de patiënt

NZa-tarief	Vrij tarief	Vrij tarief	Vrij tarief
U declareert het maximumtarief dat door de NZa is vastgesteld	U kunt ook declareren als u geen contract heeft met de zorgverzekeraar - Met contract: u declareert het tarief van de zorgverzekeraar - Zonder contract: u declareert de zogenaamde 'terugvaloptie' van de NZa	U kunt alleen declareren als u wel een contract heeft met de zorgverzekeraar	U maakt afspraken met de patiënt
Chirurgie	Audiometrie	Diabetes: begeleiding per jaar	Cosmetische chirurgie
Compressietherapie bij ulcus cruris	Diagnostiek met Doppler-apparatuur (enkel-arm index)	Diabetes: instellen op insuline	Cosmetische varices sclerosering
Oogboring	Tympanometrie	COPD: gestructureerde zorg per jaar	Reizigersadvisering
Therapeutische injectie (Cyriax)	Longfunctiemeting/spirometrie	Gestructureerde huisartsenzorg in het verzorgingshuis	Sterilisatie man
IUD of etonogestrel implantatiestaafje aanbrengen/implanteren en/of verwijderen	ECG-diagnostiek Spleetlamponderzoek Tele-echo, -röntgen, -hartmonitoring op de Waddeneilanden Bloeddrukmeting/hypertensiemeting Teledermatologie Cognitieve functietest (MMSE) Hartritmestoornissen (Holter-registratie of eventrecording) MRSA-screening Euthanasie Module abdominale/transvaginale echografie	Gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang	Besnijdenis





Verrichtingentarieven

4.1 Soorten
verrichtingentarieven

4.2 NZa-verrichtingentarieven

- Chirurgie
- Compressietherapie
bij ulcus cruris
- IUD of etonogestrel
implantatiestaafje
aanbrengen/implanteren
en/of verwijderen
- Oogboring
- Therapeutische injectie
(Cyriax)

4.3 Vrije verrichtingentarieven
- geen contract nodig

4.4 Vrije verrichtingentarieven
- wel een contract nodig

4.5 Vrije verrichtingentarieven
- afspraken met de patiënt

4.2 NZa-verrichtingentarieven

De NZa heeft voor deze verrichtingen een maximum-tarief vastgesteld.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig



Alle NHG-standaarden voor verrichtingen, vindt u op de NHG-website: nhg.org/standaarden.

Chirurgie

U declareert voor onderstaande ingrepen het vastgestelde NZa-tarief. Het (hecht)materiaal, het verwijderen van de hechtingen en de nabehandeling zijn in het tarief inbegrepen. Onder chirurgie vallen onder meer:

- Excisie van een atheroom, lipoom, fibroom, chalazion, naevus/multiple naevi;
- Huidbiops (stans), electrocoagulatie-chirurgie;
- Complexe (uitgebreide) wondbehandeling, hechten van grotere/lelijke complexe wonden;
- Barron-ligatie (elastiekbehandeling) bij aambeien;
- Chirurgische decubitusbehandeling;
- Nagelchirurgie, bijvoorbeeld nagelextractie of nagelbedexcisie;
- Incideren van abces of van vers getromboseerd hemorrhoid, incisie periaanaal abces/sinus pilonidalis;
- Ascitespunctie;

- Excisie van verdachte laesie (verdenking melanoom, basaalcelcarcinoom, plaveiselcelcarcinoom, overige maligniteiten huid);
- Frenulumplastiek;
- Behandeling van multipole condylomata acuminata met electrocoagulatie-apparaat.



Het verwijderen van wratten of mollusca valt niet onder 'Chirurgie'. Hiervoor declareert u een consulttarief, zie hoofdstuk 3.5 (Kleine chirurgische ingrepen). [GA >](#)

Compressietherapie bij ulcus cruris

U declareert het vastgestelde NZa-tarief voor het behandelen van een patiënt met ulcus cruris met compressietherapie.

Voorwaarden

- De patiënt mag niet onder behandeling zijn van een medisch specialist;
- De indicatie en uitvoering zijn volgens de NHG-standaard M16;
- Het maken van afspraken met de gespecialiseerde zorgaanbieder (bijvoorbeeld de wondverpleegkundige) over consulteren en door- en terugverwijzen, zijn in dit NZa-tarief inbegrepen;
- De benodigde verbandmiddelen zijn niet in het tarief inbegrepen.





Verrichtingentarieven

- 4.1 Soorten
verrichtingentarieven
- 4.2 **NZa-verrichtingentarieven**
 - Chirurgie
 - Compressietherapie
bij ulcus cruris
 - **IIUD of etonogestrel
implantatiestaafje
aanbrengen/implanteren
en/of verwijderen**
 - **Oogboring**
 - **Therapeutische injectie
(Cyriax)**
- 4.3 Vrije verrichtingentarieven
 - geen contract nodig
- 4.4 Vrije verrichtingentarieven
 - wel een contract nodig
- 4.5 Vrije verrichtingentarieven
 - afspraken met de patiënt

IUD of etonogestrel implantatiestaafje aanbrengen/implanteren en/of verwijderen

U declareert het vastgestelde NZa-tarief voor:

- Het plaatsen en/of verwijderen van een spiraaltje;
- Of het implanteren en/of verwijderen van een etonogestrel implantatiestaafje vanwege anticonceptie.

Oogboring

U declareert het vastgestelde NZa-tarief voor het verwijderen van een corpus alienum uit het oog met een oogboor.

Voorwaarden

- U werkt volgens de NHG-standaard M57.



Verwijdert u een corpus alienum met een wattenstaafje uit het oog, dan mag u hier-voor **niet** het verrichtingentarief voor een oogboring declareren.

Therapeutische injectie (Cyriax)

U declareert het vastgestelde NZa-tarief voor een therapeutische injectie met corticosteroïden of lokaal anestheticum in gewrichten, op peesaanhechtingen of in bursa.

Voorwaarden

- U werkt volgens het principe van Cyriax.

Praktijkvoorbeeld

Een patiënt komt voor het eerst bij u met schouderklachten die al 6 weken spelen. De patiënt heeft al 2 weken ontstekingsremmers geslikt, maar dit heeft niets geholpen. U doet het gehele consult (SOEP inclusief hulpvraag), stelt de diagnose 'bursitis subacromialis' en legt de behandelingsmethoden uit. In overleg met de patiënt besluit u een therapeutische injectie (Cyriax) te geven. U geeft de eerste injectie.

Zo declareert u: voor het consult declareert u één van de consulttarieven en voor de injectie het NZa-verrichtingentarief 'Therapeutische injectie'.





Verrichtingentarieven

- 4.1 Soorten
verrichtingentarieven
- 4.2 NZa-verrichtingentarieven
- 4.3 **Vrije verrichtingentarieven**
 - **geen contract nodig**
 - **Audiometrie**
 - **Bloeddrukmeting/hypertensiemeting**
 - **Cognitieve functietest (MMSE)**
 - **Diagnostiek met Doppler-apparatuur (enkel-armindex)**
 - **ECG-diagnostiek**
 - Euthanasie
 - Hartritmestoornissen
 - Longfunctiemeting/spirometrie
 - Module abdominale/transvaginale echografie
 - MRSA-screening
 - Spleetlamponderzoek
 - Teledermatologie
 - Tele-echo, -röntgen en hartmonitoring op de Waddeneilanden
 - Tympanometrie
- 4.4 Vrije verrichtingentarieven
- wel een contract nodig
- 4.5 Vrije verrichtingentarieven
- afspraken met de patiënt

4.3 Vrije verrichtingentarieven – *geen* contract nodig

Voor de verrichtingen in deze paragraaf gelden vrije tarieven, die u eventueel ook mag declareren als u **geen** contract heeft met de zorgverzekeraar. Het hangt van de situatie af, welk tarief u declareert.

Vrij tarief/NZa-terugvaltarief

Wel een contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig voor het vrije tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig voor het NZa-terugvaltarief

Audiometrie

U declareert dit tarief voor het onderzoeken van slechthorendheid.

Voorwaarden

- U werkt volgens de NHG-standaard M61;
- U gebruikt een audiometer van de huisartsenpraktijk.

Bloeddrukmeting/hypertensiemeting

U declareert dit tarief voor een 24-uurs bloeddrukmeting (hypertensiemeting) voor het vaststellen van een verhoogde bloeddruk. U declareert per meting.

Voorwaarden

- U werkt volgens de NHG-standaard M84 en de praktische handleiding die bij deze standaard hoort (2019).
- U mag dit tarief ook in rekening brengen voor een 30-minutenmeting als dat in het contract met de zorgverzekeraar is afgesproken.

Cognitieve functietest (MMSE)

U declareert dit tarief voor het afnemen van een MMSE-test, als onderdeel van de diagnostiek naar dementie.

Voorwaarden

- U werkt volgens de NHG-standaard M21.

Diagnostiek met Doppler-apparatuur (enkel-armindex)

U declareert dit tarief voor het onderzoek naar vaatvernauwingen door het bepalen van de enkel-armindex met Doppler-apparatuur.

Voorwaarden

- U werkt met Doppler-apparatuur van de huisartsenpraktijk;
- U werkt volgens de NHG-standaard M13.

ECG-diagnostiek

U declareert dit tarief voor het maken, beoordelen en bespreken van een ECG met de patiënt. U declareert per gemaakt ECG. Het tarief is inclusief het verbruiksmateriaal.



Maakt u alleen het ECG en verwijst u de patiënt vervolgens door naar de cardioloog? Dan declareert u een consulttarief en daarnaast het ECG-kostentarief voor het gebruik van uw apparatuur. Zie voor de voorwaarden hoofdstuk 8.5. [GA >](#)





Declareerwijzer 2023

Verrichtingentarieven

4.1 Soorten
verrichtingentarieven

4.2 NZa-verrichtingentarieven

4.3 Vrije verrichtingentarieven

- geen contract nodig

- Audiometrie
- Bloeddrukmeting/
hypertensiemeting
- Cognitieve functietest
(MMSE)
- Diagnostiek met
Doppler-apparaat
(enkel-armindex)
- ECG-diagnostiek
- **Euthanasie**
- **Hartritmestoornissen**
- **Longfunctiemeting/
spirometrie**
- **Module abdominale/
transvaginale echografie**
- **MRSA-screening**
- **Spleetlamponderzoek**
- Teledermatologie
- Tele-echo, -röntgen
en hartmonitoring op
de Waddeneilanden
- Tympanometrie

4.4 Vrije verrichtingentarieven
- wel een contract nodig

4.5 Vrije verrichtingentarieven
- afspraken met de patiënt

Euthanasie

U declareert dit tarief voor het verlenen van euthanasie. U declareert per euthanasie-uitvoering.

Voorwaarden

- U werkt volgens de KNMG-KNMP 'Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding' (knmp.nl/multidisciplinaire-richtlijnen).

Hartritmestoornissen (Holter-registratie of eventrecording)

U declareert dit tarief voor het onderzoeken van hartritmestoornissen.

Voorwaarden

- U doet dit in eigen beheer met een eventrecorder van de huisartsenpraktijk;
- U werkt volgens de NHG-standaard M79.

Longfunctiemeting/spirometrie

U declareert dit tarief voor een longfunctiemeting (spirometrie) om de benauwdheidsklachten van de patiënt te analyseren. Of om te bepalen of de ingezette therapie effect heeft bij de patiënt met inhalatiemedicatie. U declareert per meting.

Voorwaarden

- U werkt volgens de NHG-standaard M26.

Module abdominale/transvaginale echografie

U declareert dit tarief voor het zelf uitvoeren en beoordelen van abdominale en transvaginale echografie. Het tarief is inclusief het doorsturen van uw eigen echobeelden naar de radioloog.

Het gaat om:

- Aorta: het herkennen van aneurysmata;
- Lever: tumoren en metastasen;
- Galblaas: stenen en stuwing;
- Nieren: stuwing, concrementen, cysten en tumoren;
- Uterus: myomen, positie IUD en endometriumdikte;
- Ovaria: cysten;
- Blaas: urineretentie en concrementen.



Voor een echo bij een zwangerschap mag u niet de 'Module abdominale echografie/transvaginale echografie' declareren.

MRSA-screening

U declareert dit tarief voor het afnemen van kweekmateriaal om vast te stellen of de patiënt besmet is met MRSA.

Spleetlamponderzoek

U declareert dit tarief voor het vaststellen of controleren van een aantal oogheelkundige aandoeningen. U declareert per onderzoek.

Voorwaarden

- U gebruikt een spleetlamp van de huisartsenpraktijk.





Declareerwijzer 2023

Verrichtingentarieven

4.1 Soorten
verrichtingentarieven

4.2 NZa-verrichtingentarieven

4.3 Vrije verrichtingentarieven

- geen contract nodig

- Audiometrie
- Bloeddrukmeting/
hypertensiemeting
- Cognitieve functietest
(MMSE)
- Diagnostiek met
Doppler-apparaat
(enkel-armindex)
- ECG-diagnostiek
- Euthanasie
- Hartritmestoornissen
- Longfunctiemeting/
spirometrie
- Module abdominale/
transvaginale echografie
- MRSA-screening
- Spleetlamponderzoek
- **Teledermatologie**
- **Tele-echo, -röntgen
en hartmonitoring op
de Waddeneilanden**
- **Tympanometrie**

4.4 Vrije verrichtingentarieven
- wel een contract nodig

4.5 Vrije verrichtingentarieven
- afspraken met de patiënt

Teledermatologie

U declareert dit tarief voor het maken, opslaan en digitaal verzenden van de gegevens van huidafwijkingen naar een dermatoloog, voor een specialistische beoordeling en/of advies. Hierdoor hoeft u de patiënt mogelijk niet meer te verwijzen naar de tweede lijn. U declareert per verrichting. Het tarief is inclusief:

- het gebruiken van adequate apparatuur, een beveiligde verbinding en digitale opslag van informatie;
- de geprotocolleerde rapportage door de dermatoloog.



Komt de patiënt, op advies van de dermatoloog, voor de (na)behandelingen bij u op consult? Dan declareert u de reguliere consulttarieven.

Tele-echo, -röntgen, -hartmonitoring op de Waddeneilanden

U declareert dit tarief voor het uitvoeren van deze vormen van diagnostiek. U declareert per patiënt per ziektegeval.

Voorwaarden

- U gebruikt uw eigen apparatuur;
- U stuurt de gegevens naar een specialist in het ziekenhuis op de vaste wal voor beoordeling en behandeladvies. Op die manier kan mogelijk onnodig vervoer van de patiënt naar de vaste wal worden voorkomen.

Tympanometrie

U declareert dit tarief voor het meten van de beweeglijkheid van het trommelvlies. U declareert per meting.

Voorwaarden

- U werkt volgens de NHG-standaard M18;
- U gebruikt een microtympanometer van de huisartsenpraktijk om een diagnose te stellen en vervolgacties te bepalen;
- U declareert per meting.





Verrichtingentarieven

- 4.1 Soorten verrichtingentarieven
- 4.2 NZa-verrichtingentarieven
- 4.3 Vrije verrichtingentarieven – geen contract nodig
- 4.4 Vrije verrichtingentarieven – wel een contract nodig**
 - **Diabetes:**
begeleiding per jaar
 - **Diabetes:**
instellen op insuline
 - **COPD: gestructureerde zorg per jaar**
 - **Gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang**
 - Gestructureerde huisartsenzorg in het verzorgingshuis
- 4.5 Vrije verrichtingentarieven – afspraken met de patiënt

4.4 Vrije verrichtingentarieven – wel een contract nodig

Voor een aantal verrichtingen gelden vrije tarieven die u alleen mag declareren als u **wel** een contract heeft met de zorgverzekeraar. Heeft u geen afspraken gemaakt over onderstaande diabetes- of COPD-verrichtingen, dan declareert u de reguliere consult-tarieven. Voor de vergoeding van diabetes- en COPD-zorg via de zorggroep, zie hoofdstuk 5. [GA >](#)

Vrij tarief

Wel een contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Diabetes: begeleiding per jaar

U declareert dit tarief per controle.

Diabetes: instellen op insuline

U declareert dit tarief per verrichting.

COPD: gestructureerde zorg per jaar

U declareert dit tarief voor het leveren van gestructureerde zorg aan een COPD-patiënt. U declareert per controle.

Gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang

U declareert dit tarief per bewoner voor het met andere huisartsen *organiseren* van gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang. Hieronder vallen bijvoorbeeld het:

- organiseren van structureel periodiek overleg;
- ontwikkelen en actualiseren van protocollen voor de zorg;
- maken van afspraken over de dossiervorming, overdracht, visites en registratie (ICT);
- organiseren van afstemming met andere disciplines die betrokken zijn bij de zorg aan de bewoners;
- ontwikkelen van praktijkfolders voor bewoners.



Het gaat dus niet om het daadwerkelijk leveren van de zorg zelf. Hiervoor declareert u de reguliere consult- en visitetarieven.





Verrichtingentarieven

- 4.1 Soorten verrichtingentarieven
- 4.2 NZa-verrichtingentarieven
- 4.3 Vrije verrichtingentarieven
 - geen contract nodig
- 4.4 **Vrije verrichtingentarieven**
 - **wel een contract nodig**
 - Diabetes: begeleiding per jaar
 - Diabetes: instellen op insuline
 - COPD: gestructureerde zorg per jaar
 - Gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang
 - **Gestructureerde huisartsenzorg in het verzorgingshuis**
- 4.5 Vrije verrichtingentarieven
 - afspraken met de patiënt

Gestructureerde huisartsenzorg in het verzorgingshuis

U declareert dit tarief per bewoner voor het met andere huisartsen *organiseren* van gestructureerde huisartsenzorg in het verzorgingshuis. Hieronder vallen bijvoorbeeld het:

- organiseren van structureel periodiek overleg;
- ontwikkelen en actualiseren van protocollen voor de zorg;
- maken van afspraken over de dossiervorming, overdracht, visites en registratie (ICT);
- organiseren van afstemming met andere disciplines die betrokken zijn bij de zorg aan de bewoners;
- ontwikkelen van praktijkfolders voor bewoners.



Het gaat dus niet om het daadwerkelijk leveren van de zorg zelf. Hiervoor declareert u de reguliere consult- en visitetarieven.





Verrichtingentarieven

- 4.1 Soorten verrichtingentarieven
- 4.2 NZa-verrichtingentarieven
- 4.3 Vrije verrichtingentarieven
 - geen contract nodig
- 4.4 Vrije verrichtingentarieven
 - wel een contract nodig
- 4.5 **Vrije verrichtingentarieven**
 - **afspraken met de patiënt**
 - **Besnijdenis**
 - **Cosmetische chirurgie**
 - **Cosmetische varices sclerosering**
 - **Reizigersadvisering**
 - **Sterilisatie man**

4.5 Vrije verrichtingentarieven - afspraken met de patiënt

Voor sommige verrichtingen maakt u geen afspraken met de zorgverzekeraar over het tarief, maar met de patiënt zelf. Dit gaat om cosmetische ingrepen, die niet vallen onder de basisverzekering. U kunt deze in rekening brengen bij de patiënt.

Vrij tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Besnijdenis

U declareert dit tarief bij de patiënt voor een ingreep voor besnijdenis lege artis. Het tarief is inclusief de nacontrole. U declareert per ingreep.

Cosmetische chirurgie

U declareert dit tarief bij de patiënt voor cosmetische chirurgische ingrepen. Dit tarief is inclusief het verbruiksmateriaal en het verwijderen van hechtingen.

Cosmetische varices sclerosering

U declareert dit tarief bij de patiënt voor de cosmetische behandeling van spataderen door sclerosering.

Voorwaarden

- U heeft met Doppler-apparatuur vastgesteld dat het om spataderen gaat.

Reizigersadvisering

U declareert dit tarief bij de patiënt voor een consult voor reizigersadvisering. U adviseert over de benodigde vaccinatie(s) en geeft de patiënt eventueel de vaccinatie(s). Het tarief is inclusief het advies en eventueel het vaccineren.

Voorwaarden

- U gebruikt de bijbehorende vragenlijst;
- De patiënt haalt zelf het vaccin bij de apotheek of bij u in de praktijk.

Sterilisatie man

U declareert dit tarief bij de patiënt voor een ingreep voor sterilisatie. Een preoperatief onderzoek en een postoperatief spermaonderzoek zijn hierin opgenomen. Het tarief is inclusief de volledige behandeling, inclusief nacontroles, conform richtlijnen urologie.

Voorwaarden

- U werkt volgens de vastgestelde richtlijnen.





