
Audiometrie **code 13000**

Objectiveren van subjectief verminderd gehoor en bepaling van de mate van slechthorendheid met behulp van audiometer in eigen beheer.

Het betreft een prestatie per meting, die maximaal 3 keer* per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht.

Diagnostiek met behulp van Doppler **code 13001**

Opsporen van vaatvernauwingen met behulp van Doppler apparatuur in eigen beheer.

Het betreft een prestatie per meting, die maximaal 3 keer* per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht.

Tympanometrie **code 13003**

Het meten van de beweeglijkheid van het trommelvlies met behulp van microtympanometer in eigen beheer ter diagnostiek en vervolgen van gehoorproblemen bij:

- Otitis media met effusie langer dan 3 maanden;
- Tympanosclerose;
- Otosclerose.

Het betreft een prestatie per meting, die maximaal 3 keer* per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht.

Longfunctiemeting (spirometrie) **code 13004**

Longfunctiemeting met reversibiliteitstest in eigen beheer ter analyse benauwdheidsklachten of bepaling effectiviteit therapeutische interventie bij patiënt met inhalatiemedicatie.

Voorwaarde:

- Deze verrichting mag voor eenzelfde patiënt niet gedeclareerd worden in combinatie met een COPD DBC en een astma DBC.

Het betreft een prestatie per meting, die maximaal 3 keer* per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht.

ECG-diagnostiek (ECG maken, interpreteren en bespreken met patiënt) **code 13005**

Zie NHG Bouwsteen Elektrocardiografie in de huisartsenpraktijk

Het maken van een ECG, interpreteren van de ECG en het bespreken van de ECG met de patiënt.

Voorwaarde:

- Indien met de zorggroep waaraan u deelneemt is afgesproken om deze verrichting in een keten DBC op te nemen, kunt u deze verrichting voor eenzelfde patiënt niet declareren in combinatie met een DBC.

*Wanneer er specifieke patiëntgebonden argumenten zijn om de genoemde maxima te overschrijden kan er contact opgenomen worden met VGZ

Het betreft een prestatie per diagnose, die maximaal 3 keer* per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht. De prestatie is inclusief verbruiksmateriaal.

Spleetlamponderzoek

code 13006

Diagnostiek en controle van een aantal oogheelkundige aandoeningen, met behulp van een spleetlamp in eigen beheer.

Het betreft een prestatie per onderzoek, die maximaal 3 keer* per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht.

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

code 13007

In eigen beheer met eigen apparatuur uitvoeren van beeldvormende diagnostiek (die normaal in het ziekenhuis zou plaatsvinden) en middels teletechniek overbrengen naar ziekenhuis op de vaste wal, voor beoordeling en behandeladvies. Ter voorkoming van onnodig patiëntenvervoer naar het vaste land.

Het betreft een prestatie per verzekerde per ziektegeval.

Voor de ECG-diagnostiek, zie verrichting 13005.

Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting

code 13008

In eigen beheer instrueren patiënt en organiseren van de follow-up, plus interpretatie om niet vaststaande hypertensie te evalueren.

Voorwaarden:

- Geen vervanging van standaard bloeddrukmeting, maar een aanvulling op, toepasbaar bij een vermoeden op discrepantie tussen thuis- en spreekkamermeting, ongebruikelijke variatie in de spreekkamerbloeddrukken en therapie resistente hypertensie;
- Indien met de zorggroep waaraan u deelneemt is afgesproken om deze verrichting in een keten DBC op te nemen, kunt u deze verrichting voor eenzelfde patiënt niet declareren in combinatie met een VRM DBC.

Het betreft een prestatie per meting, die maximaal 2 keer* per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht.

Teledermatologie

code 13009

Vervaardigen, beveiligd verzenden en opslaan alsmede het laten beoordelen door dermatoloog op afstand van door de huisarts gemaakte digitale beelden van huidafwijkingen ter mogelijke vervanging van verwijzing naar de 2e lijn van een dermatologisch probleem waarbij specialistische beoordeling en/of advies noodzakelijk is. Eventuele consulten in verband met de (na)behandeling op basis van advies dermatoloog kunnen separaat gedeclareerd worden.