Multidisciplinaire ketenzorg en overige multidisciplinaire samenwerking

- 5.1 Ketenzorg en geïntegreerde eerstelijnszorg
- 5.2 Diabetes type 2 (DM2)
- 5.3 Hart- en vaatziekten (CVRM)
- 5.4 COPD
- 5.5 Astma
- 5.6 Moduletair geïntegreerde eerstelijnszorg

5 Multidisciplinaire ketenzorg en overige multidisciplinaire samenwerking

Als u voor multidisciplinaire ketenzorg bent aangesloten bij een zorggroep, dan maakt u daarmee afspraken over de inhoud en betaling van ketenzorg. In dit hoofdstuk staat hoe u zorg declareert voor patiënten met diabetes type 2 (DM2), cardiovasculair risicomanagement (CVRM), COPD en astma. Ook staan hierin de voorwaarden voor het moduletair geïntegreerde eerstelijnszorg.





Multidisciplinaire ketenzorg en overige multidisciplinaire samenwerking

5.1 Ketenzorg en geïntegreerde eerstelijnszorg

5.2 Diabetes type 2 (DM2)

5.3 Hart- en vaatziekten (CVRM)

5.4 COPD

5.5 Astma

5.6 Moduletarium geïntegreerde eerstelijnszorg

5.1 Ketenzorg en geïntegreerde eerstelijnszorg

Bij multidisciplinaire ketenzorg sluit de zorggroep een contract met de zorgverzekeraar. Vervolgens sluit u weer een contract met de zorggroep. Heeft de zorggroep van multidisciplinaire ketenzorg **geen** contract met de zorgverzekeraar? Dan kunt u onder bepaalde voorwaarden een vastgesteld NZa-tarief declareren.

Het moduletarium geïntegreerde eerstelijnszorg is een vrij tarief dat tussen de huisartsenpraktijk en de zorgverzekeraar wordt overeengekomen.

U bent niet verplicht om deel te nemen aan multidisciplinaire ketenzorg.



Voor het moduletarium geïntegreerde eerstelijnszorg (zie hoofdstuk 5.6 [GA >](#)) heeft u **wel** een contract met de zorgverzekeraar nodig.





Multidisciplinaire ketenzorg en overige multidisciplinaire samenwerking

5.1 Ketenzorg en geïntegreerde eerstelijnszorg

5.2 Diabetes type 2 (DM2)

5.3 Hart- en vaatziekten (CVRM)

5.4 COPD

5.5 Astma

5.6 Moduletariet geïntegreerde eerstelijnszorg

5.2 Diabetes type 2 (DM2)

U declareert dit tarief voor iedere patiënt met de diagnose diabetes type 2 (DM2) die deelneemt aan het zorgprogramma via de zorggroep.

Vrij tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig (**wel** met de zorggroep)

Voorwaarden

- U maakt afspraken met de zorggroep over de tarieven.

Zo declareert u

- U declareert rechtstreeks bij de zorggroep;
- U declareert per kwartaal.

Praktijkvoorbeeld

De huisartsenpraktijk heeft voor diabetes type 2 (DM2) een contract met een ketenzorgorganisatie afgesloten. Een patiënt met DM2 bezoekt het spreekuur van de POH-S vanwege een diabetesprobleem.

Zo declareert u: heeft u een contract met een ketenzorgorganisatie en ontvangt u voor deze patiënt een tarief DM-zorg? Dan kunt u deze zorg niet bij de zorgverzekeraar declareren. U zou dan immers dubbel betaald krijgen.





Multidisciplinaire ketenzorg en overige multidisciplinaire samenwerking

5.1 Ketenzorg en geïntegreerde eerstelijnszorg

5.2 Diabetes type 2 (DM2)

5.3 Hart- en vaatziekten (CVRM)

5.4 COPD

5.5 Astma

5.6 Moduletariet geïntegreerde eerstelijnszorg

5.3 Hart- en vaatziekten (CVRM)

U declareert dit tarief voor iedere patiënt met de diagnose hart- en vaatziekten/cardiovasculair risicomanagement (CVRM) die deelneemt aan het zorgprogramma via de zorggroep.

Vrij tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig (**wel** met de zorggroep)

Voorwaarden

- U maakt afspraken met de zorggroep over de tarieven.

Zo declareert u

- U declareert rechtstreeks bij de zorggroep;
- U declareert per kwartaal.

5.4 COPD

U declareert dit tarief voor iedere patiënt met de diagnose COPD die deelneemt aan het zorgprogramma via de zorggroep.

Vrij tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig (**wel** met de zorggroep)

Voorwaarden

- U maakt afspraken met de zorggroep over de tarieven.

Zo declareert u

- U declareert rechtstreeks bij de zorggroep;
- U declareert per kwartaal.





Multidisciplinaire ketenzorg en overige multidisciplinaire samenwerking

- 5.1 Ketenzorg en geïntegreerde eerstelijnszorg
- 5.2 Diabetes type 2 (DM2)
- 5.3 Hart- en vaatziekten (CVRM)
- 5.4 COPD
- 5.5 Astma**
- 5.6 Moduletarium geïntegreerde eerstelijnszorg**

5.5 Astma

U declareert dit tarief voor iedere patiënt met de diagnose astma die deelneemt aan het zorgprogramma via de zorggroep.

Vrij tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig (**wel** met de zorggroep)

Voorwaarden

- U maakt afspraken met de zorggroep over de tarieven.

Zo declareert u

- U declareert rechtstreeks bij de zorggroep;
- U declareert per kwartaal.

5.6 Moduletarium geïntegreerde eerstelijnszorg

Deze module is een vergoeding voor bestaande afspraken met zorgverzekeraars over multidisciplinaire samenwerking. Denk hierbij aan een vergoeding voor de inzet van personeel, organisatiekosten en infrastructuur. Op termijn zal deze module overgaan in de nieuwe regeling voor organisatie & infrastructuur (O&I).

Vrij tarief

Wel een contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Zo declareert u

- U declareert bij de zorgverzekeraar van de patiënt;
- U declareert per patiënt die bij u staat ingeschreven.





Resultaatbeloning en zorgvernieuwing

6.1 Resultaatbeloning

6.2 Zorgvernieuwing

6 Resultaatbeloning en zorgvernieuwing

Over welke resultaten kunt u met de zorgverzekeraar afspraken maken? En wat geldt als zorgvernieuwing? Aan welke voorwaarden moet u in beide gevallen voldoen? In dit hoofdstuk gaan we in op doelmatig voorschrijven, service en bereikbaarheid, e-health, het meekijkconsult en andere vormen van resultaatbeloning en zorgvernieuwing.





Resultaatbeloning en zorgvernieuwing

6.1 Resultaatbeloning

- Adequaaf doorverwijzen en adequate diagnostiek
- Doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen
- Service en bereikbaarheid
- Multidisciplinaire zorg
- Stimulering huisartsenzorg in krimpregio's
- Resultaatbeloning overig

6.2 Zorgvernieuwing

6.1 Resultaatbeloning

Voor de meeste resultaatbeloningen geldt, dat het een moduletariet is per patiënt. Alleen bij 'Resultaatbeloning overig' **GA >** zijn er ook andere tariefafspraken mogelijk.

Vrij tarief

Wel een contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Adequaaf doorverwijzen en adequate diagnostiek

Binnen deze module kunt u afspraken maken over een beloning voor:

- het adequaat doorverwijzen naar andere zorg-aanbieders;
- het adequaat aanvragen van diagnostiek;
- of een combinatie van beide.

Doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen

Binnen deze module kunt u afspraken maken over een beloning voor het doelmatig voorschrijven (formulairgericht voorschrijven) van geneesmiddelen. In het contract met uw zorgverzekeraar kunt u nalezen met welke indicator(en) dit gemeten wordt.

Service en bereikbaarheid

Binnen deze module kunt u afspraken maken over een beloning voor het verbeteren van de service en bereikbaarheid. Voorbeelden van afspraken die hieronder vallen:

- Patiënten kunnen bij u digitaal afspraken inplannen;
- Patiënten kunnen herhaalrecepten aanvragen per e-mail of via de website;
- U heeft een avond- of weekendspreekuur;
- U doet mee/u vraagt uw patiënten om mee te doen aan een klanttevredenheidsonderzoek;
- U biedt patiënten een grote mate van telefonische bereikbaarheid.



Check bij uw zorgverzekeraar welke voorwaarden en toetsingscriteria zij hanteren bij de verschillende resultaatbeloningen.





Resultaatbeloning en zorgvernieuwing

6.1 Resultaatbeloning

- Adequaat doorverwijzen en adequate diagnostiek
- Doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen
- Service en bereikbaarheid
- **Multidisciplinaire zorg**
- **Stimulering huisartsenzorg in krimpregio's**
- **Resultaatbeloning overig**

6.2 Zorgvernieuwing

Multidisciplinaire zorg

Binnen deze module maakt de zorggroep afspraken met de zorgverzekeraar over de vergoeding voor multidisciplinaire zorg(programma's). De zorgverzekeraar toetst met uniforme indicatoren en normen of de zorggroep voldoet aan de resultaatbeloning voor multidisciplinaire zorg. Hiervoor gebruiken zij de uniforme indicatoren en normen die overeengekomen zijn door branchepartijen InEen en Zorgverzekeraars Nederland.

Stimulering huisartsenzorg in krimpregio's

Binnen deze module kunt u afspraken maken over een aanvullende vergoeding voor activiteiten die de toegankelijkheid en kwaliteit van de huisartsenzorg in krimpregio's borgen en verbeteren.

Resultaatbeloning overig

Binnen deze module kunt u afspraken maken over de vergoeding voor andere zaken dan in 6.1 benoemd.





Resultaatbeloning en zorgvernieuwing

6.1 Resultaatbeloning

6.2 Zorgvernieuwing

- E-health
- Meekijkconsult
- Overige zorgvernieuwing

6.2 Zorgvernieuwing

E-health

Binnen deze module kunt u afspraken maken over de vergoeding voor e-health. Voorwaarde is dat het gaat om:

- Digitale instrumenten voor zelfmanagement door patiënten;
- Of om digitale behandelvormen.

Vrij tarief

Wel een contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig



Als e-health wordt ingezet door de POH-GGZ, dan declareert u via een van de tarieven voor de POH-GGZ (zie hoofdstuk 3.6 **GA** >).

Meekijkconsult

Binnen deze module kunt u afspraken maken over manieren voor overleg met gespecialiseerde zorgaanbieders. Het doel is dat u de patiënt niet hoeft door te verwijzen, of dat dit doelmatig gebeurt. U blijft als huisarts de hoofdbehandelaar.

Voor het inzetten van externe consultatie maakt u afspraken met de te consulteren zorgaanbieder over de wijze van betalen en de hoogte van het tarief (dit is een vrij tarief). Vervolgens betaalt u zelf de geconsulteerde zorgaanbieder. Het komt ook voor dat bijvoorbeeld de zorggroep die afspraken maakt.

Vrij tarief

Wel een contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig



Als het meekijkconsult wordt ingezet door de POH-GGZ, dan declareert u via een van de tarieven voor de POH-GGZ (zie hoofdstuk 3.6 **GA** >).

Overige zorgvernieuwing

Binnen deze module kunt u afspraken maken over de vergoeding voor andere zaken dan in 6.2 benoemd. Zo kunt u deze module gebruiken als u de POH-GGZ inzet voor meer dan 1/3 fte, voor praktijkmanagement of voor 'meer tijd voor de patiënt'. Kijk voor meer informatie over de POH-GGZ in hoofdstuk 3.6. **GA** >

Vrij tarief

Wel een contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig





Werkzaamheden tijdens ANW-uren

- 7.1 Voor welke situaties gelden speciale ANW-tarieven?
- 7.2 ANW-uurtarieven (wel aangesloten bij een huisartsenpost)
- 7.3 ANW-consulttarieven (niet aangesloten bij een huisartsenpost)
- 7.4 ANW-tarieven voor patiënten in een eerstelijnsverblijf (ELV)
- 7.5 ANW-tarief voor patiënten met intensieve zorg

7 Werkzaamheden tijdens ANW-uren

Als huisarts voert u geregeld werkzaamheden uit in de avond, in de nacht, in het weekend en op feestdagen (ANW). Wanneer mag u hiervoor hogere ANW-tarieven declareren? Hoe zit het als u wel of juist niet bent aangesloten bij een huisartsenpost? En wat declareert u als u tijdens ANW-uren zorg levert aan patiënten in een eerstelijnsverblijf of patiënten met intensieve zorg? De antwoorden op deze vragen vindt u terug in dit hoofdstuk.





Werkzaamheden tijdens ANW-uren

7.1 Voor welke situaties gelden speciale ANW-tarieven?

- 7.2 ANW-uurtarieven (wel aangesloten bij een huisartsenpost)
- 7.3 ANW-consulttarieven (niet aangesloten bij een huisartsenpost)
- 7.4 ANW-tarieven voor patiënten in een eerstelijnsverblijf (ELV)
- 7.5 ANW-tarief voor patiënten met intensieve zorg

7.1 Voor welke situaties gelden speciale ANW-tarieven?

De NZa heeft voor een aantal werkzaamheden speciale ANW-tarieven vastgesteld. Het gaat om:

- ANW-uurtarieven (voor huisartsen die **wel** zijn aangesloten bij een huisartsenpost);
- ANW-consulttarieven (voor huisartsen die **niet** zijn aangesloten bij een huisartsenpost);
- Huisartsenzorg eerstelijnsverblijf (ELV) ANW korter dan 20 minuten;
- Huisartsenzorg eerstelijnsverblijf (ELV) ANW 20 minuten en langer;
- Intensieve zorg ANW.



Kunnen patiënten bij u terecht tijdens een avond- of weekendsprekkuur? Dan declareert u de reguliere dagtarieven. Enige uitzonderingen hierop zijn patiënten in een eerstelijnsverblijf (zie hoofdstuk 7.4 **GA >**) en patiënten met intensieve zorg (zie hoofdstuk 7.5 **GA >**).

Voorwaarden

De NZa heeft vastgesteld dat ANW-uren zijn:

- Op alle dagen tussen 18.00 uur en 08.00 uur;
- Op zaterdag en zondag tussen 08.00 en 18.00 uur;
- Op algemeen erkende feestdagen of gelijkgestelde dagen in de zin van de Algemene Termijnenwet:
 - Nieuwjaarsdag;
 - Goede Vrijdag;
 - Tweede Paasdag;
 - Koningsdag;
 - Bevrijdingsdag (5 mei);
 - Hemelvaartsdag;
 - Tweede Pinksterdag;
 - Eerste Kerstdag;
 - Tweede Kerstdag.





Werkzaamheden tijdens ANW-uren

7.1 Voor welke situaties gelden speciale ANW-tarieven?

7.2 ANW-uurtarieven (wel aangesloten bij een huisartsenpost)

7.3 ANW-consulttarieven (niet aangesloten bij een huisartsenpost)

7.4 ANW-tarieven voor patiënten in een eerstelijnsverblijf (ELV)

7.5 ANW-tarief voor patiënten met intensieve zorg

7.2 ANW-uurtarieven (wel aangesloten bij een huisartsenpost)

In veel gevallen bent u als huisarts aangesloten bij een huisartsenpost (HAP). Voor de werkzaamheden die u tijdens uw diensturen op de huisartsenpost uitvoert, krijgt u via de post betaald. De NZa heeft hiervoor maximum ANW-uurtarieven vastgesteld. Daarnaast mag de huisartsenpost u onder voorwaarden een opslag op de uurtarieven betalen.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig (**wel** met de huisartsenpost)

Voorwaarden

- U bent **wel** aangesloten bij een huisartsenpost;
- Voor alle voorwaarden verwijst de LHV u naar de huisartsenpost.

Zo declareert u

- U declareert bij de huisartsenpost. Vervolgens krijgt u door de huisartsenpost betaald.





Werkzaamheden tijdens ANW-uren

- 7.1 Voor welke situaties gelden speciale ANW-tarieven?
- 7.2 ANW-uurtarieven (wel aangesloten bij een huisartsenpost)
- 7.3 ANW-consulttarieven (niet aangesloten bij een huisartsenpost)**
- 7.4 ANW-tarieven voor patiënten in een eerstelijnsverblijf (ELV)
- 7.5 ANW-tarief voor patiënten met intensieve zorg

7.3 ANW-consulttarieven (*niet aangesloten bij een huisartsenpost*)

Bent u als huisarts niet aangesloten bij een huisartsenpost? Dan mag u tijdens ANW-uren voor acute zorg hogere ANW-tarieven declareren dan overdag voor een consult, visite en vaccinatie. Dit zijn maximumtarieven die de NZa heeft bepaald. Welk tarief u voor een consult declareert, is afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact. Het maakt dus niet uit op welke wijze het contact plaatsvindt (bijvoorbeeld face-to-face, telefonisch, via e-mail of via internet). Ook het aantal besproken klachten en het aantal gestelde diagnoses hebben geen invloed op het tarief.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Voorwaarden

- Bij de ANW-consulttarieven gelden dezelfde voorwaarden als bij de reguliere consulttarieven (zie hoofdstuk 3.2); [GA >](#)
- Meer informatie over het declareren van entstoffen, laboratoriumkosten en vaccinaties vindt u in hoofdstuk 8. [GA >](#)

Praktijkvoorbeeld

U bent niet aangesloten bij een huisartsenpost. Tijdens uw ANW-dienst legt u een visite af met een consultduur van 25 minuten.

Zo declareert u: het ANW-tarief voor een visite van 20 minuten en langer declareert u bij de zorgverzekeraar van de patiënt. Is het een visite voor intensieve zorg (aan een terminale patiënt of aan een patiënt met een bepaalde CIZ-indicatie)? Dan declareert u het ANW-tarief voor intensieve zorg bij de zorgverzekeraar van de patiënt.





Werkzaamheden tijdens ANW-uren

- 7.1 Voor welke situaties gelden speciale ANW-tarieven?
- 7.2 ANW-uurtarieven (wel aangesloten bij een huisartsenpost)
- 7.3 ANW-consulttarieven (niet aangesloten bij een huisartsenpost)
- 7.4 **ANW-tarieven voor patiënten in een eerstelijnsverblijf (ELV)**
- 7.5 ANW-tarief voor patiënten met intensieve zorg

7.4 ANW-tarieven voor patiënten in een eerstelijnsverblijf (ELV)

Verleent u tijdens ANW-uren zorg aan een patiënt die tijdelijk is opgenomen in een eerstelijnsverblijf, dan declareert u hiervoor speciale ANW-tarieven ELV. Er zijn twee ANW-tarieven ELV, gebaseerd op de volgende tijdseenheden:

- Eerstelijnsverblijf (ELV) ANW korter dan 20 minuten;
- Eerstelijnsverblijf (ELV) ANW 20 minuten en langer.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Meer informatie over het declareren voor een patiënt in een ELV vindt u in hoofdstuk 3.3 (Visites aan patiënten in een eerstelijnsverblijf ELV). [GA >](#)



Valt uw visite binnen uw dienstuur op de huisartsenpost, dan declareert u geen visite. De huisartsenpost declareert dan immers en u krijgt vervolgens via de huisartsenpost betaald.





Werkzaamheden tijdens ANW-uren

- 7.1 Voor welke situaties gelden speciale ANW-tarieven?
- 7.2 ANW-uurtarieven (wel aangesloten bij een huisartsenpost)
- 7.3 ANW-consulttarieven (niet aangesloten bij een huisartsenpost)
- 7.4 ANW-tarieven voor patiënten in een eerstelijnsverblijf (ELV)
- 7.5 **ANW-tarief voor patiënten met intensieve zorg**

7.5 ANW-tarief voor patiënten met intensieve zorg

Voor een patiënt die intensieve zorg nodig heeft, declareert u een ANW-tarief intensieve zorg. Meer informatie over het declareren voor een patiënt met intensieve zorg vindt u in hoofdstuk 3.3 (Visites aan patiënten met intensieve zorg). [GA >](#)

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig



Valt uw visite binnen uw dienstuur op de huisartsenpost, dan declareert u geen visite. De huisartsenpost declareert dan immers en u krijgt vervolgens via de huisartsenpost betaald.





Overige tarieven

- 8.1 Informatieverzoeken
- 8.2 Uitstrijkjes
- 8.3 Keuringen en onderzoek
- 8.4 Verbruiksmaterialen
- 8.5 ECG-kostentarief
- 8.6 Kosten entstoffen en laboratoriumkosten
- 8.7 Palliatieve consultatie
- 8.8 SCEN
- 8.9 Moduletarium achterstandsfonds
- 8.10 Stoppen met roken
- 8.11 Deelname programma OPEN
- 8.12 Vaccinaties

8 Overige tarieven

Uitstrijkjes, keuringen, verbruiksmaterialen en vaccinaties zijn voorbeelden van werkzaamheden waarvoor u een apart tarief kunt declareren. In dit hoofdstuk vindt u terug voor welke werkzaamheden aparte tarieven gelden en bij wie u die in rekening kunt brengen.





Overige tarieven

8.1 Informatieverzoeken

8.2 Uitstrijkjes

8.3 Keuringen en onderzoek

8.4 Verbruiksmaterialen

8.5 ECG-kostentarief

8.6 Kosten entstoffen en
laboratoriumkosten

8.7 Palliatieve consultatie

8.8 SCEN

8.9 Moduletarium
achterstandsfonds

8.10 Stoppen met roken

8.11 Deelname programma
OPEN

8.12 Vaccinaties

8.1 Informatieverzoeken

U declareert dit tarief voor het aanleveren van informatie uit een patiëntdossier aan een derde partij (al dan niet via de patiënt). Denk aan bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, advocaten en de politie.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Voorwaarden

- U krijgt het verzoek schriftelijk (inclusief e-mail);
- U beantwoordt het verzoek schriftelijk (inclusief e-mail);
- Het geven van een nadere toelichting of verduidelijking op de al verstrekte informatie is in het tarief inbegrepen.

U mag het tarief **niet** in rekening brengen:

- bij instanties die u wettelijk verplicht bent om informatie te verstrekken over de medische gezondheidstoestand van de patiënt. Hieronder vallen informatieverzoeken in het kader van de Zw, Wmo, Wlz, de Jeugdwet en de Bopz (vanaf 2020 de Wet Zorg en Dwang en de Wet verplichte ggz);
- bij zorgverzekeraars in het kader van de Zorgverzekeringswet;
- als u de patiënt heeft doorverwezen of iets heeft voorschreven (geneesmiddelen, hulpmiddelen etc.) en de zorgaanbieder stelt u hierover nog vragen.

Zo declareert u

- U declareert het NZa-tarief 'Informatieverstrekking per 5 minuten'. De *duur* van uw werkzaamheden is bepalend. Afhankelijk van hoelang uw werkzaamheden hebben geduurd, declareert u dus een veelvoud van het tarief per 5 minuten.
- U declareert bij de partij die om de informatie vraagt;
- Óf: u declareert bij de patiënt zelf. Bijvoorbeeld als de patiënt de informatie nodig heeft voor het CBR voor het verlengen van het rijbewijs.



Beslisboom

Informatieverzoeken GA >





Overige tarieven

8.1 Informatieverzoeken

8.2 Uitstrijkjes

8.3 Keuringen en onderzoek

8.4 Verbruiksmaterialen

8.5 ECG-kostentarief

8.6 Kosten entstoffen en laboratoriumkosten

8.7 Palliatieve consultatie

8.8 SCEN

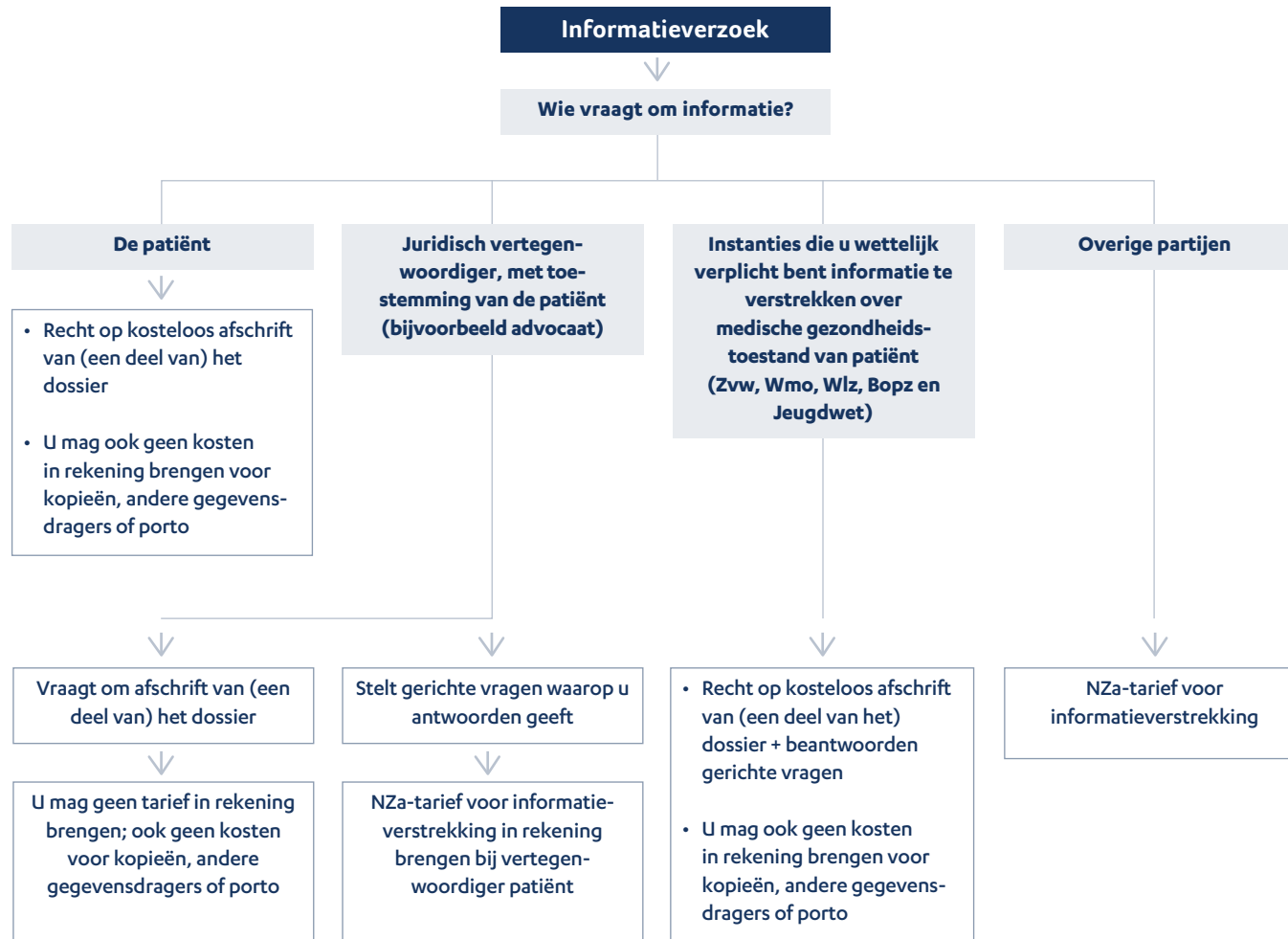
8.9 Moduletarium achterstandsfonds

8.10 Stoppen met roken

8.11 Deelname programma OPEN

8.12 Vaccinaties

Beslisboom Informatieverzoeken





Overige tarieven

8.1 Informatieverzoeken

8.2 Uitstrijkjes

8.3 Keuringen en onderzoek

8.4 Verbruiksmaterialen

8.5 ECG-kostentarief

8.6 Kosten entstoffen en
laboratoriumkosten

8.7 Palliatieve consultatie

8.8 SCEN

8.9 Moduletarium
achterstandsfonds

8.10 Stoppen met roken

8.11 Deelname programma
OPEN

8.12 Vaccinaties

8.2 Uitstrijkjes

U declareert dit tarief voor het afnemen van een uitstrijkje voor het preventief bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker (BMHK).

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Zo declareert u

- U declareert bij de screeningsorganisatie. Vervolgens krijgt u door de screeningsorganisatie betaald.

Praktijkvoorbeeld

Een patiënt laat een uitstrijkje maken in kader van het bevolkingsonderzoek BMHK. Zij vraagt aan de doktersassistent wanneer haar (Mirena-)spiraal moet worden vervangen. De doktersassistent kijkt de NHG-standaard na en geeft aan dat deze spiraal 5 jaar werkt. De doktersassistent kijkt ook in het HIS na wanneer de spiraal bij haar is geplaatst en bepaalt wanneer deze moet worden vervangen.

Zo declareert u: voor het uitstrijkje declareert u het tarief voor het bevolkingsonderzoek BMHK. Voor de werkzaamheden van de doktersassistent declareert u één van de consulttarieven (want medisch-inhoudelijk contact).





Overige tarieven

8.1 Informatieverzoeken

8.2 Uitstrijkjes

8.3 Keuringen en onderzoek

8.4 Verbruiksmaterialen

8.5 ECG-kostentarief

8.6 Kosten entstoffen en
laboratoriumkosten

8.7 Palliatieve consultatie

8.8 SCEN

8.9 Moduletarium
achterstandsfonds

8.10 Stoppen met roken

8.11 Deelname programma
OPEN

8.12 Vaccinaties

8.3 Keuringen en onderzoek

U declareert dit tarief voor het (laten) uitvoeren van een keuring of onderzoek, bijvoorbeeld een rijbewijskeuring.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Voorwaarden

- De *duur* van de keuring is bepalend: het gaat om een tarief per 5 minuten. Afhankelijk van hoelang de keuring in totaal heeft geduurd, declareert u dus een veelvoud van het tarief per 5 minuten;
- Het maken van de rapportage telt ook mee in de tijdsduur. De patiënt zelf hoeft hierbij niet aanwezig te zijn.

Zo declareert u

- U declareert bij de aanvragende organisatie;
- Óf: u declareert rechtstreeks bij de patiënt, als de patiënt zelf om een keuring of onderzoek heeft gevraagd;
- Voor de reiskosten die u maakt voor een keuring of onderzoek, mag u een kilometervergoeding declareren per retourkilometer (is 2 gewone kilometers) vanaf 5 retourkilometers. U brengt deze in rekening bij de opdrachtgever van de keuring of bij de patiënt.





Overige tarieven

- 8.1 Informatieverzoeken
- 8.2 Uitstrijkjes
- 8.3 Keuringen en onderzoek
- 8.4 Verbruiksmaterialen**
- 8.5 ECG-kostentarief
- 8.6 Kosten entstoffen en laboratoriumkosten
- 8.7 Palliatieve consultatie
- 8.8 SCEN
- 8.9 Moduletarium achterstandsfonds
- 8.10 Stoppen met roken
- 8.11 Deelname programma OPEN
- 8.12 Vaccinaties

8.4 Verbruiksmaterialen

Bij het uitvoeren van veel werkzaamheden of ver-richtingen gebruikt u materialen. Een gedeelte hiervan kunt u apart declareren. De lijst is limitatief. Zie voor het declareren van entstoffen en labora-toriumkosten hoofdstuk 8.6. [GA >](#)

Vrij tarief (kostprijs)

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Het gaat om de materiaalkosten van:

- atraumatisch hechtmateriaal, waaronder lijmen;
- tapemateriaal bij enkeldistorsies;
- zwangerschapsreactie (planotest en dergelijke);
- dipslides (urineweginfecties);
- teststrips bloedsuikerbepaling diabetespatiënten (waaronder eyetoneteststrips);
- vloeibaar stikstof of histofreezer;
- blaaskatheter;
- CRP-sneltest cassette(s).

Zo declareert u

- U declareert bij de zorgverzekeraar van de patiënt;
- De verbruiksmaterialen declareert u apart, naast bijvoorbeeld het consult of de verrichting zelf.



Verbruiksmaterialen mag u tegen de kost-prijs declareren, tenzij u hierover andere afspraken heeft gemaakt met de zorgver-zekeraar.





Overige tarieven

- 8.1 Informatieverzoeken
- 8.2 Uitstrijkjes
- 8.3 Keuringen en onderzoek
- 8.4 Verbruiksmaterialen
- 8.5 ECG-kostentarif**
- 8.6 Kosten entstoffen en laboratoriumkosten
- 8.7 Palliatieve consultatie
- 8.8 SCEN
- 8.9 Moduletarif
achterstandsfonds
- 8.10 Stoppen met roken
- 8.11 Deelname programma
OPEN
- 8.12 Vaccinaties

8.5 ECG-kostentarif

U declareert het ECG-kostentarif als vergoeding voor het gebruik van uw ECG-apparaat bij het *maken* van een ECG.

NZa-tarif

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Voorwaarden

- U maakt een ECG en indien nodig verwijst u de patiënt door naar de cardioloog.

Zo declareert u

- U declareert een consulttarif en daarnaast het ECG-kostentarif voor het gebruik van uw apparaat;
- U declareert bij de zorgverzekeraar van de patiënt.



Maakt, interpreteert én bespreekt u het ECG met de patiënt? Dan declareert u een consulttarif voor het consult waarin u besluit om een ECG te maken. Daarnaast declareert u het verrichtingentarif ECG-diagnostiek op het moment dat het ECG wordt gemaakt. Meer informatie en de voorwaarden van het verrichtingentarif ECG-diagnostiek vindt u in hoofdstuk 4.3. [GA >](#)





Overige tarieven

8.1 Informatieverzoeken

8.2 Uitstrijkjes

8.3 Keuringen en onderzoek

8.4 Verbruiksmaterialen

8.5 ECG-kostentarief

8.6 Kosten entstoffen en laboratoriumkosten

8.7 Palliatieve consultatie
- Palliatieve consultatie
telefonisch
- Palliatieve consultatie visite

8.8 SCEN

8.9 Moduletarium
achterstandsfonds

8.10 Stoppen met roken

8.11 Deelname programma
OPEN

8.12 Vaccinaties

8.6 Kosten entstoffen en laboratoriumkosten

De werkelijk gemaakte kosten voor de entstoffen declareert u bij de zorgverzekeraar.

De kosten die een laboratorium bij u in rekening brengt, kunt u voor hetzelfde bedrag declareren bij de zorgverzekeraar.

Zie voor zelfgemaakte laboratoriumkosten ook de regeling voor verbruiksmaterialen (hoofdstuk 8.4 **GA >**).

Vrij tarief (kostprijs)

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

8.7 Palliatieve consultatie

Palliatieve consultatie telefonisch

De opgeleide palliatieve huisartsconsulent declareert dit tarief voor een telefonische consultatie op uw verzoek.

Vrij tarief/NZa-terugvaltarief

Wel een contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig voor het vrije tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig voor het NZa-terugvaltarief

Voorwaarden

- Het tarief is inclusief de bestudering van de casus.

Zo declareert u

- De palliatieve huisartsconsulent declareert per telefonische consultatie.

Palliatieve consultatie visite

De opgeleide palliatieve huisartsconsulent declareert dit tarief voor een visite die de consulent brengt op uw verzoek.

Zo declareert u

- De palliatieve huisartsconsulent declareert per visite.





Overige tarieven

- 8.1 Informatieverzoeken
- 8.2 Uitstrijkjes
- 8.3 Keuringen en onderzoek
- 8.4 Verbruiksmaterialen
- 8.5 ECG-kostentarief
- 8.6 Kosten entstoffen en laboratoriumkosten
- 8.7 Palliatieve consultatie
- 8.8 SCEN**
- 8.9 Moduletariaf achterstandsfonds**
- 8.10 Stoppen met roken
- 8.11 Deelname programma OPEN
- 8.12 Vaccinaties

8.8 SCEN

U declareert het SCEN-tarief als u als SCEN-arts wordt ingeschakeld voor steun en consultatie bij euthanasie aan de patiënt en diens behandelend arts.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Het tarief is inclusief:

- De overleggen met de behandelaar van de patiënt;
- Het bestuderen van het medisch dossier voor SCEN;
- Visites aan de patiënt en de betrokkenen;
- Het maken van een verslag voor de behandelaar;
- Een afsluitend overleg met de behandelaar om het verslag te bespreken. Hierna wordt de SCEN-consultatie afgesloten.

Voorwaarden

- De SCEN-arts staat ingeschreven in het SCEN-register;
- De patiënt staat niet bij de SCEN-arts ingeschreven;
- Het gaat om een verzoek van de behandelend arts van de patiënt.

Zo declareert u

- U declareert als SCEN-arts bij de zorgverzekeraar van de patiënt.
- Voor SCEN-consultaties op de Waddeneilanden declareert u het tarief 'SCEN op de Waddeneilanden'.

8.9 Moduletariaf achterstandsfonds

Voor een patiënt in een achterstandswijk mag u een hoger inschrijftarief declareren (zie hoofdstuk 3.1 **GA >**). Daarnaast bestaat voor specifieke projecten voor deze doelgroep het moduletariaf voor het achterstandsfonds.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Zo declareert u

- Deze module wordt doorgaans niet aan u als huisarts betaald, maar rechtstreeks aan het achterstandsfonds.



Wilt u meer weten over de projecten van alle verschillende achterstandsfondsen, kijk dan op achterstandsfondsen.nl.





Overige tarieven

- 8.1 Informatieverzoeken
- 8.2 Uitstrijkjes
- 8.3 Keuringen en onderzoek
- 8.4 Verbruiksmaterialen
- 8.5 ECG-kostentarief
- 8.6 Kosten entstoffen en laboratoriumkosten
- 8.7 Palliatieve consultatie
- 8.8 SCEN
- 8.9 Moduletarium achterstandsfonds
- 8.10 Stoppen met roken**
- 8.11 Deelname programma OPEN
- 8.12 Vaccinaties

8.10 Stoppen met roken

De programmatische aanpak van Stoppen Met Roken (SMR) valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). De NZa heeft in de 'Regeling stoppen met rokenprogramma' beschreven welke werkzaamheden hieronder vallen.

Vrij tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Voorwaarden

- Het gaat om begeleiding gericht op gedragsverandering, indien nodig aangevuld met farmacotherapie;
- U werkt volgens de zorgmodule 'Stoppen met roken' (zie lhv.nl/stoppenmetroken);
- U voldoet aan de 'Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning' nhg.org/behandelrichtlijn-herzien.

Zo declareert u

Hoe u declareert, hangt af van de situatie:

- U biedt een *integraal SMR-programma* aan (gedragsverandering én farmacologische ondersteuning). Over de vergoeding hiervoor maakt u afspraken met de zorgverzekeraar. Vervolgens kunt u:
 - Zelf de medicijnen inkopen en verstrekken aan de patiënt;
 - Of de patiënt zelf de medicijnen laten aanschaffen bij de apotheek. U vergoedt deze kosten aan de patiënt.

- U biedt *één onderdeel uit het SMR-programma* aan (alleen gedragsverandering). De patiënt gaat zelf naar de apotheek voor de medicijnen. De apotheek declareert vervolgens bij de zorgverzekeraar van de patiënt.

Zorgverzekeraars kopen SMR niet allemaal op dezelfde manier in. Kijk voor meer informatie op de website van uw zorgverzekeraar.



Heeft u geen afspraken met de zorgverzekeraar van de patiënt, dan moet de patiënt zelf nagaan of stoppen met roken (volledig) wordt vergoed.



Neemt de patiënt deel aan een ketenzorgprogramma via de zorggroep, vraag dan bij de zorggroep na of SMR onderdeel uitmaakt van het ketenzorgprogramma. Als dat zo is, dan kunt u SMR niet ook nog bij de zorgverzekeraar declareren.



Meer informatie over de regeling SMR vindt u op de website van de LHV: lhv.nl/stoppenmetroken.





Overige tarieven

- 8.1 Informatieverzoeken
- 8.2 Uitstrijkjes
- 8.3 Keuringen en onderzoek
- 8.4 Verbruiksmaterialen
- 8.5 ECG-kostentarief
- 8.6 Kosten entstoffen en laboratoriumkosten
- 8.7 Palliatieve consultatie
- 8.8 SCEN
- 8.9 Moduletarium achterstandsfonds
- 8.10 Stoppen met roken
- 8.11 Deelname programma OPEN**
- 8.12 Vaccinaties

8.11 Deelname programma OPEN

De vergoeding voor deelname aan het OPEN-programma is indertijd voor drie jaar vastgesteld. Per 1 januari 2023 is deze vergoeding komen te vervallen.

Hebt u deze vergoeding nog niet gedeclareerd, zie dan [hier](#) voor de LHV-factsheet over OPEN met daarin de voorwaarden plus het LHV-advies voor declaratie van de vergoeding. U kunt in 2023 nog declareren indien u eind 2022 aan de onderstaande voorwaarden voldeed.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Voorwaarden

U moet voldoen aan de volgende voorwaarden:

- U bent aangesloten bij een regionale coalitie van huisartsenorganisaties;
- U heeft een scholing gevolgd via de regionale coalitie. U krijgt na afloop een certificaat, als bewijs dat u de scholing volgens de eisen heeft afgerond;
- Uw patiënten zijn geïnformeerd over hoe zij hun eigen dossier online kunnen inzien;
- Uw HIS functioneert volgens de richtlijn 'Online inzage in het H-EPD door patiënt'. Deze vindt u op de website van OPEN (open-eerstelij.nl).

Zo declareert u

- U declareert bij de zorgverzekeraar van de patiënt;
- U declareert voor iedere patiënt die op naam bij u staat ingeschreven op de eerste dag van het kwartaal (de peildatum);
- U declareert gelijktijdig met het inschrijftarief.