Let op: Kan alleen in rekening worden gebracht als deze onderdeel uitmaakt van een door de Zorgverzekeraar gecontracteerde teledermatologie aanbieder.

Deze prestatie includeert:

- gebruikmaking van adequate apparatuur, beveiligde verbinding en digitale opslag van informatie;
- geprotocolleerde rapportage door dermatoloog.

*Wanneer er specifieke patiëntgebonden argumenten zijn om de genoemde maxima te overschrijden kan er contact opgenomen worden met VGZ

Het betreft een prestatie per verrichting.

Cognitieve functietest (MMSE)

code 13010

Onderzoek naar dementie door afname MMSE-test.

Het betreft een prestatie per verrichting die maximaal 2 keer* per verzekerde per kalenderjaar gedeclareerd kan worden.

Hartritmestoornissen

code 13011

Diagnostiek met behulp van holterfoon van ritmestoornissen, ter vervanging van verwijzing naar de 2e lijn waarbij specialistische beoordeling en/of advies noodzakelijk is.

Voorwaarden:

- Apparatuur geleverd door een gecontracteerde hulpmiddelen leverancier;
- VGZ hiervoor afspraken heeft gemaakt in de regio van de huisartspraktijk met 1e lijns diagnostische centra zoals bijvoorbeeld huisartsenlaboratoria.

Het betreft een prestatie per verrichting.

Chirurgie

code 13012

Chirurgische ingrepen, ter vervanging van behandeling in de 2e lijn, zoals:

- a. excisie van een atheroom, lipoom, fibroom, chalazion, neavus/multiple naevi;
- b. huidbiopt (stans), electrochirurgie;
- c. complexe (uitgebreide) wondbehandeling met hechten;
- d. Barron-ligatie;
- e. chirurgische decubitusbehandeling;
- f. nagelchirurgie bijvoorbeeld nagelextractie respectievelijk nagelbedexcisie;
- g. incideren van abces of van vers getromboseerd hemorroïd, incisie periaanaal abces/sinus pilonidalis;
- h. ascitespunctie;
- i. verdenking melanoom, basaalcelcarcinoom, plaveiselcelcarcinoom, overige maligniteiten huid;
- j. hechten grotere/lelijke complexe wonden;
- k. frenulumplastiek;
- l. behandeling van multipole condylomata acuminata met electrocoagulatie-apparatuur.

NB: Het verwijderen van wratten of mollusca valt hier niet onder, maar onder het begrip kleine chirurgie in regulier consult.

Het betreft een prestatie per verrichting, inclusief materiaal en verwijderen hechtingen en nabehandeling.

Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris

code 13015

Behandelen van een patiënt met ulcus cruris met behulp van compressietherapie.

Voorwaarden:

- Indicatie conform NHG standaard M16
- de patiënt is niet onder behandeling van een medisch specialist

*Wanneer er specifieke patiëntgebonden argumenten zijn om de genoemde maxima te overschrijden kan er contact opgenomen worden met VGZ

- het maken van afspraken met de gespecialiseerde zorgaanbieder/verlener (bijvoorbeeld de wondverpleegkundige) over consulteren en door- en terugverwijzen valt onder de prestatiebeschrijving

Het betreft een prestatie per therapie, die maximaal 9 keer* per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht.

Therapeutische injectie (Cyriax) code 13023

Therapeutische injectie met corticosteroïden of lokaal anestheticum in gewrichten, op peesaanhechtingen of bursa volgens principe van Cyriax.

Het betreft een prestatie per verrichting, die maximaal op 3 locaties, en maximaal 3 keer* per locatie per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht.

Oogboring code 13024

Verwijderen corpus alienum uit het oog.

Het betreft een prestatie per verrichting.