OPEN-declaratie is gekoppeld aan declaratie van het inschrijftarief. Declareren is mogelijk in 2023, maar tot wanneer dat precies kan, verschilt per zorgverzekeraar. Kijk daarom goed naar de declaratievoorwaarden van uw verzekeraar als u pas in 2023 wilt declareren.





Overige tarieven

- 8.1 Informatieverzoeken
- 8.2 Uitstrijkjes
- 8.3 Keuringen en onderzoek
- 8.4 Verbruiksmaterialen
- 8.5 ECG-kostentarief
- 8.6 Kosten entstoffen en laboratoriumkosten
- 8.7 Palliatieve consultatie
- 8.8 SCEN
- 8.9 Moduletarif achterstandsfonds
- 8.10 Stoppen met roken
- 8.11 Deelname programma OPEN

8.12 Vaccinaties

- **Rijksvaccinatieprogramma**
- **Coronavaccinatie**
- **Griepvaccinatie**
- Pneumokokkenvaccinatie
- Reizigersadviesing/-vaccinatie
- Overige vaccinaties op eigen verzoek
- Vaccinaties op medische indicatie
- Vaccinaties op verzoek van een medisch specialist

8.12 Vaccinaties

Wat en bij wie u mag declareren verschilt per vaccinatie.

Rijksvaccinatieprogramma

Patiënten die in aanmerking komen voor een vaccinatie via het Rijksvaccinatieprogramma (RVP), kunt u verwijzen naar de jeugdarts en jeugdverpleegkundige op het consultatiebureau, de Centra voor Jeugd en Gezin en de GGD. Kijk voor meer informatie over het RVP op rijksvaccinatieprogramma.nl.

Coronavaccinatie

Voor vragen over coronavaccinaties of het zetten van coronavaccinaties, kunt u de patiënt doorverwijzen naar de GGD. Kijk [hier](#) voor meer informatie.

Griepvaccinatie

De jaarlijkse griepvaccinatie valt niet onder de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Dit betekent dat de NZa daarvoor geen prestatiebeschrijving en tarief vaststelt. Het hangt van de situatie af op welke manier u declareert:

1. De patiënt heeft een oproep gekregen voor de griepvaccinatie

Het tarief voor het vaccineren van geïndiceerde patiënten wordt jaarlijks bekendgemaakt door de Stichting Nationaal Programma Grieppreventie (SNPG). In de onderbouwing van het tarief is er rekening mee gehouden dat een aantal patiënten thuis gevaccineerd zal worden.

SNPG-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig (**wel** met SNPG)

Voorwaarden

- Het tarief is hetzelfde voor patiënten die voor, tijdens of na het vaccinatiesprekuren worden gevaccineerd;
- Voor vaccinatie thuis geldt hetzelfde tarief als voor vaccinatie in de huisartsenpraktijk.

Zo declareert u

- U declareert via de webapplicatie van SNPG.

Kijk voor meer informatie over het Nationaal Programma Griepvaccinatie op snpg.nl.

2. De patiënt wil op eigen verzoek de griepvaccinatie
Het tarief voor een griepvaccinatie op eigen verzoek is volledig vrij.

Vrij tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Voorwaarden

- Met een recept haalt de patiënt zelf het vaccin bij de apotheek of bij u in de praktijk. De vaccinkosten moet de patiënt zelf betalen;
- Voorafgaand aan de vaccinatie maakt u met de patiënt een afspraak over de hoogte van het tarief.





Declareerwijzer 2023

Overige tarieven

- 8.1 Informatieverzoeken
- 8.2 Uitstrijkjes
- 8.3 Keuringen en onderzoek
- 8.4 Verbruiksmaterialen
- 8.5 ECG-kostentarief
- 8.6 Kosten entstoffen en laboratoriumkosten
- 8.7 Palliatieve consultatie
- 8.8 SCEN
- 8.9 Moduletariet achterstandsfonds
- 8.10 Stoppen met roken
- 8.11 Deelname programma OPEN

8.12 Vaccinaties

- Rijksvaccinatieprogramma
- Coronavaccinatie
- Griepvaccinatie
- **Pneumokokkenvaccinatie**
- Reizigersadviesing/-vaccinatie
- Overige vaccinaties op eigen verzoek
- Vaccinaties op medische indicatie
- Vaccinaties op verzoek van een medisch specialist

Zo declareert u

- U declareert bij de zorgverzekeraar *het consult* waarin u het verzoek van de patiënt bespreekt, onder meer contra-indicaties uitsluit en vervolgens adviseert om wel/niet te vaccineren;
- U declareert het overeengekomen vaccinatietarief rechtstreeks bij de patiënt, die u vervolgens contant of digitaal betaalt.



Vaccinaties op eigen verzoek vallen niet onder de basisverzekering van de patiënt. De patiënt moet zelf nagaan of de aanvullende verzekering de vaccinatie vergoedt.



Bespreekt u tijdens een (telefonisch) consult met de patiënt het verzoek van de patiënt om gevaccineerd te worden, dan declareert u daarvoor een consult. Ongeacht of u wel of niet vaccineert.

Pneumokokkenvaccinatie

Het hangt van de situatie af op welke manier u declareert voor de pneumokokkenvaccinatie:

1. De patiënt heeft een oproep gekregen voor de pneumokokkenvaccinatie

Het tarief voor het vaccineren van de geïndiceerde patiënten wordt jaarlijks bekendgemaakt door de Stichting Nationaal Programma Grieppreventie (SNPG).

SNPG-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig (**wel** met SNPG)

Voorwaarden

- Het tarief is hetzelfde voor patiënten die voor, tijdens of na het vaccinatiesprekuren worden gevaccineerd;
- Voor vaccinatie thuis geldt hetzelfde tarief als voor vaccinatie in de huisartsenpraktijk.

Zo declareert u

- U declareert via de webapplicatie van SNPG.

Kijk voor meer informatie over het Nationaal Programma Pneumokokkenvaccinatie Volwassenen (NPPV) op snpg.nl.





Declareerwijzer 2023

Overige tarieven

- 8.1 Informatieverzoeken
- 8.2 Uitstrijkjes
- 8.3 Keuringen en onderzoek
- 8.4 Verbruiksmaterialen
- 8.5 ECG-kostentarief
- 8.6 Kosten entstoffen en laboratoriumkosten
- 8.7 Palliatieve consultatie
- 8.8 SCEN
- 8.9 Moduletariet achterstandsfonds
- 8.10 Stoppen met roken
- 8.11 Deelname programma OPEN
- 8.12 Vaccinaties**
 - Rijksvaccinatieprogramma
 - Coronavaccinatie
 - Griepvaccinatie
 - Pneumokokkenvaccinatie
 - **Reizigersadvisering/-vaccinatie**
 - **Overige vaccinaties op eigen verzoek**
 - Vaccinaties op medische indicatie
 - Vaccinaties op verzoek van een medisch specialist

2. De patiënt wil op eigen verzoek de pneumokokkenvaccinatie

Anders dan het tarief voor een griepvaccinatie op eigen verzoek, wordt het tarief voor een pneumokokkenvaccinatie op eigen verzoek door de NZa vastgesteld.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Voorwaarden

- Met een recept haalt de patiënt zelf het vaccin bij de apotheek of bij u in de praktijk. De vaccinkosten moet de patiënt zelf betalen.

Zo declareert u

- U declareert bij de zorgverzekeraar het *consult* waarin u het verzoek van de patiënt bespreekt, onder meer contra-indicaties uitsluit en vervolgens adviseert om wel/niet te vaccineren;
- U declareert het NZa-tarief 'Vaccinatie op eigen verzoek' rechtstreeks bij de patiënt, die u vervolgens contant of digitaal betaalt. De *duur* van de vaccinatie is bepalend: het gaat om een tarief per vijf minuten. Afhankelijk van hoelang de vaccinatie in totaal heeft geduurd, declareert u dus een veelvoud van het tarief per 5 minuten.

Reizigersadvisering/-vaccinatie

Voor reizigersadvisering en eventuele vaccinaties, heeft de NZa de verrichting 'Reizigersadvisering' vastgesteld. Daarvoor geldt een vrij tarief, waarover u met de patiënt een afspraak maakt. De patiënt moet dit zelf betalen en nagaan of zijn aanvullende verzekering het vergoedt.

Vrij tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Zo declareert u

- U declareert dit tarief rechtstreeks bij de patiënt, die u vervolgens contant of digitaal betaalt.

Kijk voor meer informatie in hoofdstuk 4.5 (Reizigersadvisering). [GA >](#)

Overige vaccinaties op eigen verzoek

Zoals is uitgelegd bij 'Griepvaccinatie' (pagina 69 [GA >](#)), geldt voor de griepvaccinatie op eigen verzoek een vrij tarief. Voor de overige vaccinaties op eigen verzoek heeft de NZa het tarief vastgesteld.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig





Declareerwijzer 2023

Overige tarieven

- 8.1 Informatieverzoeken
- 8.2 Uitstrijkjes
- 8.3 Keuringen en onderzoek
- 8.4 Verbruiksmaterialen
- 8.5 ECG-kostentarief
- 8.6 Kosten entstoffen en laboratoriumkosten
- 8.7 Palliatieve consultatie
- 8.8 SCEN
- 8.9 Moduletariet achterstandsfonds
- 8.10 Stoppen met roken
- 8.11 Deelname programma OPEN

8.12 Vaccinaties

- Rijksvaccinatieprogramma
- Coronavaccinatie
- Griepvaccinatie
- Pneumokokkenvaccinatie
- Reizigersadviesing/-vaccinatie
- Overige vaccinaties op eigen verzoek
- **Vaccinaties op medische indicatie**
- **Vaccinaties op verzoek van een medisch specialist**

Zo declareert u

- U declareert bij de zorgverzekeraar *het consult* waarin u het verzoek van de patiënt bespreekt, onder meer contra-indicaties uitsluit en vervolgens adviseert om wel/niet te vaccineren;
- U declareert het NZa-tarief 'Vaccinatie op eigen verzoek' rechtstreeks bij de patiënt, die u vervolgens contant of digitaal betaalt. De duur van de vaccinatie is bepalend: het gaat om een tarief per vijf minuten. Afhankelijk van hoelang de vaccinatie in totaal heeft geduurd, declareert u dus een veelvoud van het tarief per 5 minuten;
- De patiënt betaalt zelf het vaccin en de vaccinatie.

Vaccinaties op medische indicatie

Bij vaccinaties op medische indicatie kunt u bijvoorbeeld denken aan een tetanusvaccinatie na een verwonding tijdens het tuinieren. De tarieven zijn exclusief de kosten van de gebruikte entstoffen.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Zo declareert u

- U declareert het NZa-tarief 'Vaccinatie/injectie' (zie code 12006);
- U declareert bij de zorgverzekering van de patiënt;
- De entstof declareert u tegen kostprijs bij de zorgverzekeraar van de patiënt.



Als de vaccinatie tijdens het consult wordt gegeven, dan valt dit onder het consult en declareert u alleen het consulttarief. De *duur* van het patiëntcontact, inclusief de vaccinatie, bepaalt dan welk consulttarief u declareert.

Vaccinaties op verzoek van een medisch specialist

Een medisch specialist verzoekt u (schriftelijk) om een patiënt te vaccineren.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Zo declareert u

- U declareert een consult van 20 minuten en langer. Het betreft dan het voormalig verrichtingstarief 'Verrichting ter vervanging van een specialistenbezoek' (zie hoofdstuk 3.5 **GA** >).



Beslisboom

Vaccinaties **GA** >





Declareerwijzer 2023

Overige tarieven

8.1 Informatieverzoeken

8.2 Uitstrijkjes

8.3 Keuringen en onderzoek

8.4 Verbruiksmaterialen

8.5 ECG-kostentarief

8.6 Kosten entstoffen en laboratoriumkosten

8.7 Palliatieve consultatie

8.8 SCEN

8.9 Moduletarif achterstandsfonds

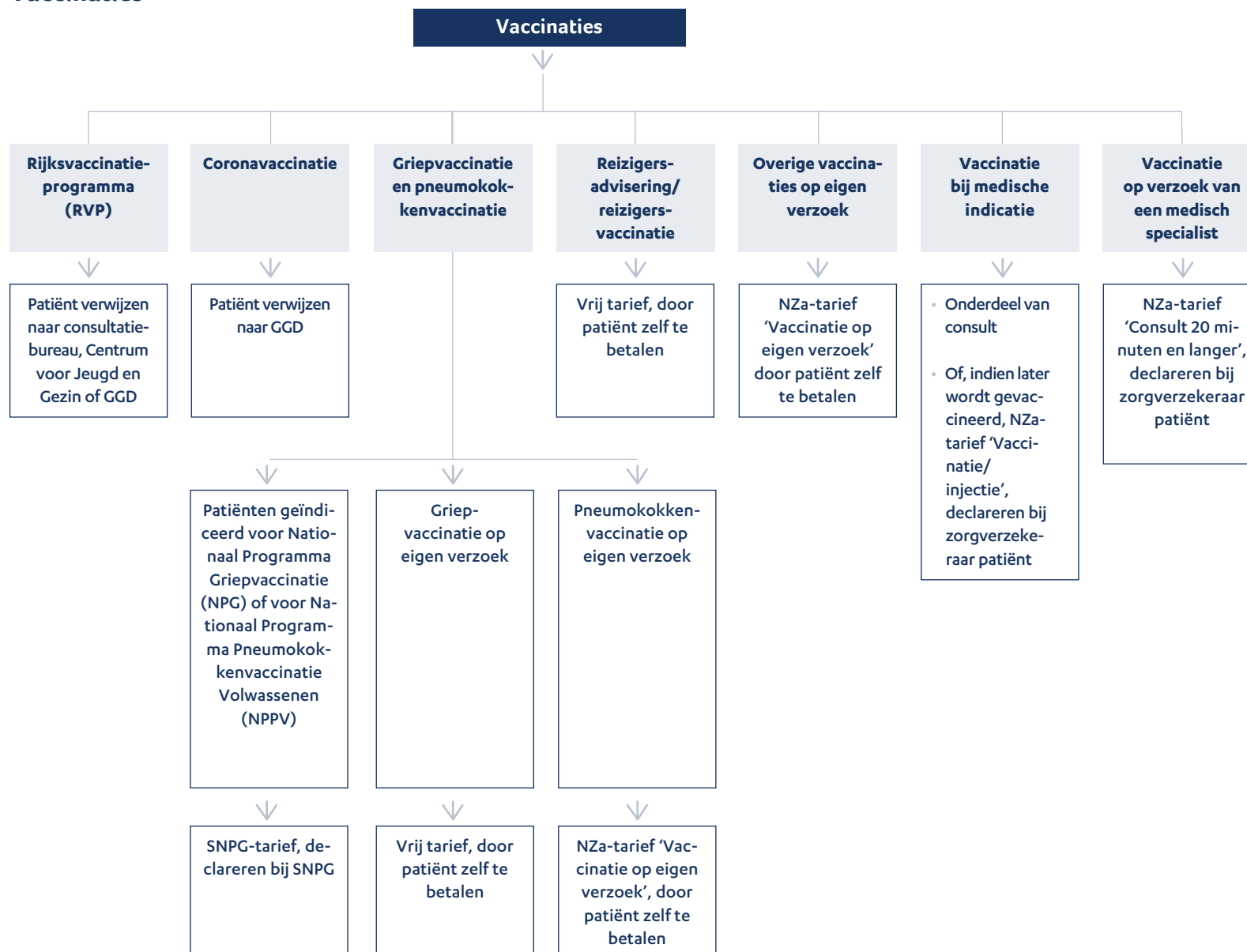
8.10 Stoppen met roken

8.11 Deelname programma OPEN

8.12 Vaccinaties

- Rijksvaccinatieprogramma
- Coronavaccinatie
- Griepvaccinatie
- Pneumokokkenvaccinatie
- Reizigersadvisering/-vaccinatie
- Overige vaccinaties op eigen verzoek
- Vaccinaties op medische indicatie
- Vaccinaties op verzoek van een medisch specialist

Vaccinaties





Bijzondere groepen

- 9.1 Passanten
- 9.2 Gemoedsbezwaarden
- 9.3 Militairen
- 9.4 Patiënten in een Wlz-instelling
- 9.5 Buitenlands verzekerden
- 9.6 Patiënten in grensgebieden
- 9.7 Patiënten zonder zorgverzekering

9 Bijzondere groepen

Voor welke groepen patiënten gelden er aanvullende regels of afwijkende afspraken? Welk tarief declareert u bij welke partij? En waar moet u verder rekening mee houden? U vindt het allemaal terug in dit hoofdstuk.





Bijzondere groepen

9.1 Passanten

- 9.2 Gemoedsbezwaarden
- 9.3 Militairen
- 9.4 Patiënten in een Wlz-instelling
- 9.5 Buitenlands verzekerden
- 9.6 Patiënten in grensgebieden
- 9.7 Patiënten zonder zorgverzekering

9.1 Passanten

Een passant is een patiënt die niet bij u staat ingeschreven. In incidentele en acute situaties kunt u aan deze patiënt huisartsenzorg verlenen. Bijvoorbeeld als een patiënt op vakantie is en daardoor niet door de eigen huisarts geholpen kan worden.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Voorwaarden

- De patiënt staat niet bij u ingeschreven;
- De patiënt kan redelijkerwijs niet worden doorverwezen naar de huisartsenpraktijk waar de patiënt staat ingeschreven;
- De patiënt is niet ingeschreven bij een huisarts die werkzaam is 1) binnen dezelfde praktijk en/of 2) op dezelfde locatie als de behandelend huisarts;
- U neemt niet waar namens een andere huisarts (zoals bij vakantie, ziekte of nascholing);
- Bij een consult en visite is de *duur* van het patiëntcontact van belang;
- Voor verrichtingen gelden dezelfde tarieven als voor ingeschreven patiënten;
- U levert de huisartsenzorg op werkdagen overdag. Meer informatie over werkzaamheden tijdens de ANW-uren, zie hoofdstuk 7. [GA >](#)

Zo declareert u

- U declareert de tarieven voor een consult, visite en vaccinatie voor passanten. U kunt immers geen inschrijftarief declareren;
- Voor een patiënt die in Nederland is verzekerd, declareert u digitaal via VECOZO. U kunt ook contant afrekenen;
- Voor een buitenlandse passant, zie 9.6. [GA >](#)





Bijzondere groepen

9.1 Passanten

9.2 Gemoedsbezwaarden

9.3 Militairen

9.4 Patiënten in een
Wlz-instelling

9.5 Buitenlands verzekerden

9.6 Patiënten in
grensgebieden

9.7 Patiënten zonder
zorgverzekering

9.2 Gemoedsbezwaarden

Een gemoedsbezwaarde is een patiënt die vanuit een levensovertuiging bezwaar heeft tegen elke vorm van verzekering. Uit principiële redenen is een gemoedsbezwaarde daarom niet verzekerd bij een zorgverzekeraar.

Een gemoedsbezwaarde moet een ontheffing aanvragen voor de verzekeringsplicht voor de Wlz bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB).

Een patiënt waaraan deze ontheffing wordt toegelend, is ook uitgesloten van de verzekeringsplicht voor de Zorgverzekeringswet.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Voorwaarden

- U levert de huisartsenzorg op werkdagen overdag. Meer informatie over werkzaamheden tijdens de ANW-uren, vindt u in hoofdstuk 7; [GA >](#)
- Bij een consult en visite is de *duur* van het patiëntcontact van belang;
- Voor verrichtingen maakt u vooraf een tariefafspraken met de patiënt. Hierbij kunt u het tarief aanhouden, dat u ook voor verzekerde patiënten heeft afgesproken met de zorgverzekeraar.

Zo declareert u

- U declareert de tarieven voor een consult, visite en vaccinatie voor gemoedsbezwaarden. U kunt immers geen inschrijftarief declareren;
- U declareert rechtstreeks bij de patiënt, die u vervolgens contant of digitaal betaalt.



Voor een aantal voormalige verrichtingen mag u het consulttarief van 20 minuten en langer voor gemoedsbezwaarden declareren. Zie voor meer informatie hoofdstuk 3.5 (Verrichtingen met een voormalig verrichtingentarief). [GA >](#)





Bijzondere groepen

9.1 Passanten

9.2 Gemoedsbezwaarden

9.3 Militairen

9.4 Patiënten in een
Wlz-instelling

9.5 Buitenlands verzekerden

9.6 Patiënten in
grensgebieden

9.7 Patiënten zonder
zorgverzekering

9.3 Militairen

Militairen in actieve dienst (ook wel werkelijke dienst genoemd) maken voor huisartsenzorg in principe gebruik van de Militair Geneeskundige Dienst (MGD). In incidentele en acute situaties mag een militair gebruik maken van de reguliere huisartsenzorg.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Voorwaarden

- De patiënt kan redelijkerwijs niet naar de eigen huisarts;
- Bij een consult en visite is de *duur* van het patiënt-contact van belang;
- Voor verrichtingen gelden dezelfde tarieven als voor ingeschreven patiënten.