MRSA screening code 13027

Afname kweekmateriaal ten behoeve van diagnostiek MRSA.

Het betreft een prestatie per verrichting.

Diabetes begeleiding per jaar code 13029

Realiseren van optimale zorg voor DM-patiënten door de huisarts, waarbij de patiënt in de 1e lijn blijft en niet (meer) onder controle is van de 2e lijn

Voorwaarden:

- Deze verrichting mag voor eenzelfde patiënt niet gedeclareerd worden in combinatie met een Diabetes DBC.

Het betreft een prestatie per controle, die maximaal 4 keer* per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht, inclusief jaarcontrole.

Diabetici instellen op insuline code 13030

Instellen van DM-patiënt op insuline door de huisarts, waarbij de patiënt in de 1e lijn blijft en dus niet wordt verwezen naar de 2e lijn, bij:

- Nieuwe insulineafhankelijke patiënten;
- DM type II patiënten, die van orale medicatie overgaan op Insuline.

Voorwaarde:

- Deze verrichting mag voor eenzelfde patiënt niet gedeclareerd worden in combinatie met een Diabetes DBC .

Het betreft een prestatie per verrichting, die maximaal 4 keer* per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht.

*Wanneer er specifieke patiëntgebonden argumenten zijn om de genoemde maxima te overschrijden kan er contact opgenomen worden met VGZ

COPD-gestructureerde zorg per jaar**code 13031**

Realiseren van optimale zorg voor COPD-patiënten door de huisarts, waarbij de patiënt niet (meer) onder controle is van de 2e lijn.

Voorwaarde:

- Deze verrichting mag voor eenzelfde patiënt niet gedeclareerd worden in combinatie met een COPD DBC.

Het betreft een prestatie per controle, die maximaal 4 keer* per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht, inclusief jaarcontrole.

Intensieve zorg, visite dag**code 13034**

Verlenen van (1) intensieve zorg aan terminale patiënten of (2) patiënten waarvoor het CIZ een ZZP indicatie met grondslag PG of Somatiek uit de V&V-reeks van 5 of hoger heeft afgegeven en die niet verblijven in een Wlz-instelling met toelating voor Wlz-behandeling.

Het betreft een prestatie per visite.

Voor het verlenen van intensieve zorg aan terminale patiënten geldt geen maximum aantal verrichtingen per patiënt.

Specifiek voor de patiëntengroep met een ZZP indicatie zoals hierboven beschreven (een ZZP indicatie met grondslag PG of Somatiek uit de V&V-reeks van 5 of hoger) geldt dat maximaal 28 visites* per verzekerde per kalenderjaar in rekening kan worden gebracht. Dit maximum geldt voor Intensieve zorg visite dag en ANW tezamen.

Intensieve zorg, visite ANW**code 13036**

Verlenen van intensieve zorg door de huisarts tijdens de avond, nacht of weekend aan patiënten, die aan de indicatiecriteria voldoen, zoals genoemd onder 'intensieve zorg, visite, dag'.

Voorwaarden:

- Het consult valt buiten de normale werktijden, dus tussen 18.00 en 8.00 uur gedurende de week en in de weekenden;
- Een deelnemer van een HDS mag de visite tijdens ANW alleen declareren indien hij/zij geen dienst heeft, maar wel de visite heeft gedaan.

Het betreft een prestatie per visite

Voor het verlenen van intensieve zorg aan terminale patiënten geldt geen maximum aantal verrichtingen per patiënt.

Voor het verlenen van zorg aan patiënten met een ZZP indicatie met grondslag PG of Somatiek uit de V&V-reeks van 5 of hoger kan maximaal 28 visites* per verzekerde per kalenderjaar in rekening worden gebracht. Dit maximum geldt voor Intensieve zorg visite dag en ANW tezamen.

*Wanneer er specifieke patiëntgebonden argumenten zijn om de genoemde maxima te overschrijden kan er contact opgenomen worden met VGZ

Euthanasie**code 13038**

Verlenen van euthanasie.