Zo declareert u

- U declareert de tarieven voor een consult, visite en vaccinatie voor militairen. U kunt immers geen inschrijftarief declareren;
- U declareert met aparte Vektis-codes via VECOZO bij de Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht ([SZVK](#)/dsw).





Bijzondere groepen

- 9.1 Passanten
- 9.2 Gemoedsbezwaarden
- 9.3 Militairen
- 9.4 Patiënten in een Wlz-instelling**
- 9.5 Buitenlands verzekerden
- 9.6 Patiënten in grensgebieden
- 9.7 Patiënten zonder zorgverzekering

9.4 Patiënten in een Wlz-instelling

Als een patiënt met een Wlz-indicatie voor **verblijf én behandeling** is opgenomen in een Wlz-instelling en de patiënt wordt door of namens de instelling behandeld, dan valt de huisartsenzorg onder de Wlz.

Wel kunt u met de instelling beslissen dat u een deel van de zorg levert. U maakt dan met elkaar afspraken over onder meer de zorgverlening, de manier waarop u wordt betaald en de hoogte van de tarieven. U bent hierbij niet gebonden aan de NZa-tarieven.

De LHV adviseert om de afspraken goed vast te leggen. Let u hierbij onder meer op de betalingsvoorwaarden en -termijnen.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig (**wel** met de instelling)

Zo declareert u

- U declareert bij de Wlz-instelling zelf.

Meer informatie over patiënten die alleen voor verblijf zijn opgenomen in een Wlz-instelling, vindt u in hoofdstuk 3.3 (Visites aan patiënten met intensieve zorg). [GA >](#)



Proces CIZ-indicatie, intensieve zorg en opname in een Wlz-instelling





Bijzondere groepen

9.1 Passanten

9.2 Gemoedsbezwaarden

9.3 Militairen

9.4 Patiënten in een
Wlz-instelling

9.5 Buitenlands verzekerden

**9.6 Patiënten in
grensgebieden**

9.7 Patiënten zonder
zorgverzekering

9.5 Buitenlands verzekerden

Buitenlands verzekerden zijn patiënten die in het buitenland een zorgverzekering hebben afgesloten.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Voorwaarden

- Bij een consult en visite is de *duur* van het patiënt-contact van belang;
- Voor verrichtingen gelden dezelfde tarieven als voor ingeschreven patiënten.

Zo declareert u

- U declareert de tarieven voor een consult, visite en vaccinatie voor tijdelijk in Nederland verblijvende patiënten zonder Nederlandse basisverzekering. U kunt dan geen inschrijftarief declareren;
- U declareert rechtstreeks bij de patiënt, die u vervolgens contant of digitaal betaalt;
- Óf: u declareert bij Zilveren Kruis. Met deze verzekeraar zijn afspraken gemaakt over het declareren voor buitenlands verzekerden. Om bij Zilveren Kruis te declareren, moet de patiënt wel uit een verdragsland komen. Meer informatie en de voorwaarden vindt u op:

zilverenkruis.nl/tijdelijk-verblijf-in-nederland.

9.6 Patiënten in grensgebieden

Voor een patiënt in een grensgebied geldt een van onderstaande situaties:

- De patiënt woont in het buitenland en heeft een buitenlandse zorgverzekering. Zie voor meer informatie hoofdstuk 9.6; [GA >](#)
- De patiënt woont in het buitenland en heeft een Nederlandse zorgverzekeraar. Iemand die over de grens woont, maar in Nederland werkt is namelijk verplicht om een zorgverzekering in Nederland af te sluiten.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

De LHV adviseert u om de patiënt in beide gevallen niet in te schrijven bij uw praktijk en de passanten-tarieven te declareren. Inschrijving op naam impliceert immers dat er continue zorg geboden wordt. Door de lange reistijden is het vaak niet mogelijk om deze patiënten zorg te verlenen als zij in hun woonland verblijven. Ook kunnen er problemen ontstaan met de beroepsaansprakelijkheidsverzekering.





Bijzondere groepen

9.1 Passanten

9.2 Gemoedsbezwaarden

9.3 Militairen

9.4 Patiënten in een
Wlz-instelling

9.5 Buitenlands verzekerden

9.6 Patiënten in
grensgebieden

9.7 Patiënten zonder zorgverzekering

- Onverzekerde Nederlanders
- Asielzoekers
- Vreemdelingen zonder
verblijfsvergunning
- Oekraïense vluchtelingen

9.7 Patiënten zonder zorgverzekering

Onverzekerde Nederlanders

Een onverzekerde Nederlander is een Nederlandse patiënt die geen zorgverzekering heeft.

Zo declareert u

- U declareert rechtstreeks bij de patiënt, die u vervolgens contant of digitaal betaalt;
- Óf: u declareert de medisch noodzakelijke zorg bij het CAK als u de kosten niet bij de patiënt kunt innen. De voorwaarden en de benodigde formulieren vindt u op hetcak.nl/onverzekerde.

Asielzoekers

Bij asielzoekers hangt het af van hun status en verblijf hoe u declareert.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Zo declareert u

Het verschilt per situatie hoe en waar u declareert:

- De patiënt is een asielzoeker in de reguliere opvang (oftewel een asielzoekerscentrum; AZC). U declareert een abonnementstarief per plaats (code 11500).
Meer informatie vindt u op gzasielzoekers.nl/ikbenprofessional;

- De patiënt is een asielzoeker in de gemeentelijke (crisis)noodopvang. U declareert de passanten-tarieven via een maandelijkse verzamelnota bij het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA);
- De patiënt heeft een verblijfsvergunning en verblijft in een asielzoekerscentrum (AZC). U declareert een abonnementstarief per plaats (code 11500).
Meer informatie vindt u op gzasielzoekers.nl/ikbenprofessional;
- De patiënt heeft een verblijfsvergunning en een eigen woning. De patiënt moet een basisverzekering afsluiten bij een zorgverzekeraar. De huisartsenzorg die u levert, valt dan onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). U declareert de reguliere tarieven voor de huisartsenzorg bij de zorgverzekeraar van de patiënt.

Vreemdelingen zonder verblijfsvergunning

Vreemdelingen zonder verblijfsvergunning (onverzekerbare vreemdelingen) kunnen geen zorgverzekering afsluiten. Zij hebben echter wel recht op medisch noodzakelijke hulp. Onverzekerbare vreemdelingen moeten de kosten voor de huisartsenzorg zelf betalen.

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig





Declareerwijzer 2023

Bijzondere groepen

- 9.1 Passanten
- 9.2 Gemoedsbezwaarden
- 9.3 Militairen
- 9.4 Patiënten in een Wlz-instelling
- 9.5 Buitenlands verzekerden
- 9.6 Patiënten in grensgebieden
- 9.7 Patiënten zonder zorgverzekering**
 - Onverzekerde Nederlanders
 - Asielzoekers
 - Vreemdelingen zonder verblijfsvergunning
 - **Oekraïense vluchtelingen**

Voorwaarden

- Bij een consult en visite is de duur van het patiënt-contact van belang;
- Voor verrichtingen gelden dezelfde tarieven als voor ingeschreven patiënten.

Zo declareert u

- U declareert de tarieven voor een consult, visite en vaccinatie voor passanten. U kunt immers geen inschrijftarief declareren;
- U declareert rechtstreeks bij de patiënt, die u vervolgens contant of digitaal betaalt.



Voor geneesmiddelen en ziekenhuiszorg kunt u de patiënt alleen doorverwijzen naar de apotheken en ziekenhuizen die door het CAK (Centraal Administratie Kantoor) zijn gecontracteerd. Kijk voor een overzicht op hetcak.nl/onverzekerbare-vreemdelingen.



Kan de patiënt de kosten niet betalen? Dan komt u mogelijk in aanmerking voor een vergoeding van de oninbare kosten vanuit het CAK. In dat geval declareert u rechtstreeks bij het CAK. Meer informatie en de voorwaarden vindt u op hetcak.nl/onverzekerbare-vreemdelingen.

Oekraïense vluchtelingen

Bij vluchtelingen uit Oekraïne hangt het af wanneer u de zorg heeft verleend en of de vluchteling een BSN heeft en of deze is te vinden in de COV (Controle op Verzekeringsgegevens).

NZa-tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Voorwaarden

- Bij een consult en visite is de duur van het patiëntcontact van belang;
- Voor verrichtingen gelden dezelfde tarieven als voor ingeschreven patiënten.

Zo declareert u

Het verschilt per situatie hoe en waar u declareert:

- Als u de zorg heeft verleend voor 1 juli 2022 declareert u bij de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg voor onverzekerden via www.cak.nl/sov.
- Heeft u de zorg na 1 juli 2022 verleend, dan is het afhankelijk of de vluchteling een BSN heeft:
 - Als de vluchteling een BSN heeft en deze is te vinden in de COV, dan declareert u via de Regeling Medische Zorg aan Ontheemden (RMO) via www.rmoekraine.nl.
 - Als de vluchteling geen BSN heeft, dan declareert u bij de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg voor onverzekerden via www.cak.nl/sov.

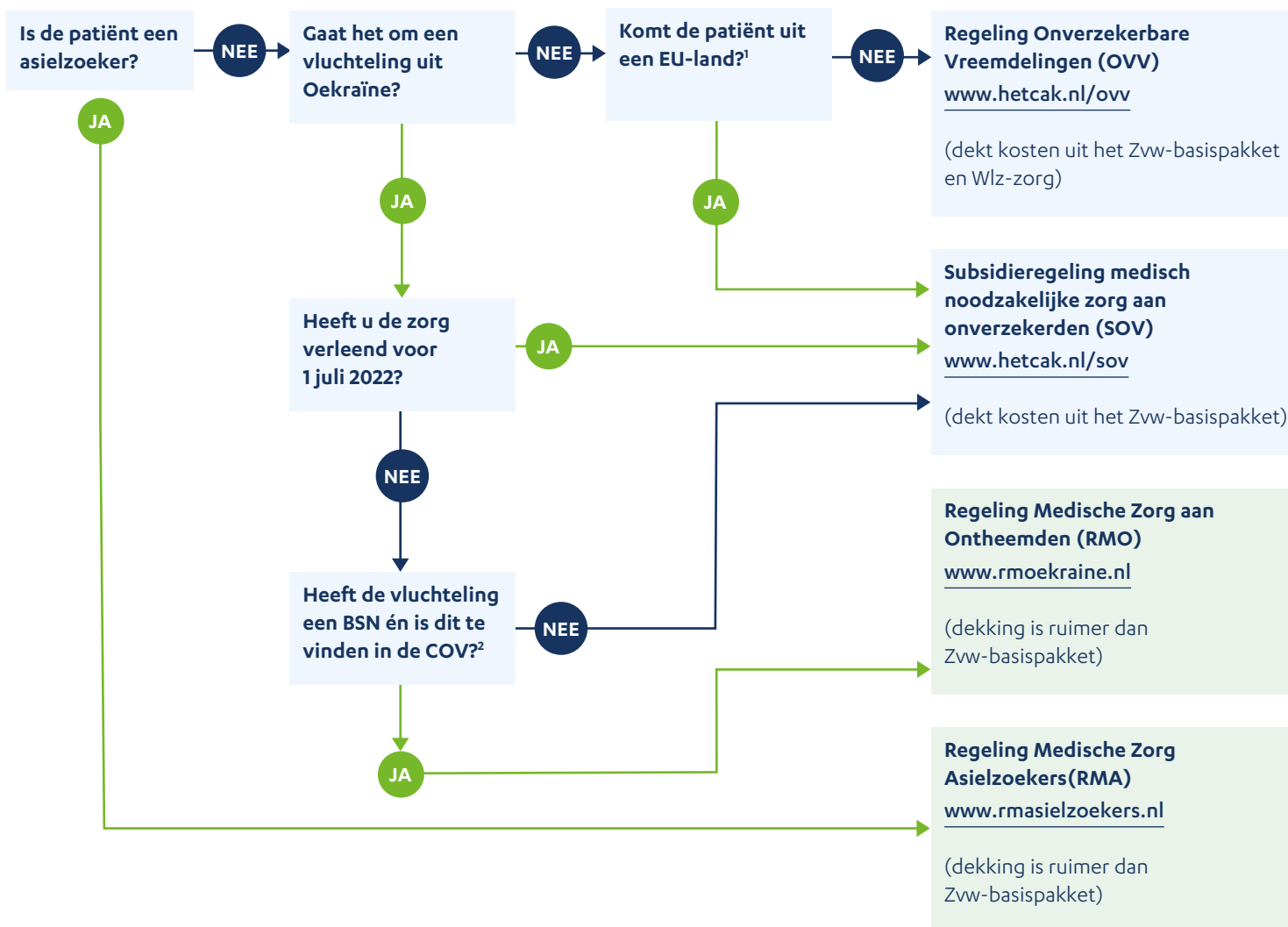




Bijzondere groepen

- 9.1 Passanten
- 9.2 Gemoedsbezwaarden
- 9.3 Militairen
- 9.4 Patiënten in een Wlz-instelling
- 9.5 Buitenlands verzekerden
- 9.6 Patiënten in grensgebieden
- 9.7 Patiënten zonder zorgverzekering**
 - Onverzekerde Nederlanders
 - Asielzoekers
 - Vreemdelingen zonder verblijfsvergunning
 - Oekraïense vluchtelingen

Ik heb zorg verleend aan iemand zonder zorgverzekering. Via welke regeling kan ik declareren?



1. Of uit IJsland, Noorwegen, Liechtenstein, Zwitserland, Verenigd Koninkrijk, Aruba, Curacao, Sint Maarten
2. Controle op verzekeringsgegevens

Bron: CAK.





Het wegblijftarief bij niet-nagekomen afspraken

- 10.1 Regels en tips voor het gebruik van een wegblijftarief
- 10.2 De hoogte van het wegblijftarief
- 10.3 Geen btw bij het wegblijftarief

10 Het wegblijftarief bij niet-nagekomen afspraken

Als een patiënt niet verschijnt op een afspraak, dan kunt u een wegblijftarief in rekening brengen. Aan welke regels moet u dan voldoen? Hoe bepaalt u welk tarief u hanteert? En hoe zit het met btw? In dit hoofdstuk nemen wij u mee in de LHV-richtlijn voor het gebruiken van een zogenaamd wegblijftarief.





Het wegblijftarief bij niet-nagekomen afspraken

10.1 Regels en tips voor het gebruik van een wegblijftarief

10.2 De hoogte van het wegblijftarief

10.3 Geen btw bij het wegblijftarief

10.1 Regels en tips voor het gebruik van een wegblijftarief

Een niet-nagekomen afspraak is volgens de NZa geen zorgprestatie. Dat betekent dat de NZa hier geen tarief voor vaststelt. U kunt zelf beslissen of u in de praktijk een wegblijftarief hanteert en wat de hoogte hiervan is. Wel moet u uw patiënten hierover duidelijk informeren.

De LHV heeft een richtlijn opgesteld voor het wegblijftarief met een aantal regels en tips:

- *Declareer het wegblijftarief bij de patiënt*
Dit kan niet bij de zorgverzekeraar, omdat u immers geen zorg heeft geleverd. Bovendien werkt het terugdringen van niet-nagekomen afspraken alleen als de patiënt zelf de financiële consequenties ervaart. U kunt de rekening per post naar de patiënt sturen, of bij het eerstvolgende bezoek aan de patiënt overhandigen. De patiënt kan het geld overmaken of bij de doktersassistent betalen. U kunt het tarief dan in het kasboek registreren en de patiënt een betalingsbewijs geven.
- *Stel duidelijke regels op*
Hoe maakt een patiënt een afspraak bij de praktijk en hoe kan een patiënt deze afzeggen? Wat zijn de consequenties als een patiënt de afspraak niet nakomt? Welke opzegtermijn geldt er (bijvoorbeeld minimaal 24 uur van tevoren)? En wat is de hoogte van het wegblijftarief?
- *Maak zichtbaar dat er nog een nota open staat*
Maak bijvoorbeeld met een geeltje of een attentie-regel zichtbaar dat er nog een nota openstaat,

totdat deze is betaald. De eerstvolgende keer dat de betreffende patiënt een afspraak wil maken, kan de doktersassistent de patiënt hierop wijzen.

- *Informeer uw patiënten over de regels*
Om te beginnen bij het inschrijven van een nieuwe patiënt. Communicatiemiddelen die u bijvoorbeeld in kunt zetten zijn de praktijkwebsite, een poster in de wachtkamer, patiëntenbrieven en afsprakenkaartjes.
- *Overweeg om de eerste keer dat een patiënt een afspraak niet (op tijd) afzegt, nog geen kosten in rekening te brengen*
Laat de doktersassistent nabellen of een brief sturen. U informeert de patiënt dan nogmaals over het beleid van de praktijk. Zegt de patiënt vervolgens nogmaals niet (op tijd) af, dan is de patiënt op de hoogte van de (financiële) consequenties en stuurt u wel een rekening.
- *Beoordeel per situatie of u een wegblijftarief redelijk vindt*
Mogelijk had de patiënt een goede reden waardoor de afspraak niet werd nagekomen.
- *Overweeg om de behandelingsovereenkomst op te zeggen*
Als de patiënt voortdurend weigert om de rekening te betalen, dan kunt u overwegen om de behandelingsovereenkomst te beëindigen. Zie daarvoor de KNMG-richtlijn 'Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst' op [knmg.nl](https://www.knmg.nl).





Het wegblijftarief bij niet-nagekomen afspraken

10.1 Regels en tips voor het gebruik van een wegblijftarief

10.2 De hoogte van het wegblijftarief

10.3 Geen btw bij het wegblijftarief

10.2 De hoogte van het wegblijftarief

U bepaalt zelf de hoogte van het wegblijftarief. U kunt dit op verschillende manieren doen.

Vrij tarief

Geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt nodig

Eenzelfde tarief voor alle niet-nagekomen afspraken

U hanteert een vast wegblijftarief, waarbij het niet uitmaakt waarvoor de patiënt bij u langs zou komen (regulier consult, verrichting etc.). Dit zorgt voor helderheid en voorkomt verwarring. Daarnaast is niet altijd van tevoren te bepalen wat u precies had gedeclareerd als de patiënt wel was gekomen. Het nadeel kan zijn dat het tarief mogelijk minder overeenkomt met de gederfde omzet.

Een tarief op basis van de afspraak waarvoor de patiënt had moeten komen

U hanteert het tarief dat u waarschijnlijk gedeclareerd had als de patiënt wel was langsgesproken. Bijvoorbeeld een regulier consulttarief plus de gebruikelijke 15% buitengerechtigde incassokosten. Voor verrichtingen ligt het wegblijftarief dan dus een stuk hoger. Het voordeel is dat het wegblijftarief de gederfde inkomsten (grotendeels) dekt. Het nadeel is dat deze manier minder transparant is voor de patiënt.

10.3 Geen btw bij het wegblijftarief

Het wegblijftarief is btw-vrij. Voorwaarde is wel dat u duidelijk aangeeft dat u het wegblijftarief hanteert als een patiënt niet verschijnt op de afspraak. Maak dus duidelijk richting patiënten (bij inschrijving, via een praktijkfolder, poster in de wachtkamer, website van de praktijk) dat het om een schadevergoeding gaat.





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging
(Herhaal)recept
Vaccinatie/injectie
Laboratoriumonderzoek
Uitstrijkje
Partner/familielid/kind
Urineonderzoek
Diagnostische verrichting
Bloeddruk/CVRM
Verwijzing/verwijsbrief
Meerdere contacten op één dag
Therapeutische verrichtingen
Hechtingen verwijderen
Niet verschenen op afspraak
Informatieverstrekking
Visite
Keuring
Stoppen met roken
Opname in een instelling
POH-S
POH-GGZ

11 Praktijkvoorbeelden

Consult

Contact

Telefonisch beantwoorden van een hulpvraag.

Telefonisch beantwoorden van een hulpvraag, na overleg met de huisarts.

Telefonisch beantwoorden van een hulpvraag door klaarleggen van een print van [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl).

Telefonisch antwoorden dat de huisarts deze vraag zal beantwoorden tijdens diens terugbelspreekuur (telefonisch).

Toelichting op het advies

Dit wordt later een telefonisch consult van de huisarts en dan gedeclareerd als één van de drie consulttarieven, afhankelijk van de duur van het patiëntcontact.

Telefonisch wordt overeengekomen de hulpvraag te bespreken op het spreekuur van de doktersassistent, de POH of de huisarts.

Toelichting op het advies

Dit is een eerste triage en wordt later een consult bij de doktersassistent, de POH of de huisarts, gedeclareerd als één van de drie consulttarieven, afhankelijk van de duur van het patiëntcontact.

Advies

Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact

Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact

Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact

Geen declaratie, zie de toelichting

Geen declaratie, zie de toelichting





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging
(Herhaal)recept
Vaccinatie/injectie
Laboratoriumonderzoek
Uitstrijkje
Partner/familielid/kind
Urineonderzoek
Diagnostische verrichting
Bloeddruk/CVROM
Verwijzing/verwijsbrief
Meerdere contacten op één dag
Therapeutische verrichtingen
Hechtingen verwijderen
Niet verschenen op afspraak
Informatieverstrekking
Visite
Keuring
Stoppen met roken
Opname in een instelling
POH-S
POH-GGZ

Consult

Contact

Patiënt komt aan de balie met een hulpvraag van medische aard, waarbij de doktersassistent een medisch-inhoudelijk, professioneel antwoord geeft.

Toelichting op het advies

(NB: een antwoord op een hulpvraag over een medisch probleem, is een consult; ook als dit antwoord door de doktersassistent wordt gegeven).

Patiënt komt aan de balie met een hulpvraag, waarbij patiënt en dokters-assistent besluiten dat het beter is deze vraag te bespreken op het spreekuur van de doktersassistent, de POH of de huisarts.

Toelichting op het advies

Dit wordt later een consult bij de doktersassistent, de POH of de huisarts, gedeclareerd als één van de drie consulttarieven, afhankelijk van de duur van het patiëntcontact.

Patiënt bezoekt de huisarts in de praktijk en heeft één of meerdere hulpvragen. Dit contact duurt tussen de 5 en de 20 minuten.

Patiënt bezoekt de huisarts in de praktijk en heeft één of meerdere hulpvragen. Het consult duurt 20 minuten of langer.

Patiënt komt op het spreekuur. Zijn bedrijfsarts heeft een cholesterol gemeten van 7,5 mmol/l en de patiënt vervolgens verwezen naar de huisarts. De huisarts stelt een plan op.

Advies

Eén van de drie consult-tarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiënt-contact

Geen declaratie, zie de toelichting

Consult tussen de 5-20 minuten

Consult langer dan 20 minuten

Eén van de drie consult-tarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiënt-contact





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging
(Herhaal)recept
Vaccinatie/injectie
Laboratoriumonderzoek
Uitstrijkje
Partner/familielid/kind
Urineonderzoek
Diagnostische verrichting
Bloeddruk/CVROM
Verwijzing/verwijsbrief
Meerdere contacten op één dag
Therapeutische verrichtingen
Hechtingen verwijderen
Niet verschenen op afspraak
Informatieverstrekking
Visite
Keuring
Stoppen met roken
Opname in een instelling
POH-S
POH-GGZ

Consult

Contact

Patiënt komt op het spreekuur van de huisarts. De huisarts kan met de door de doktersassistent verzamelde gegevens en met behulp van de SCORE-risicotabellen een uitspraak doen over het absolute 10-jaarsrisico van sterfte aan HVZ. Dit blijkt 11% te zijn. De huisarts geeft leefstijladviezen, verwijst eventueel naar Thuisarts.nl en legt uit dat patiënt in aanmerking komt voor medicamenteuze behandeling. Vervolgafspraken worden gemaakt. Afhankelijk van het ketenzorgcontract, de patiënt eventueel aanmelden bij de zorggroep. De tijdsinvestering bedraagt 25 minuten.

Patiënt heeft een aanvullende verzekering afgesloten met recht op een tweejaarlijkse 'check-up' bij een arts. De patiënt heeft geen klachten, maar bezoekt het spreekuur. De huisarts legt de patiënt uit dat het recht op een 'check-up' bij afwezigheid van klachten geen plicht tot uitvoeren met zich meebrengt. De huisarts bespreekt de (on)zin van een 'check-up' en voert deze in overleg met de patiënt niet uit.

Toelichting op het advies

Het uitleggen van nut en noodzaak van wel of geen medische handeling is regulier huisartsenwerk.

Via een beveiligd deel van de website van de huisartsenpraktijk komt een medische vraag over een reeds eerder beoordeelde aandoening binnen met het verzoek aan de huisarts om per e-mail te antwoorden (zie ook de KNMG-richtlijn voor online contact op [knmg.nl](https://www.knmg.nl)).

Advies

Consult langer dan 20 minuten

Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact

Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVRM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

Machtiging

Contact

Patiënt komt aan de balie met een hulpvraag over een machtiging. De dokter moet 'iets invullen'. De doktersassistent bekijkt het medisch dossier en bespreekt deze vraag met de huisarts en vult in wat noodzakelijk is. Dit contact duurt tussen de 5 en de 20 minuten.

Patiënt vraagt per telefoon of de huisarts een herhaling van een machtiging wil schrijven. De doktersassistent overlegt met de huisarts, deze bekijkt het HIS, de doktersassistent of de huisarts vult in en de huisarts ondertekent.

Advies

Consult tussen de 5-20 minuten

Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact

(Herhaal)recept

Contact

Patiënt vraagt (kastje, receptenlijn, online, etc.) één herhaalrecept of meerdere herhaalrecepten aan.

Toelichting op het advies:

Voor het uitschrijven van een herhaalrecept kan niet worden gedeclareerd (de vergoeding hiervoor vindt bij ingeschreven patiënten plaats via de inschrijftarieven).

Patiënt belt op met een hulpvraag. Deze wordt beantwoord. Patiënt vraagt tevens aan de doktersassistent of medicijn 'X' kan worden herhaald. De doktersassistent geeft hier gehoor aan.

Patiënt C heeft een afspraak bij de huisarts en levert tijdens het consult een aantal herhaalrecepten in. De huisarts delegeert de herhaling vervolgens aan de doktersassistent.

Toelichting op het advies

De huisarts declareert één van de drie consulttarieven, afhankelijk van de duur van het patiëntcontact; de doktersassistent kan niks rekenen voor het herhaalrecept.

Advies

Geen declaratie, zie de toelichting

Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact

Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de duur van het patiëntcontact





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVRM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

(Herhaal)recept

Contact

Patiënt vraagt 's morgens een herhaalrecept en belt 's middags voor een recept voor een vermoedelijke vaginale schimmelinfectie. Patiënt heeft hiervan 2 jaar geleden ook last gehad.

Toelichting op het advies

Het zijn twee aparte hulpvragen, waarvan de eerste (herhaalrecept) niet declarabel is. De vergoeding hiervoor vindt bij ingeschreven patiënten plaats via de inschrijftarieven. Het consult waarin het recept voor de vaginale schimmelinfectie wordt uitgeschreven, is wel declarabel.

Patiënt levert herhaalrecept voor slaapmiddelen in. De huisarts controleert de herhaling en vindt dat de slaapmiddelen te snel worden herhaald. De huisarts neemt contact op met de patiënt, bespreekt met de patiënt wat de reden is van de snelle herhaling en wat de risico's daarvan zijn en beantwoordt vervolgens de vragen van de patiënt. De huisarts legt de uitkomst van het gesprek vast in het HIS. De patiënt accepteert de opmerking van de huisarts. De huisarts schrijft het herhaalrecept wel of niet uit.

Toelichting op het advies

Voor het uitschrijven van een herhaalrecept kan niet apart worden gedeclareerd (zie hierboven). Alleen als er een consult ontstaat, dan kan er een consult worden gedeclareerd.

Advies

Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiënt-contact

Geen declaratie, zie de toelichting





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVVM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

(Herhaal)recept

Contact

Vergelijkbare casus als de vorige, maar nu blijkt patiënt diverse hulpvragen te hebben over de medicatie (bijvoorbeeld over bijwerkingen van slaapmiddelen bij herhaling en over de onderliggende aandoeningen).

Toelichting op het advies

Bewaking herhaalreceptuur betreft dosering, hoeveelheid, generiek of spécialité. Hiervoor kan niet worden gedeclareerd, omdat de vergoeding hiervoor plaatsvindt via de inschrijftarieven. Als er, naast de herhal-ing zelf, aanvullende vragen zijn over de medicatie en/of de onderliggende aandoening waarvoor ze zijn voorgeschreven, dan kan een consult kan worden gedeclareerd.

Patiënt bezoekt de huisarts in de praktijk en heeft één of meerdere hulpvragen. Daarnaast heeft de patiënt drie recepten die dienen te worden herhaald.

Patiënt bezoekt de huisarts in de praktijk en heeft één of meerdere hulpvragen. Daarnaast heeft de patiënt drie recepten die dienen te worden herhaald. De huisarts vraagt aan de patiënt om de herhaalrecepten door de doktersassistent te laten afhandelen.

Toelichting op het advies

De huisarts declareert één van de drie consulttarieven, afhankelijk van de duur van het patiëntcontact; de doktersassistent kan niks rekenen voor het herhaalrecept.

Advies

Eén van de drie consult-tarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiënt-contact

Eén van de drie consult-tarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiënt-contact

Eén van de drie consult-tarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiënt-contact





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVRM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

Vaccinatie/injectie

Contact

Patiënt komt bij de huisarts voor een consult. Aansluitend laat deze patiënt bij de doktersassistent een tetanusinjectie zetten.

Toelichting op het advies

Het betreft hier een gedelegeerde handeling die niet apart in rekening kan worden gebracht. Is de tijdsduur van de beide consulten 20 minuten of langer, dan is het een consult langer dan 20 minuten.

Patiënt krijgt een griepvaccinatie op medische indicatie.

Toelichting op het advies

Vergoeding van griepvaccinaties is buiten de tarievenwetgeving geplaatst.

Vaccinaties in het kader van Stichting Nationaal Programma Griepvaccinatie (SNPG) worden gedeclareerd bij de SNPG.

Patiënt komt op het spreekuur met het verzoek om een griepvaccinatie. De patiënt heeft geen medische indicatie. Tijdens het consult wordt besloten in te gaan op het verzoek.

Toelichting op het advies

Het tarief voor een griepvaccinatie op eigen verzoek is een volledig vrij tarief. De huisarts moet voorafgaand aan de vaccinatie met de patiënt afspraken maken over de hoogte van de vergoeding. De vaccinatie valt niet onder de basisverzekering en kan niet bij de zorgverzekeraar in rekening worden gebracht. De niet-geïndiceerde patiënt moet zelf nagaan of een eventuele aanvullende verzekering de vaccinatie vergoedt.

Advies

Eén van de drie consult-tarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiënt-contact

SNPG-tarief

Eén van de drie consult-tarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiënt-contact (voor het kind)

+ Vrij tarief voor de vaccinatie (met de patiënt overeen te komen en te declareren bij de patiënt)





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVRM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

Vaccinatie/injectie

Contact

Hematoloog uit een academisch ziekenhuis vraagt de huisarts bij patiënt 1 jaar na een stamceltransplantatie aan deze ontvanger vaccinaties toe te dienen, te weten: DTP, Hib, Neisvac C en Prevenar.

Toelichting op het advies

Dit is een verzoek van een specialist aan de huisarts om zo een hernieuwd polikliniekbezoek te vermijden, bij een patiënt primair onder behandeling van de hematoloog, met een verrichting van de huisarts. Deze voormalige 'verrichting ter vervanging van specialistenbezoek' wordt gedeclareerd als een consult van 20 minuten of langer (ongeacht de tijdsduur).

Advies

Consult langer dan 20 minuten

Laboratoriumonderzoek

Contact

Patiënt belt op. Is vorige week bij de huisarts geweest op spreekuur. Huisarts en patiënt besloten toen dat laboratoriumonderzoek zinvol is. Patiënt belt op en vraagt naar de uitslag. De doktersassistent kijkt het na en bespreekt de uitslag en de beleidsconsequenties met de patiënt.

Toelichting op het advies

Het maakt voor de declaratie niet uit of de uitslag positief of negatief is. Bepalend is of er een hulpvraag van de patiënt wordt afgehandeld. Zie ook het volgende praktijkvoorbeeld.

Advies

Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVVM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

Laboratoriumonderzoek

Contact

Patiënt belt op. Is vorige week bij de huisarts geweest op het spreekuur. Huisarts en patiënt besloten toen dat laboratoriumonderzoek zinvol is. Huisarts en patiënt spreken in dit consult af dat als blijkt dat het laboratoriumonderzoek 'normaal' is, er geen verdere actie wordt ondernomen en de klinische situatie voorlopig 6 weken wordt aangekeken. De huisarts vermeldt dit ook expliciet in het HIS. De doktersassistent geeft 4 dagen later de laboratoriumuitslag. Deze is normaal. De patiënt stelt geen verdere vraag.

Toelichting op het advies

Als het zo expliciet wordt/is afgesproken dan hoort het door de doktersassistent gegeven antwoord nog bij het eerdere spreekuurconsult en wordt nu niets in rekening gebracht.

Patiënt belt op voor een laboratoriumuitslag. De doktersassistent kijkt het na en bespreekt de uitslag. De patiënt zegt nog steeds klachten te hebben en vraagt hoe het nu verder moet gaan. De doktersassistent bespreekt de klachten met de huisarts en komt vervolgens met het voorstel een afgesproken termijn te wachten. Indien de patiënt nadien nog klachten heeft, dan dient de patiënt opnieuw contact op te nemen voor een afspraak.

Patiënt komt aan de balie voor een laboratoriumuitslag. De doktersassistent kijkt het na. De doktersassistent overlegt met de huisarts en deze stelt voor een recept voor te schrijven en hierna wel/geen verdere vervolgactie af te spreken. De patiënt gaat hiermee akkoord.

Advies

Geen declaratie, zie de toelichting

Eén van de drie consult-tarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiënt-contact

Eén van de drie consult-tarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiënt-contact





Declareerwijzer 2023

Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVRM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

Uitstrijkje

Contact

Patiënt laat een uitstrijkje maken in het kader van het bevolkingsonderzoek baar-moederhalskanker (BMHK). Ze heeft geen andere hulpvragen.

Toelichting op het advies

Het tarief voor het bevolkingsonderzoek BMHK wordt door de screeningsorganisatie aan de huisartsenpraktijk betaald.

Advies

Tarief bevolkingsonderzoek BMHK

Patiënt laat een uitstrijkje maken in kader van het bevolkingsonderzoek BMHK. Zij vraagt aan de doktersassistent wanneer haar (Mirena-)spiraal moet worden vervangen. De doktersassistent kijkt de NHG-standaard na en geeft aan dat deze spiraal in totaal 5 jaar werkt. De doktersassistent kijkt ook in het HIS na wanneer de spiraal bij de patiënt is geplaatst en bepaalt wanneer de spiraal moet worden vervangen.

Tarief bevolkingsonderzoek BMHK

+ Eén van de drie consult-tarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact

Patiënt heeft 2 weken geleden een uitstrijkje laten maken in het kader van het bevolkingsonderzoek BMHK. Zij belt op over de uitslag. De doktersassistent kijkt het na en ziet dat de uitslag goed is.

Geen declaratie, zie de toelichting

Toelichting op het advies

Het mededelen van de uitslag 'geen afwijking gevonden' hoort bij de eerder verrichte handeling.





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVRM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

Uitstrijkje

Contact

Patiënt heeft een uitstrijkje laten maken in het kader van het bevolkingsonderzoek BMHK. Zij belt met vragen over de uitslag. De doktersassistent kijkt het na. Zij ziet dat er in het uitstrijkje ‘candida albicans’ is gevonden. De huisarts adviseert bij afwezigheid van klachten niet te behandelen; bij de typische ‘candida’-klachten de schimmel wel behandelen. Bij navraag door de doktersassistent blijkt patiënt geen klachten te hebben. De doktersassistent geeft uitleg en zo nodig een NHG-patiëntenbrief of print van [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl).

Toelichting op het advies

Het geadviseerde tarief staat voor de informatie en het advies over de ‘candida’ en niet voor het mededelen van de uitslag van het bevolkingsonderzoek.

Patiënt heeft een uitstrijkje laten maken in het kader van het bevolkingsonderzoek BMHK. Zij belt over de uitslag. De doktersassistent kijkt het na. Het uitstrijkje is niet goed. Er staat te lezen dat het advies is om de gynaecoloog te bezoeken. De doktersassistent geeft dit advies door. De patiënt wil graag weten welke afwijking er is. De doktersassistent geeft deskundige uitleg. De huisarts zal de verwijsbrief schrijven.

Patiënt komt aan de balie voor de uitslag van een uitstrijkje dat zij heeft laten maken in het kader van het bevolkingsonderzoek BMHK. De doktersassistent kijkt het na. Het uitstrijkje is niet goed. Er staat te lezen dat het advies is om de gynaecoloog te bezoeken. De doktersassistent geeft dit advies door. De patiënt wil graag weten welke afwijking er is. De doktersassistent geeft deskundige uitleg. De huisarts zal de verwijsbrief schrijven.

Advies

Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact

Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact

Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVRM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

Uitstrijkje

Contact

Patiënt heeft een uitstrijkje laten maken in het kader van het bevolkingsonderzoek BMHK. Het uitstrijkje is niet goed. De doktersassistent geeft haar uitvoerige informatie. De patiënt weet dat ze naar de gynaecoloog moet, maar wil eerst van de huisarts zelf horen wat de gevonden afwijking nu precies inhoudt. De doktersassistent en patiënt besluiten tot een consult bij de huisarts diezelfde middag op het spreekuur. De huisarts geeft die middag nog eens uitleg en schrijft vervolgens in aanwezigheid van de patiënt een verwijsbrief. De tijd die met het afhandelen van deze hulpvraag is gemoeid is 20 minuten of langer.

Toelichting op het advies

Het schrijven van de verwijsbrief in aanwezigheid van de patiënt telt mee voor het bepalen van de consultduur. Het schrijven van een uitgebreide verwijsbrief kan er daarom toe leiden dat een dubbel consult in rekening wordt gebracht. Dit zal alleen voorkomen bij uitgebreide brieven, waarbij de lengte van het consult en het schrijven van de verwijsbrief samen (meer dan) 20 minuten kosten.

Patiënte bezoekt de huisarts op de praktijk voor een gynaecologisch onderzoek. De huisarts ziet een aanleiding om een uitstrijkje te maken op medische indicatie. De duur van het consult is 12 minuten, inclusief het verzendklaar maken van de smear.

Toelichting op het advies

Deze handeling valt onder reguliere basiszorg en valt niet onder preventieve screening bevolkingsonderzoek BMHK.

Advies

Consult langer dan 20 minuten

Consult tussen de 5-20 minuten





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVRM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

Partner/familielid/kind

Contact

Patiënt komt aan de balie. Zijn partner is thuis en is erg ziek (vindt hij), maar zij wil zelf nog niets met de dokter te maken hebben. De man is echter erg ongerust. Hij vraagt hoe hij haar in de gaten moet houden, en waar hij op moet letten. Tevens vraagt hij voor haar een herhaalrecept aan. De doktersassistent schrijft in overleg met de huisarts het herhaalrecept, geeft goede adviezen omtrent de klachten van de partner van de patiënt en legt alles vast in het HIS.

Toelichting op het advies

De hulpvraag komt van de man (zijn eigen ongerustheid, ook al is die het gevolg van de klachten van zijn vrouw). Deze hulpvraag leidt dan ook tot een vermelding in het dossier van de man. Het herhaalrecept leidt tot een vermelding in het dossier van de vrouw. De vergoeding voor het herhaalrecept zit in het inschrijftarief voor de vrouw.

Vrouw komt aan de balie en heeft de ontslagbrief mee van haar partner uit het ziekenhuis. Volgens haar kloppen de medicijnen niet. De doktersassistent vraagt haar de medicijnen thuis op te halen, op het spreekuur van de doktersassistent te komen en ook de ontslagbrief weer mee te nemen. Die middag wordt alles kortgesloten, al dan niet met hulp van de huisarts. Dit consult die middag duurt 15 minuten.

Toelichting op het advies

Er wordt voor de declaratie geen onderscheid gemaakt tussen consulten van de huisarts of consulten van de doktersassistent. Het beantwoorden van een hulpvraag door de doktersassistent gebeurt altijd onder volledige verantwoordelijkheid van de huisarts ('verlengde arm').

Als de hulpvraag niet rechtstreeks door de patiënt zelf maar namens de patiënt door diens plaatsvervanger wordt geuit, dan wordt het consult op naam van de niet-aanwezige patiënt gedeclareerd.

Advies

Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact (op naam man)

Consult tussen de 5-20 minuten (op naam man)





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVRM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

Partner/familielid/kind

Contact

Idem, maar nu duurt het consult van de doktersassistent 25 minuten.