Het betreft een prestatie per euthanasieverlening.

NB: de inzet van de SCEN-arts kan apart gedeclareerd worden (CTG-tarief code 12815).

IUD inbrengen/Implanteren c.q. verwijderen implanonstaafje**code 13042**

Het inbrengen van een spiraaltje of implanonstaafje vanwege anticonceptie.

Het betreft een prestatie per verrichting, die maximaal 2 keer* per jaar in rekening kan worden gebracht.

Gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang**code 13044**

Niet bestemd voor de huisartsenzorg zelf, maar voor het stimuleren van huisartsen die medische zorg in de voorzieningen voor de maatschappelijke opvang leveren, om dit gestructureerd aan te bieden volgens de veldnorm die beschreven is in het project 'recept voor goed handelen'. Het betreft hier activiteiten zoals het organiseren van medische zorg door een beperkt aantal huisartsen, organiseren van structureel periodiek overleg, protocollen met betrekking tot zorg te ontwikkelen en actualiseren, afspraken te maken over dossiervorming, overdracht, visite en registratie (ICT), afstemming te organiseren met andere disciplines die betrokken zijn bij de zorg aan maatschappelijke opvangbewoners en ontwikkelen praktijkfolders voor maatschappelijke opvangbewoners.

Voorwaarden:

- Er is voorzien in een structuur en procedure voor spreekuur- en visiteaanvragen
- Er zijn afspraken gemaakt over de bereikbaarheid en beschikbaarheid met de huisarts en het MO huis
- Het MO huis biedt facilitaire voorzieningen, ruimte en ICT aansluitingen voor het spreekuur
- Er is personele ondersteuning tijdens het spreekuur en visite
- Er zijn afspraken over gestructureerd periodiek overleg
- Er zijn afspraken over medicatiebeleid en borging van het farmaceutisch proces
- De huisartsenzorg wordt efficiënt georganiseerd en geleverd op basis van een overeenkomst tussen huisartsen(groep) en MO huis conform de onderwerpen vermeld in de LHV voorbeeldovereenkomst Huisartsengroep – Verzorgingshuis

Het betreft een prestatie per kwartaal per betreffende bewoner in de maatschappelijke opvang.

De verrichting kan slechts worden gedeclareerd wanneer daartoe met de zorgverzekeraar afspraken over zijn gemaakt. Om in aanmerking te komen voor vergoeding van deze verrichting kan een verzoek worden ingediend bij VGZ.

Module Abdominale echografie**code 13045**

De module abdominale echografie is bestemd voor het uitvoeren en interpreteren van abdominale echografie in eigen beheer ter voorkoming van onnodige verwijzing naar de 2e lijn.

*Wanneer er specifieke patiëntgebonden argumenten zijn om de genoemde maxima te overschrijden kan er contact opgenomen worden met VGZ

De echografie en interpretatie wordt uitgevoerd door een huisarts, die bij de VEGE en/of CHBB geregistreerd staat als huisarts-echografist. De kwaliteit van het onderzoek en de behandeling op basis van dit echografisch onderzoek dient te voldoen aan hetgeen gebruikelijk is onder de beroepsgenoten. Bij verwijzing naar de specialist na het onderzoek zal het diagnostische materiaal beschikbaar worden gesteld ten behoeve van de vervolgbehandeling.

Het betreft de volgende indicaties:

- aorta: herkennen aneurysmata;
- lever: tumoren, metastasen;
- galblaas: stenen, stuwing;
- nieren: stuwing, concrementen, cysten, tumoren;
- uterus: myomen, positie IUD, endometriumdikte;
- ovariae: cysten;
- blaas: urineretentie, concrementen.

Het betreft uitdrukkelijk niet de echo bij zwangerschap.

De verrichting kan slechts worden gedeclareerd wanneer daartoe met de zorgverzekeraar afspraken over zijn gemaakt. De Zorgverzekeraar zal de aanvraag beoordelen aan de hand van het beleid dat de Zorgverzekeraar daarvoor heeft vastgesteld.