Patiënt/ouder bezoekt de huisarts voor een regulier consult voor zichzelf. Daarnaast is de patiënt ongerust vanwege de moeheid van zijn kind van 7 jaar. Het kind is naar school en is dus zelf niet aanwezig. Op deze vraag geeft de huisarts het advies om een week te wachten. De totale duur van het consult is tussen de 5 en 20 minuten.

Toelichting op het advies

De tweede hulpvraag betreft de ongerustheid van de ouder en leidt tot een vermelding in het dossier van de ouder.

Patiënt/ouder bezoekt de huisarts voor een regulier consult voor zichzelf. Daarnaast vertelt de ouder dat zijn kind na veel contact met huisdieren een soort ringworm heeft. De huisarts komt na overleg met de ouder tot de conclusie dat een schimmelinfectie het meest waarschijnlijk is en geeft naast een NHG-patiëntenbrief of een print van Thuisarts.nl ook een recept op naam van het kind mee voor een zelf.

Toelichting op het advies

De tweede hulpvraag heeft nu direct ten doel de huidafwijking bij het (afwezige kind) te genezen. De ouder is plaatsvervangend aanwezig voor het kind. De dokter stelt de waarschijnlijkheidsdiagnose op basis van de door deze ouder aangeleverde gegevens. Voor het stellen van de diagnose en het uitschrijven van het recept voor het kind een van de drie consulttarieven, afhankelijk van de duur van het patiëntcontact (voor kind).

Advies

Consult langer dan 20 minuten

Consult tussen de 5-20 minuten

Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact (voor ouder + kind)





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVRM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

Partner/familielid/kind

Contact

Patiënt/ouder bezoekt de huisarts voor een regulier consult voor zichzelf. Daarnaast vraagt de patiënt iets over zijn kind van 7 jaar, dat zelf wel aanwezig is. De huisarts onderzoekt het kind en geeft antwoord.

Patiënt/ouder bezoekt de huisarts met haar 3 kinderen. De kinderen zijn alle drie ziek. De huisarts neemt anamneses af, kijkt de kinderen na en bespreekt de bevindingen met de ouder.

Toelichting op het advies

Met uitleg/toelichting bij het consult dat het hier om 3 personen gaat met een verschillende of dezelfde hulpvraag. Consulten zijn persoonsgebonden, ook indien de huisarts deze 3 consulten binnen de 20 minuten zou kunnen afhandelen. De consulten leiden dan ook tot vermeldingen in de dossiers van alle drie de kinderen. Daarom worden 3 consulten in rekening gebracht.

Advies

Eén van de drie consult-tarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact (voor ouder + kind)

3 x één van de drie consult-tarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact (voor het kind)

Urineonderzoek

Contact

Patiënt komt met ochtendurine aan de balie. Ze denkt dat ze een blaasontsteking heeft. De doktersassistent kijkt de urine na. Ze heeft inderdaad een blaasontsteking. De huisarts schrijft het recept.

Advies

Eén van de drie consult-tarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVRM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

Urineonderzoek

Contact

Dezelfde patiënt komt na vijf dagen kuren terug met ochtendurine. De dokters-assistent kijkt de urine na en vindt een dubieuze uitslag. Na overleg met de huisarts wordt de urine op kweek (dipslide) gezet. Met de patiënt wordt afgesproken dat als de dipslide 'positief' is, er de volgende dag een nieuwe kuur wordt gegeven.

De volgende dag belt bovenstaande patiënt voor de uitslag. De dokters-assistent bekijkt de uitslag en bespreekt deze en de beleidsconsequenties met de patiënt. De huisarts schrijft een nieuwe kuur antibiotica voor.

Advies

Eén van de drie consult-tarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiënt-contact + dipslide

Eén van de drie consult-tarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiënt-contact

Diagnostische verrichting

Contact

Patiënt komt aan de balie. Ze is zojuist bij de huisarts op het spreekuur geweest. Deze adviseerde een audiogram te laten maken. De doktersassistent legt uit wat er gaat gebeuren.

Toelichting op het advies

Deze nadere uitleg geldt als voorbereiding voor het maken van het audiogram (WGBO). Voor het consult bij de huisarts en de doktersassistent wordt gezamenlijk een consult gerekend.

De volgende dag komt bovenstaande patiënt op het eigen spreekuur van de doktersassistent. Zij maakt het audiogram.

Advies

Eén van de drie consult-tarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiënt-contact

Verrichtingentarief
Audiometrie





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVVM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

Diagnostische verrichting

Contact

Patiënt belt voor de uitslag van het audiogram. De huisarts heeft het audiogram beoordeeld en deelt de uitslag mee.

Toelichting op het advies

Het mededelen van de uitslag hoort bij de verrichting.

Na het maken van het audiogram overlegt bovenstaande patiënt met de doktersassistent of het zinvol is om ook de bloeddruk te laten meten. Ze heeft onlangs bij een supermarkt haar cholesterol laten bepalen en daar gehoord dat ook de bloeddruk belangrijk is. Na het maken van het audiogram meet de doktersassistent bij patiënt de bloeddruk.

Toelichting op het advies

Het audiogram is een verrichting, bloeddrukmeting als hulpvraag is basiszorg en staat los van het audiogram.

Patiënt met een longaandoening komt op het spreekuur met klachten over benauwdheid en hartkloppingen. De huisarts constateert een lage bloeddruk en bij auscultatie van het hart dan wel bij palpatie van de pols enige onregelmatigheid. Verder wordt het gewicht gemeten en worden de risicofactoren nagelopen.

De huisarts vindt geen nieuw longprobleem, stelt een te lage bloeddruk vast en vindt tevens een indicatie voor een ECG. Dit vindt aansluitend op het consult plaats op de praktijk. Bij beoordeling van het ECG vindt de huisarts een ritmestoornis. Hij overlegt meteen per telefoon met de cardioloog wat nu te doen.

Toelichting op het advies

Het ECG voor het ritmeprobleem staat los van de benauwdheid en de bloeddruk.

Advies

Geen declaratie, zie de toelichting

Verrichtingentarief
Audiometrie

+ Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact

Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact

+ Verrichtingentarief
ECG-diagnostiek





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVRM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

Diagnostische verrichting

Contact

Dezelfde casus als bij consult hierboven, maar nu is het ECG goed en overlegt de huisarts in aanwezigheid van de patiënt met de cardioloog (niet over interpretatie van het ECG, maar over bijvoorbeeld de in te zetten medicatie).

Toelichting op het advies

Overleg over aanpassing van de medicatie voor long- of hartproblemen is basiszorg.

Advies

Verrichtingentarief
ECG-diagnostiek

+ Eén van de drie consult-
tarieven, afhankelijk van de
duur van het patiëntcontact

Bloeddruk/CVRM

Contact

Patiënt (geen ketenzorg) vraagt de doktersassistent de bloeddruk te meten. Zij meet twee maal een SBD van 180 mm Hg. De patiënt vraagt of dit normaal is. De doktersassistent weet het niet en zegt toe dit met de huisarts te gaan bespreken. Zij belt de patiënt later terug.

Toelichting op het advies

De huisarts legt de doktersassistent uit dat de praktijk de NHG-standaard M84 volgt.

Als het wel om ketenzorg zou gaan, dan wordt er niets gedeclareerd.

Advies

Eén van de drie consult-
tarieven, afhankelijk van
de *duur* van het patiënt-
contact

Bovenstaande patiënt komt in het kader van het opstellen van het risicoprofiel CVRM twee dagen later voor de tweede keer bij de doktersassistent. Opnieuw meet de doktersassistent twee keer de bloeddruk en opnieuw blijkt de SBD rond de 180 mm Hg te liggen. Daarnaast gaat de doktersassistent de verdere gegevens verzamelen (zoals familieanamnese, rookgedrag, vaatlab, gewicht, lengte, BMI en middelomtrek). Na deze volledige diagnostiek, komt de doktersassistent/huisarts tot een risico van minimaal 5% om binnen 10 jaar te overlijden aan hart- of vaatziekte. De meting en uitleg kost 15 minuten.

Consult tussen de 5-20 mi-
nuten





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVRM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

Verwijzing/verwijsbrief

Contact

Patiënt bezoekt de huisarts. Deze besluit te verwijzen. De duur van het consult en het schrijven van de verwijsbrief in aanwezigheid van de patiënt bedraagt 25 minuten.

Toelichting op het advies

Standpunt van de NZa is dat indien de patiënt daarbij aanwezig is, het schrijven van de verwijsbrief onderdeel is van het consult en dus declarabel is. Als de patiënt niet aanwezig is bij het schrijven van de verwijsbrief, dan mag de tijd volgens de NZa niet worden betrokken bij de consultduur.

Patiënt komt op het spreekuur van de huisarts. Hij heeft de meest uitgebreide aanvullende verzekering. Om van deze verzekering gebruik te kunnen maken, heeft hij een verwijzing van de huisarts nodig. De patiënt vraagt of hij een verwijsbriefje kan krijgen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om een verwijzing naar epilatie, acnébehandeling, dagbehandeling psoriasis, dyslexie, kuurreizen, herstellingsoord, fysiotherapie voor de niet-chronische aandoeningen (niet DTF), preventieve onderzoeken, hulpmiddelen niet vallend onder het basispakket en bijvoorbeeld een 'second opinion'. De huisarts handelt de hulpvraag professioneel af en schrijft bij medische noodzaak een verwijsbrief.

Advies

Consult langer dan 20 minuten

Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVVM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

Meerdere contacten op één dag

Contact

Patiënt bezoekt de huisarts voor een consult. In de loop van de dag nemen de klachten fors toe. Vlak voor 17.00 uur wordt dezelfde patiënt op diens verzoek opnieuw op het spreekuur gezien.

Toelichting op het advies

Weliswaar dezelfde klacht in de ochtend en de middag, maar het betreft hier het op twee verschillende tijdstippen, waarbij de patiënt tussentijds weg is geweest, professioneel beantwoorden van een inhoudelijke hulpvraag.

Patiënt bezoekt de huisarts voor een consult. In de loop van de dag krijgt dezelfde patiënt een ongeval en komt op de praktijk met een forse kneuzing. Het tweede consult betreft een (andere) aandoening, gepresenteerd op een ander tijdstip.

Toelichting op het advies

Consulten zijn persoonsgebonden en tijd(stip)gebonden.

Patiënt bezoekt 's morgens de huisarts voor een regulier consult langer dan 5 minuten maar korter dan 20 minuten. In de loop van de middag krijgt dezelfde patiënt een ongeval en komt op de praktijk met een forse kneuzing aan zijn enkel en een grote, lelijke, complexe wond aan zijn bovenbeen. Huisarts onderzoekt vervolgens deze patiënt, geeft adviezen over de gekneusde enkel en gaat de wond aan zijn bovenbeen hechten.

Advies

Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact (één voor de ochtend + één voor de middag)

Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact (één voor de ochtend + één voor de middag)

Consult tussen de 5-20 minuten (ochtend)

+ Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact (middag)

+ Verrichtingentarief Chirurgie





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVRM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

Therapeutische verrichtingen

Contact

Patiënt krijgt een ongeval en komt strompelend met een diepliggende wond aan zijn bovenbeen op de praktijk. De huisarts sluit eerst een fractuur uit en onderzoekt het been op een mogelijk vaat-/zenuwletsel in (de buurt van) de wond. Na uitsluiting van een fractuur en vaat- en zenuwletsel gaat de huisarts de wond hechten.

Patiënt komt voor het eerst bij de huisarts met al zes weken bestaande schouderklachten. Patiënt heeft al twee weken ontstekingsremmers geslikt, maar dit heeft niets geholpen. De huisarts doet het gehele consult (SOEP, inclusief hulpvraag). De diagnose luidt 'bursitis subacromialis'. De huisarts legt uit wat de behandelingsmogelijkheden zijn. In overleg met de patiënt wordt besloten om een therapeutische injectie (Cyriax) te gaan geven. De huisarts legt uit dat, indien nodig, maximaal drie injecties in de slijmbeurs worden gegeven. Hij geeft nu de eerste injectie.

Dezelfde patiënt komt twee weken later op het spreekuur. Het gaat een stuk beter met zijn schouder. Zoals met de huisarts afgesproken, zou hij indien nodig na twee weken een tweede injectie komen halen. De huisarts geeft deze tweede injectie.

Idem, maar de patiënt heeft naast zijn verzoek om een tweede Cyriax-injectie ook een hulpvraag over maagklachten en bijbehorende medicatie.

Toelichting op het advies

De tweede hulpvraag heeft hier niets van doen met de Cyriax-injectie.

Advies

Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact

+ Verrichtingentarief Chirurgie

Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact

+ Verrichtingentarief Therapeutische injectie

Verrichtingentarief Therapeutische injectie

Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact

+ Verrichtingentarief Therapeutische injectie





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVROM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

Hechtingen verwijderen

Contact

Dezelfde patiënt komt één week later voor het verwijderen van zijn hechtingen.

Toelichting op het advies

Het verwijderen van het hechtmateriaal valt onder de prestatie Chirurgie en kan hier dus niet apart in rekening worden gebracht.

Een andere patiënt komt ook voor het verwijderen van de hechtingen. Een week geleden werd een wond in het been gehecht door een huisarts op de huisartsenpost. Voor de huisarts is deze verrichting nu basiszorg.

Toelichting op het advies

Zie ook het vorige en het volgende voorbeeld.

Nog een andere patiënt komt op de praktijk voor het verwijderen van de hechtingen. Een week geleden werd een wond in het been gehecht door een chirurg in het ziekenhuis/EHBO. De patiënt kreeg toen de instructie over één week de hechtingen bij de huisarts te laten verwijderen en de wond te laten controleren.

Toelichting op het advies

De verrichting 'postoperatief consult in de praktijk' is vervallen. Voor deze prestatie kan een consult 20 minuten of langer worden gedeclareerd, ongeacht de werkelijk bestede tijd.

Zie ook de vorige twee voorbeelden. Conclusie: er zijn dus drie verschillende mogelijkheden bij 'dezelfde' handeling.

Advies

Geen declaratie, zie de toelichting

Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact

Consult langer dan 20 minuten





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVRM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

Niet verschenen op afspraak

Contact

Patiënt maakt afspraak op het spreekuur, maar verschijnt niet.

Toelichting op het advies

Als een afspraak niet doorgaat omdat de patiënt niet komt opdagen ('no-show', of niet-nagekomen afspraak), dan is er volgens de NZa geen sprake van zorgverlening. De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is dan niet van toepassing. De huisarts mag zelf een tarief vaststellen, maar moet dit vooraf aan de patiënten kenbaar maken (zie hiervoor ook hoofdstuk 10 [GA >](#) voor de LHV-richtlijn voor niet-nagekomen afspraken). Het tarief wordt rechtstreeks bij de patiënt in rekening gebracht.

Advies

Vrij tarief, mits vooraf aan patiënt kenbaar gemaakt

Informatieverstrekking

Contact

Bedrijfsarts of verzekeringsarts belt op met toestemming van de patiënt en wil per telefoon met de huisarts overleggen. Hiervoor bestaat een tarief voor telefonische beantwoording, maar voorwaarde is wel dat de vraag of vragen schriftelijk zijn gesteld, met toestemming van patiënt en bij de originele aanvraag voorzien van diens originele handtekening. (Gaat de beantwoording uiteindelijk schriftelijk, dan geldt tarief voor schriftelijke beantwoording.) De nota gaat naar de vragende arts.

Een andere persoon dan een bedrijfs- of verzekeringsarts (levensverzekeraar, inkomensverzekeraar, letselschade advocaat etc.) belt op met toestemming van de patiënt en wil informatie van de huisarts.

Toelichting op het advies

Meer informatie over het declareren van informatieverstrekking vindt u in hoofdstuk 8.1 [GA >](#)

Advies

Afhankelijk van de duur van uw werkzaamheden, een veelvoud van het NZa-tarief 'Informatieverstrekking per 5 minuten'.

Afhankelijk van wie er om informatie vraagt en welke informatie wordt gevraagd. Zie 8.1. [GA >](#)





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVRM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

Informatieverstrekking

Contact

Patiënt heeft in het kader van een aanvraag voor een persoonsgebonden budget zijn medische informatie nodig. Patiënt vraagt daarom de huisarts om een afschrift van zijn medisch dossier.

Toelichting op het advies

Volgens de WGBO is een huisarts gehouden een dossier bij te houden met gegevens over onderzoeken, medicijnen, opnames in het ziekenhuis, operaties en de gezondheid in het algemeen. Volgens deze WGBO en de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) heeft de patiënt ten aanzien van het dossier het recht op kosteloze inzage en een kosteloos afschrift (kopie) van het dossier, tenzij dit in strijd is met het privacybelang van een ander. Op de hoofdregel dat de huisartsenpraktijk patiënten kosteloos een afschrift van het medisch dossier moet geven als zij daarom verzoeken, bestaan echter twee uitzonderingen.

De huisartsenpraktijk mag een 'redelijke vergoeding' vragen als:

1. de patiënt om een extra kopie of afschrift verzoekt, of regelmatig om een afschrift verzoekt; of
2. als het verzoek buitensporig is, bijvoorbeeld als een patiënt heel veel of heel vaak verzoeken tot het verstrekken van een afschrift indient. In dat geval mag de huisartsenpraktijk het verzoek ook weigeren.

Alleen in een van deze gevallen mag de huisartsenpraktijk een redelijke vergoeding voor het afschrift vragen. Maar wat een 'redelijke vergoeding' is, is nog niet duidelijk. Ook de Autoriteit Persoonsgegevens heeft hier geen standpunt over ingenomen. Vooralsnog kan men bijvoorbeeld denken aan de kosten van een cd of dvd, de portokosten (bij dikke of aangetekende pakketten als de patiënt het afschrift niet wil ophalen en vraagt om toezending per post), of een redelijke vergoeding per gekopieerde pagina. Het wordt aangeraden om hierover vooraf duidelijke informatie te geven, bijvoorbeeld in de privacyverklaring op de praktijkwebsite. Bovenstaande is alleen van toepassing wanneer de patiënt zelf om informatie uit het eigen dossier vraagt.

Advies

Zie de toelichting





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVVM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

Informatieverstrekking

Contact

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) vraagt de huisarts om binnen drie werkdagen medische informatie met specifieke vragen en de medische stand van zaken te verstrekken over één van zijn patiënten. De informatie kan nodig zijn voor de Wlz-indicatiestelling.

Toelichting op het advies

De patiënt kan zelf een afschrift van zijn dossier opvragen (zie hierboven) en dit afschrift meenemen naar het gesprek met de CIZ-arts. Let op: om als CIZ een besluit te kunnen nemen, zal een aan het CIZ verbonden arts zich eerst zelfstandig een voorlopig oordeel dienen te vormen n.a.v. adequaat eigen onderzoek (anamnese, onderzoek etc.). Het is niet de bedoeling dat huisartsen het werk overnemen van CIZ-artsen (los van de vraag of een huisarts de gevraagde/gegeven informatie wel of niet kan declareren). De praktijk is weerbarstiger. De KNMG heeft als standpunt dat artsen over eigen patiënten niet oordelen of deze patiënt in meer of mindere mate 'geschikt' moet worden bevonden voor wat wordt aangevraagd. Voor eventueel aanvullende vragen, door de CIZ-arts aan de huisarts gesteld, mogen door de huisarts geen kosten in rekening worden gebracht.

Advies

Geen declaratie, zie de toelichting

Visite

Contact

De huisarts legt een visite af. Door problemen op de weg (file, stoplichten) is de reistijd langer dan 15 minuten. De visite zelf duurt 10 minuten.

Toelichting op het advies

Indien het consult tijdens een visite 20 minuten of langer duurt, kan een tarief voor een lange visite in rekening worden gebracht. De consultduur is dus bepalend, niet de reistijd. Als de visite betrekking heeft op een keuring, dan kan aanvullend een kilometervergoeding in rekening worden gebracht bij de patiënt of bij de opdrachtgever van de keuring.

Advies

Visite korter dan 20 minuten





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVPM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

Visite

Contact

Er wordt voor iemand een visite aangevraagd. Vraag aan de doktersassistent is of de huisarts die dag wil langsgaan. De doktersassistent maakt de afspraak en de huisarts legt hierna een visite af.

Vanuit het ziekenhuis komt bericht dat een patiënt na lang verblijf naar huis gaat. Het verzoek van het ziekenhuis of de familie aan de huisarts is om langs te gaan. Een andere mogelijkheid is dat de huisarts het zelf om medische reden noodzakelijk vindt om langs te gaan.

Toelichting op het advies

Indien de huisarts besluit dat het inderdaad noodzakelijk is om langs te gaan, dan kan het visitetarief worden gedeclareerd.

Patiënt verblijft in het ziekenhuis. Huisarts krijgt het verzoek van deze patiënt en/of diens familie om langs te komen om 'het een en ander te bespreken'. De huisarts voldoet aan dit verzoek. Het gesprek in het ziekenhuis duurt 25 minuten

Toelichting op het advies

Verzoek met een hulpvraag, waarbij de hulp van de huisarts niet op de praktijk wordt gegeven.

Advies

Eén van de twee visitetarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact

Eén van de twee visitetarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact

Visite langer dan 20 minuten





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVROM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

Visite

Contact

Patiënt verblijft in het ziekenhuis. De huisarts bezoekt op regelmatige tijden al zijn patiënten in het ziekenhuis. Dergelijke bezoeken worden meestal zeer op prijs gesteld.

Toelichting op het advies

Contacten zonder hulpvraag waarbij de patiënt de huisarts 'bijpraat' over de ontwikkelingen, kunnen niet in rekening worden gebracht. Mocht tijdens het gesprek met de patiënt toch een hulpvraag met medische noodzaak aan de orde komen, dan kan de huisarts als hij ter plekke zijn professionele antwoord geeft, ook een visitetarief rekenen. Bij transmurale zorg met een expliciete hulpvraag aan de huisarts houdt de zorg van de huisarts immers niet op bij de muur van het ziekenhuis.

Dit betekent niet dat er altijd een expliciet gestelde hulpvraag moet zijn om te kunnen declareren. Niet altijd is een patiënt in staat om een hulpvraag te stellen. Ook kan het voorkomen dat de patiënt geen hulpvraag stelt, maar dat de huisarts het medisch gezien noodzakelijk vindt om de patiënt te bezoeken. In dergelijke gevallen kan wel worden gedeclareerd. Om misverstanden te voorkomen is het verstandig om met patiënt en/of familie te communiceren dat er een visite of een visite van 20 minuten of langer in rekening wordt gebracht.

Vanuit het ziekenhuis komt het bericht dat een patiënt is overleden. De huisarts ziet het als zijn taak zijn medeleven te betuigen en gaat de familie condoleren.

Toelichting op het advies

De LHV adviseert huisartsen hier zelf een afweging te maken tussen het wel en niet declareren. Indien er een tarief wordt gedeclareerd, dan ligt een visitetarief op naam van de partner voor de hand.

Advies

Eventueel visite korter dan 20 minuten of visite langer dan 20 minuten.

Zie de toelichting

Zie de toelichting





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVRM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

Keuring

Contact

Patiënt heeft een aanvullende verzekering afgesloten met recht op een tweejaarlijkse 'check-up' bij een arts. De patiënt heeft geen klachten, maar bezoekt het spreekuur. De huisarts legt de patiënt uit dat het recht op een 'check-up' bij afwezigheid van klachten geen plicht tot uitvoeren met zich meebrengt. De huisarts bespreekt de (on)zin van een 'check-up' en voert deze op verzoek van de patiënt uit.

Toelichting op het advies

Vanaf 1 januari 2019 geldt een keuringstarief per 5 minuten (zie paragraaf 8.3 **GA** >). De nota gaat naar de patiënt. Als in het contract van de huisarts met de verzekeraar afspraken zijn gemaakt over het in rekening brengen van check-ups of andere keuringen/onderzoek, dan gaat de nota naar de zorgverzekeraar waarbij de patiënt een aanvullende verzekering heeft.

Advies

Keuringstarief per 5 minuten

Stoppen met roken

Contact

Patiënt, niet geïnccludeerd in ketenzorg DM, COPD, of VRM, komt op het spreekuur met een goed voornemen: hij wil stoppen met roken (SMR). De huisarts heeft geen contract over stoppen met roken met de zorgverzekeraar van de patiënt.

Toelichting op het advies

Als de huisarts geen SMR-contract heeft met de zorgverzekeraar van de patiënt, dan dient de huisarts het tarief met de patiënt overeen te komen en bij de patiënt te declareren.

Advies

Vrij tarief met de patiënt overeen te komen en te declareren bij de patiënt





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVRM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

Stoppen met roken

Contact

Patiënt komt op het spreekuur met een goed voornemen: hij wil stoppen met roken (SMR). De huisarts heeft een contract over stoppen met roken met de zorgverzekeraar van de patiënt.

Toelichting op het advies

Als de huisarts een SMR-contract heeft met de zorgverzekeraar van de patiënt, dan dient de huisarts het tarief bij de zorgverzekeraar te declareren.

Advies

Tarief SMR, zoals overeengekomen met de verzekeraar van de patiënt

Patiënt komt op het spreekuur met een goed voornemen: hij wil stoppen met roken (SMR). Deze patiënt heeft diabetes (DM type 2) en krijgt diabeteszorg via de zorggroep (ketenzorg). De huisarts heeft ook een SMR-contract met de zorgverzekeraar van de patiënt.

Toelichting op het advies

Als de huisarts ketenzorg levert via een zorggroep met een keten-DBC DM, dan valt SMR veelal onder de integrale zorg binnen deze DBC. De zorggroep kan hierover informatie verschaffen.

Zie de toelichting





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVRM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

Opname in een instelling

Contact

De patiënt heeft een CIZ-indicatie waarvan verblijf en behandeling onderdeel uitmaken. De patiënt wordt voor verblijf en behandeling opgenomen in een Wlz-instelling met een toelating voor behandeling en ontvangt daar ook behandeling.

Toelichting op het advies

*De huisartsenzorg maakt onderdeel uit van de zorg die door de instelling wordt geboden en waarvoor de instelling vanuit de Wlz geld ontvangt. De huisarts schrijft de patiënt uit en declareert niet langer bij de zorgverzekeraar. De instelling kan de huisarts vragen een deel van de zorg te leveren. Als de huisarts hiermee instemt, dan moeten instelling en huisarts daarover een afspraak maken. Zie ook hoofdstuk 9.4 **GA** >*

Advies

Geen declaratie of declareren bij de instelling op basis van een afspraak, zie de toelichting

POH-S

Contact

De POH-S heeft een eigen spreekuur. Een patiënt komt na triage door de doktersassistent met één of meerdere hulpvragen. De duur van het consult ligt tussen de 5 en 20 minuten.

Toelichting op het advies

Of er iets mag worden gedeclareerd is afhankelijk van de vraag of die werkzaamheden reeds vallen onder het contract met de zorggroep of dat hierover afspraken zijn gemaakt in het contract met de zorgverzekeraar (bv. de module POH-S of ouderenzorg). Als dat niet het geval is, dan mag het reguliere consulttarief in rekening worden gebracht.

Advies

Geen declaratie of een consult tussen de 5-20 minuten, zie de toelichting





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVRM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

POH-S

Contact

Een oudere patiënt vraagt een visite aan. De mantelzorg kan het niet meer aan en de huisarts wordt gevraagd te komen. De huisartsenpraktijk zet de POH-S in voor ouderenzorg. De huisarts vraagt de POH eerst te gaan kijken en de zorgbehoefte (medisch/psychisch/sociaal) in kaart te brengen. De POH legt een visite af. De visiteduur is 30 minuten.

Toelichting op het advies

Of er iets mag worden gedeclareerd is afhankelijk van de vraag of die werkzaamheden reeds worden betaald, bijvoorbeeld via de module POH-S of de module ouderenzorg. Als dat niet het geval is, dan mag het reguliere consulttarief in rekening worden gebracht.

De huisartsenpraktijk heeft geen contract met een ketenzorgorganisatie voor DM type 2, maar heeft wel een POH-contract met de zorgverzekeraar. De diabeteszorg in de praktijk wordt protocollair (volgens de NHG standaard Diabetes) uitgevoerd. De diabetespatiënt bezoekt het spreekuur van de POH-S.

Toelichting op het advies

Als de diabeteszorg niet via de zorggroep verloopt, dan zijn er drie mogelijkheden:

- *Indien er een POH-contract is voor diabeteszorg, dan kan niets worden gedeclareerd.*
- *Indien er een contract is over verrichtingentarieven 'Diabetes begeleiding per jaar' en 'Diabetes instellen op insuline' dan kunnen die verrichtingen worden gedeclareerd.*

Als de diabeteszorg niet via de module wordt bekostigd en er ook geen contract is over de verrichtingentarieven 'Diabetes begeleiding per jaar' en 'Diabetes instellen op insuline' dan mag het reguliere consulttarief in rekening worden gebracht.

Advies

Geen declaratie of een visite langer dan 20 minuten, zie de toelichting

Geen declaratie of een van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patientcontact

of een Verrichtingentarief 'Diabetes begeleiding per jaar' of 'Diabetes instellen op insuline'

Zie de toelichting





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVRM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

POH-S

Contact

De huisartsenpraktijk heeft voor DM type 2 een contract met een ketenzorgorganisatie afgesloten. Een patiënt met DM type 2 bezoekt het spreekuur van de POH-S vanwege een diabetesprobleem.

Toelichting op het advies

Indien er een contract is met een ketenzorgorganisatie en de huisarts voor deze patiënt een tarief DM-zorg van de ketenzorgorganisatie ontvangt, dan kan deze zorg niet bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd.

De huisartsenpraktijk heeft voor DM type 2 een contract met een ketenzorgorganisatie afgesloten. Een patiënt met DM type 2 bezoekt het spreekuur van de POH-S vanwege een ander probleem dan diabetes.

Toelichting op het advies

Indien er een contract is met een ketenzorgorganisatie voor bepaalde zorg en de huisarts hiervoor een tarief ontvangt van de ketenzorgorganisatie, dan kan deze zorg niet bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd. Als een diabetespatiënt echter met een andere klacht contact de huisartsenpraktijk bezoekt, dan kan dat contact mogelijk wel worden gedeclareerd. Of er iets mag worden gedeclareerd is afhankelijk van de vraag of die werkzaamheden reeds worden betaald via de POH-module van de zorgverzekeraar. Als dat niet het geval is, dan mag het reguliere consulttarief in rekening worden gebracht.

Advies

Geen declaratie, zie de toelichting

Geen declaratie of een van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patientcontact.

Zie de toelichting





Praktijkvoorbeelden

Consult

Machtiging

(Herhaal)recept

Vaccinatie/injectie

Laboratoriumonderzoek

Uitstrijkje

Partner/familielid/kind

Urineonderzoek

Diagnostische verrichting

Bloeddruk/CVRM

Verwijzing/verwijsbrief

Meerdere contacten op één dag

Therapeutische verrichtingen

Hechtingen verwijderen

Niet verschenen op afspraak

Informatieverstrekking

Visite

Keuring

Stoppen met roken

Opname in een instelling

POH-S

POH-GGZ

POH-S

Contact

Een huisartsenpraktijk trekt voor twee uur per week een POH-S aan om declareerbare werkzaamheden te verrichten. De praktijk heeft géén contract met de zorgverzekeraar over POH-S.

Toelichting op het advies

Zonder POH-contract met de zorgverzekeraar kan het moduletarium POH-S niet worden gedeclareerd. De reguliere consulttarieven mogen wel zonder contract worden gedeclareerd.

Advies

Eén van de drie consulttarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact

Eén van de twee visitetarieven, afhankelijk van de *duur* van het patiëntcontact

Zie de toelichting

POH-GGZ

Contact

De POH-GGZ heeft een eigen spreekuur. Een patiënt is door de huisarts doorverwezen naar de POH-GGZ. De duur van het consult is 30 minuten.

Toelichting op het advies

*De POH-GGZ heeft eigen consulttarieven. Voor consulten van 20 minuten of langer kan een dubbel consult in rekening worden gebracht. Zie ook hoofdstuk 3.6 **GA >** voor de verschillende afspraken over POH-GGZ.*

Advies

Consult langer dan 20 minuten POH-GGZ

De huisarts en de zorgverzekeraar zijn overeengekomen dat een deel van het moduletarium POH-GGZ wordt gebruikt voor consultaties. Voor een patiënt die op het spreekuur van de POH-GGZ is geweest, wordt een consultatie in de tweede lijn aangevraagd. De huisartsenpraktijk betaalt vervolgens de geconsulteerde zorgaanbieder. Over de wijze van betalen en de hoogte van het tarief dienen huisarts en geconsulteerde zorgaanbieder onderling een afspraak te maken. Zie hoofdstuk 3.6. **GA >**

Zie de toelichting in hoofdstuk 3.6 **GA >**





Klik op het trefwoord en ga direct naar de juiste pagina.



Trefwoordenlijst

A

Achterstandsfonds	66
Achterstandswijk	18
Adequaate doorverwijzen en adequate diagnostieaanvraag	49
Afrondingsgesprek	19
ANW-consulttarieven	55
ANW-tarief intensieve zorg	57
ANW-tarieven	53
ANW-tarieven ELV	56
ANW-uren	53
ANW-uurtarief	54
Asielzoekers	80
Astma, ketenzorg	47
Audiometrie	37
Avond- en weekendsprek	53

B

Bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg	8
Besnijdenis	42
Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker	61
Bevrijdingsdag (5 mei)	53
Bijzondere groepen	74
Blaaskatheter	63
Bloedafname	26
Bloeddrukmeting, 24-uursmeting	37
Btw	14, 85
Buitenlands verzekeren	79

C

CAK	80, 81
Chirurgie	35
CIZ-indicatie	23
Cognitieve functietest (MMSE)	37
Compressietherapie bij ulcus cruris	37
Condoleancegesprek	19
Consult	20, 85
Consult in combinatie met een verrichting	25
Consultatieve raadpleging	29
Consulttarieven POH-GGZ	29
Consulttarieven POH-S	30
Consulttarieven regulier	20
Controle vragen declareren consult	12
COPD, ketenzorg	46
COPD: gestructureerde zorg per jaar	40
Cosmetische chirurgie	42
Cosmetische varices sclerosering	42
CRP-sneltest cassette	63
CVRM	46, 102
Cyriax	36

D

Diabetes type 2 (DM2), ketenzorg	45
Diabetes: begeleiding per jaar	40
Diabetes: instellen op insuline	40
Diagnostiek met Doppler-apparaat	37
Diagnostische verrichting	100
Dipslides	62
Doelmatig voorschrijven	49





Declareerwijzer 2023

Klik op het trefwoord en ga direct naar de juiste pagina.



E

ECG	27, 37, 102
ECG-kostentarief	64
Echografie	38
Eerstelijnsverblijf (ELV)	22
Eerstelijnsverblijf (ELV) ANW	22, 56
E-health	29, 51
E-mailconsult	20
Enkel-armindex	37
Entstoffen	65
Etonogestrel implantatiestaafje	36
Euthanasie	38

F

Familielid	98
Feestdagen	53

G

Gemoedsbezwaarden	76
Gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang	40
Gestructureerde huisartsenzorg in het verzorgingshuis	41
Goede Vrijdag	53
Grensgebieden	80
Griepvaccinatie	69
Griepvaccinatie op eigen verzoek	69
Groepsconsult POH-GGZ	29

H

Hart- en vaatziekten (CVRM)	46
Hartritmestoornissen (Holter-registratie of eventrecording)	38
Hechtingen verwijderen	35, 42, 107
Hechtmateriaal	35, 63
Hemelvaartsdag	53
Herhaalrecept	18, 20, 88
Huisartsenpost (HAP)	54
Hypertensiemeting, 24-uursmeting	37

I

Informatieverzoeken, -verstrekking	59, 107
Inschijftarieven	18
Inschrijving	19
Intensieve zorg	23
Intensieve zorg ANW	24, 57
IUD	36

J

Jeugdwet	15
----------	----

K

Kennismakingsgesprek	19
Ketenzorgtarief POH-S	30
Keuringen en onderzoek	62, 113
Kind	98
Kleine chirurgische ingrepen	27
Koningsdag	53
Kosten entstoffen en laboratoriumkosten	65





Declareerwijzer 2023

Klik op het trefwoord en ga direct naar de juiste pagina.



L

Laboratoriumkosten	65
Laboratoriumonderzoek	92
Longfunctiemeting	38

M

Machtiging	88
Maximumtarieven	14
Meekijkconsult	51
Meer tijd voor de patiënt	51
Meerdere contacten/declaraties op één dag	16, 105
Militairen	77
MMSE	37
Module abdominale/transvaginale echografie	38
Module achterstandsfonds	66
Moduletarief geïntegreerde eerstelijnszorg	47
Moduletarief POH-GGZ	28
Moduletarief POH-S	30
Mollusca verwijderen	27
MRSA-screening	38
Multidisciplinaire ketenzorg	43

N

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)	12
Niet-nagekomen afspraken	83, 108
NZa-tariefbeschikking	14
NZa-terugvaltarief	37
NZa-verrichtingentarieven	35

O

Online arts-patiënt contact	20
Onverzekerde Nederlanders	79
Oogboring	36
OPEN	68
Opname voor verblijf en behandeling	24, 78, 115

P

Palliatieve zorg	65
Partner	98
Passanten	75
Patiënten in een Wlz-instelling	78
Patiënten in grensgebieden	80
Peildatum	18, 28, 69
Pessarium	26
Pneumokokkenvaccinatie	70
Pneumokokkenvaccinatie op eigen verzoek	71
POH-GGZ	28, 118
POH-S	30, 115
Postcodegebieden	18
Postoperatief consult	26
Praktijkmanagement	51

R

Reizigersadvisering/-vaccinatie	42, 71
Resultaatbeloning	49
Resultaatbeloning multidisciplinaire zorg	50
Resultaatbeloning overig	50
Rijksvaccinatieprogramma (RVP)	69





Klik op het trefwoord en ga direct naar de juiste pagina.



S

SCEN	66
Schouwen	19
Screeningsorganisatie	61
Segmentenmodel	8
Service en bereikbaarheid	49
SNPG	69
Spiraaltje	38
Spirometrie	38
Spleetlamponderzoek	38
Sterilisatie man	42
Stikstof	63
Stimulering huisartsenzorg in krimpregio's	50
Stoppen met roken (SMR)	67, 113

T

Tapemateriaal	63
Tariefbeschikking	14
Teledermatologie	39
Tele-echo, -röntgen, -hartmonitoring	39
Telefonisch consult	20
Terminale patiënten	23
Teststrips bloedsuikerbepaling	63
Therapeutische injectie (Cyriax)	38
Therapeutische verrichting	105
Tijdsduur van het consult	20
Trombosebeen	26
Tympanometrie	39

U

Uitschrijving	19
Uitslag doorgeven/bespreken	21
Uitstrijkje	61, 95
Urineonderzoek	21, 100

V

Vaccinatie/injectie	72, 92
Vaccinaties	69
Vaccinaties op eigen verzoek	69, 71
Vaccinaties op medische indicatie	72
Vaccinaties op verzoek van een medisch specialist	72
Varices sclerosering	26
Vektis-code	16
Verblijf en behandeling	24, 78, 115
Verbruiksmaterialen	63
Verrichting ter vervanging van een specialistenbezoek	26
Verrichtingen met NZa-tarief	33
Verrichtingen met tariefafpraak met patiënt	33
Verrichtingen met vrij tarief	33
Verrichtingentarieven	32
Verwijzing/verwijsbrief	20, 104
Visite	22, 110
Visitatarieven eerstelijnsverblijf (ELV)	22
Visitatarieven eerstelijnsverblijf (ELV) ANW	22, 56
Visitatarieven intensieve zorg	23
Visitatarieven intensieve zorg ANW	24, 57
Visitatarieven regulier	22
Voormalig verrichtingentarief	26
Vreemdelingen zonder verblijfsvergunning	81
Vrije tarieven	14





Klik op het trefwoord en ga
direct naar de juiste pagina.



W

Wegblijftarief	83
Wet langdurige zorg (Wlz)	9, 115
Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	15
Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)	14
Wlz-indicatie	78
Wlz-instelling	24, 78, 115
Wratten verwijderen	27

Z

Zorginhoudelijk patiëntcontact	11
Zorgprofiel (CIZ-indicatie)	23
Zorgvernieuwing	51
Zwangerschapsreactie (planotest e.d.)	63
ZZP	23





Colofon

De LHV-Declareerwijzer 2023 is een uitgave van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).

Landelijke Huisartsen Vereniging

Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht
Postbus 20056
3502 LB Utrecht
Telefoon (085) 04 80 000
E-mail lhv@lhv.nl
Website www.lhv.nl

Disclaimer

De LHV-Declareerwijzer 2023 is met de grootst mogelijke zorgvuldigheid samengesteld. Aan de inhoud kunnen geen rechten worden ontleend.

© LHV, januari 2023

Alle rechten zijn voorbehouden aan de Landelijke Huisartsen Vereniging. Niets uit deze uitgave mag zonder voorafgaande toestemming van de LHV worden verveelvoudigd of openbaar gemaakt. De leden van de LHV hebben het exclusieve recht tot verveelvoudiging van teksten uit deze uitgave.