Huisartsenzorg eerstelijnsverblijf, dag korter dan 20 minuten

Code 12150

“Huisartsenzorg elv” betreft het verlenen van huisartsgeneeskundige zorg aan patiënten die verblijven in een setting voor eerstelijns verblijf.

Voorwaarden:

- Het totaal aan medisch noodzakelijke handelingen zoals beschreven in de voor het uitvoeren van de specifieke prestaties relevante richtlijnen is onderdeel van de beschreven prestatie.
- Declaratie van een prestatie huisartsenzorg elv of intensieve zorg kan niet gelijktijdig met declaratie van een regulier consult of visites. Een huisarts kan naast de prestaties huisartsenzorg elv wel overige prestaties in rekening brengen indien deze zorg geleverd is.
- Indien “Intensieve zorg” conform de prestatiebeschrijving wordt geleverd aan een patiënt die opgenomen is in een setting voor elv, kunnen de prestaties “intensieve zorg” in rekening worden gebracht.
- De prestaties huisartsenzorg elv en intensieve zorg kunnen niet in rekening worden gebracht indien de patiënt verblijf én behandeling geniet van een instelling ingevolge artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a en artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c van de Wet langdurige zorg.

Het betreft een prestatie per visite.

*Wanneer er specifieke patiëntgebonden argumenten zijn om de genoemde maxima te overschrijden kan er contact opgenomen worden met VGZ

Huisartsenzorg eerstelijnsverblijf, dag 20 minuten en langer**Code 12151**

“Huisartsenzorg elv” betreft het verlenen van huisartsgeneeskundige zorg aan patiënten die verblijven in een setting voor eerstelijns verblijf.

Voorwaarden:

- De prestatie Huisartsenzorg elv 20 minuten en langer mag alleen in rekening worden gebracht indien de patiëntgebonden tijd daadwerkelijk 20 minuten of langer in beslag heeft genomen.
- Het totaal aan medisch noodzakelijke handelingen zoals beschreven in de voor het uitvoeren van de specifieke prestaties relevante richtlijnen is onderdeel van de beschreven prestatie.
- Declaratie van een prestatie huisartsenzorg elv of intensieve zorg kan niet gelijktijdig met declaratie van een regulier consult of visites. Een huisarts kan naast de prestaties huisartsenzorg elv wel overige prestaties in rekening brengen indien deze zorg geleverd is.
- Indien “Intensieve zorg” conform de prestatiebeschrijving wordt geleverd aan een patiënt die opgenomen is in een setting voor elv, kunnen de prestaties “intensieve zorg” in rekening worden gebracht.
- De prestaties huisartsenzorg elv en intensieve zorg kunnen niet in rekening worden gebracht indien de patiënt verblijf én behandeling geniet van een instelling ingevolge artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a en artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c van de Wet langdurige zorg.

Het betreft een prestatie per visite.

Huisartsenzorg eerstelijnsverblijf, ANW korter dan 20 min**Code 12152**

Het verlenen van huisartsgeneeskundige zorg in ANW uren aan patiënten die verblijven in een setting voor eerstelijns verblijf.

Voorwaarden:

- Het ANW-tarief kan niet worden gedeclareerd indien de visite is geleverd tijdens een dienstuur HDS.
- De visite vangt aan tijdens ANW uren
- Het totaal aan medisch noodzakelijke handelingen zoals beschreven in de voor het uitvoeren van de specifieke prestaties relevante richtlijnen is onderdeel van de beschreven prestatie.
- Declaratie van een prestatie huisartsenzorg elv of intensieve zorg kan niet gelijktijdig met declaratie van een regulier consult of visites. Een huisarts kan naast de prestaties huisartsenzorg elv wel overige prestaties in rekening brengen indien deze zorg geleverd is.
- Indien “Intensieve zorg” conform de prestatiebeschrijving wordt geleverd aan een patiënt die opgenomen is in een setting voor elv, kunnen de prestaties “intensieve zorg” in rekening worden gebracht.

*Wanneer er specifieke patiëntgebonden argumenten zijn om de genoemde maxima te overschrijden kan er contact opgenomen worden met VGZ

- De prestaties huisartsenzorg elv en intensieve zorg kunnen niet in rekening worden gebracht indien de patiënt verblijf én behandeling geniet van een instelling ingevolge artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a en artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c van de Wet langdurige zorg.

Het betreft een prestatie per visite.

Huisartsenzorg eerstelijnsverblijf, ANW 20 minuten en langer

Code 12153

Het verlenen van huisartsgeneeskundige zorg in ANW uren aan patiënten die verblijven in een setting voor eerstelijns verblijf.

Voorwaarden:

- De prestaties Huisartsenzorg elv 20 minuten en langer mogen alleen in rekening worden gebracht indien de patiëntgebonden tijd daadwerkelijk 20 minuten of langer in beslag heeft genomen.
- De visite vangt aan tijdens ANW uren
- Het ANW-tarief kan niet worden gedeclareerd indien de visite is geleverd tijdens een dienstuur HDS.
- Het totaal aan medisch noodzakelijke handelingen zoals beschreven in de voor het uitvoeren van de specifieke prestaties relevante richtlijnen is onderdeel van de beschreven prestatie.
- Declaratie van een prestatie huisartsenzorg elv of intensieve zorg kan niet gelijktijdig met declaratie van een regulier consult of visites. Een huisarts kan naast de prestaties huisartsenzorg elv wel overige prestaties in rekening brengen indien deze zorg geleverd is.
- Indien "Intensieve zorg" conform de prestatiebeschrijving wordt geleverd aan een patiënt die opgenomen is in een setting voor elv, kunnen de prestaties "intensieve zorg" in rekening worden gebracht.
- De prestaties huisartsenzorg elv en intensieve zorg kunnen niet in rekening worden gebracht indien de patiënt verblijf én behandeling geniet van een instelling ingevolge artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a en artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c van de Wet langdurige zorg.

Het betreft een prestatie per visite.

De onderstaande prestaties komen, op basis van informatie van Zorginstituut Nederland (vroeger College voor Zorgverzekeringen), niet ten laste van de basisverzekering Zvw.

Sterilisatie man

code 13040

Gestandaardiseerde ingreep inclusief preoperatief onderzoek en postoperatief spermaonderzoek.

Het betreft een prestatie voor de volledige behandeling, inclusief nacontroles en minimaal 3 keer sperma onderzoek.

*Wanneer er specifieke patiëntgebonden argumenten zijn om de genoemde maxima te overschrijden kan er contact opgenomen worden met VGZ

Vergoeding van deze verrichting is afhankelijk van het aanvullende pakket van de verzekerde. De Zorgverzekeraar neemt geen debiteurenrisico voor deze verrichting. Bij rechtstreeks declareren aan de Zorgverzekeraar kan uw declaratie afgewezen worden. De declaratie dient dan bij de verzekerde in rekening gebracht te worden.

Besnijdenis

code 13041

Gestandaardiseerde ingreep.

Voorwaarden:

- Alle besnijdenissen die medisch noodzakelijk zijn (geen religieuze);
- Alleen op medische indicatie;
- Er moet een machtiging aangevraagd worden.

Het betreft een prestatie per ingreep, inclusief nacontrole. Vergoeding van deze verrichting is afhankelijk van het aanvullende pakket van de verzekerde. De Zorgverzekeraar neemt geen debiteurenrisico voor deze verrichting. Bij rechtstreeks declareren aan de Zorgverzekeraar kan uw declaratie afgewezen worden. De declaratie dient dan bij de verzekerde in rekening gebracht te worden.

*Wanneer er specifieke patiëntgebonden argumenten zijn om de genoemde maxima te overschrijden kan er contact opgenomen worden met VGZ