**Overeenkomst Generalistische Huisartsenzorg 2016-2020**

Partijen

1. Zorgaanbieder/huisarts: (ZELF INVULLEN)

*naam…………………………………………………………………..……….………*

*Praktijkadres:…………………………………………………………………………*

*………………………………………………………………………….……………………*

*AGB-code zorgaanbieder:…………………….……………………………………..*

*AGB-code praktijk:…………………………….……………………………………..*

1. Zorgverzekeraar (ZELF INVULLEN)

*naam zorgverzekeraar………………………………………………………………….*

*Adres:…………………………………………………………………………………….*

*……………………………………………………………………………………………..*

*……………………………………………………………………………………………..*

Komen overeen dat de contractuele relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar wordt beheerst door de bepalingen uit de onderhavige overeenkomst inclusief onderstaande bijlagen raadpleegbaar op:

* Bijlage tarieven Basisaanbod huisartsenzorg (basistakenpakket LHV/NHG)
* Bijlage tarieven Bijzondere verrichtingenlijst (segment S1)
* Bijlage tarieven Geprogrammeerde Chronische Zorg (segment S2)
* Bijlage tarieven Bijzondere verrichtingenlijst (segment S3)

In deze overeenkomst is geregeld op welke wijze en onder welke voorwaarden de zorgaanbieder generalistische huisartsenzorg levert of doet leveren aan de verzekerden van zorgverzekeraar.

Indien tijdens de looptijd van deze overeenkomst wet- en/of regelgeving tot stand komt of wijzigt die op wezenlijke punten afwijkt van onderhavige overeenkomst, dan kan zorgverzekeraar in overleg met huisarts en slechts met instemming van huisarts de overeenkomst wijzigen. Indien huisarts niet akkoord gaat met wijzigingen is geen tussentijdse eenzijdige opzegging van deze overeenkomst mogelijk. De achterliggende gedachte hierbij is dat er vertrouwen nodig is in de vorm van een langetermijncontract (zodat huisarts kan investeren in de praktijk en zorgvernieuwing), waarbij zorgverzekeraar dit niet op ieder moment kan wijzigen door zich te beroepen op overmacht of veranderde wetgeving.

Door het tot stand komen van deze overeenkomst komen alle eerder gesloten overeenkomsten of lopende afspraken tussen partijen ter zake van de in deze overeenkomst te regelen zorg te vervallen, tenzij het meerjarige afspraken betreft uit voorafgaande contracten die nog werking hebben.

De overeenkomst is tussen partijen van kracht met ingang van 1 januari 2016 en is aangegaan voor een bepaalde termijn te weten tot en met 31 december 2020.

Huisarts (onder A) en zorgverzekeraar (onder B) verklaren hierbij kennis genomen te hebben van deze overeenkomst en ermee in te stemmen dat deze overeenkomst de contractuele verhouding tussen partijen beheerst.

Partijen zijn zich terdege bewust van het feit dat deze overeenkomst afwijkt van de bestaande wet- en regelgeving en komen overeen om niet de overeenkomst op vordering van een der partijen door de rechter te laten aanpassen of anderszins (deels) te vernietigen**.**

Opgemaakt in tweevoud,

Datum

Zorgaanbieder / Huisarts Zorgverzekeraar

**DEFINITIES**

1. **Definities**
	1. **Zorgaanbieder**: de natuurlijke persoon, rechtspersoon of vertegenwoordiger van enige andere rechtsvorm, die deze overeenkomst met zorgverzekeraar is aangegaan en die tevens de behandelende zorgverlener kan zijn;
	2. **Huisarts**: een in Nederland vrijgevestigde arts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die is ingeschreven als huisarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RSG) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG);
	3. **Zorgverzekeraar**: de verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen, al dan niet onder label of via gevolmachtigden, in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt;
	4. **Patiënt**: de verzekerde die ingeschreven staat in de praktijk van zorgaanbieder en verzekerd is bij zorgverzekeraar en die verzekerde zorg geniet;
	5. **Verzekerde**: degene wiens risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in artikel 10 van de Zvw, door een zorgverzekering wordt gedekt en ten behoeve van wie een polisblad is afgegeven;
	6. **Zorg**: de door de huisarts te verlenen zorg waarop de verzekerde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en de polis aanspraak heeft;
	7. **Beroepsgroep:** de gezamenlijke professionals die als huisarts werkzaam zijn en die zich al of niet laten vertegenwoordigen in en door hun beroepsorganisaties (LHV, VPHuisartsen, NHG). Huisarts geeft indien nodig zelf aan bij welke beroepsorganisatie zij is aangesloten en wie haar belangen behartigt.

**KWALITEIT VAN ZORG**

1. **Artikel 2. Kwaliteit van zorg**
	1. De huisarts en de door haar ingeschakelde zorgverleners (loondienstmedewerkers, gedetacheerd personeel dan wel zelfstandige onderaannemers) nemen bij het verlenen van zorg de eisen in acht die volgens de algemeen aanvaarde professionele standaard redelijkerwijs aan de te leveren zorg mogen worden gesteld. Zij handelen in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving waaronder privacywetgeving en adequate klachtenregelingen.
	2. De huisarts en de door haar ingeschakelde zorgverleners (loondienstmedewerkers, gedetacheerd personeel dan wel zelfstandige onderaannemers) werken zo mogelijk en zo nodig geprotocolleerd volgens de geldende zorgstandaarden en/of richtlijnen, of wijken daarvan gemotiveerd af. Hierbij geldt dat de inhoud en omvang van de huisartsenzorg mede bepaald wordt door de stand van wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door wat in het vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
	3. Huisartsen die bijzondere bekwaamheden hebben, dienen te voldoen aan de door de beroepsgroep gestelde voorwaarden waaronder de inschrijving in specifieke registers.
	4. Indien de inschrijving van de huisarts in het BIG-register is geschorst of doorgehaald, meldt de huisarts dit aan de zorgverzekeraar en deelt mee op welke wijze hij in zijn waarneming heeft voorzien (waarbij de huisarts een inspanningsverplichting heeft). Deze meldingsplicht bestaat eveneens indien de Inspectie voor de Gezondheidszorg maatregelen jegens de huisarts heeft getroffen waarbij het de huisarts niet meer is toegestaan (al dan niet tijdelijk) praktijk te voeren.
	5. Het onderscheiden huisartsgeneeskundige zorgaanbod van de huisartsenpraktijk is voor alle op naam van de huisarts ingeschreven patiënten van dezelfde aard, kwaliteit en prijsstelling. Er is geen apart zorgaanbod per verzekeraar, maar uitsluitend een praktijkzorgaanbod dat op gelijke wijze en onder gelijke condities beschikbaar is voor alle patiënten ongeacht wie hun zorgverzekeraar is.
2. **Continuïteit van zorg**
	1. Alle BIG-geregistreerde en werkzame huisartsen in Nederland dragen in beginsel tezamen bij aan de continuïteit van de zorg te weten 24 uur per dag en 7 dagen per week.
	2. Dagzorg: De praktijkhoudende huisartsen dragen in beginsel de zorg voor de ‘dagzorg’.
	3. ANW-zorg: De huisartsenposten zijn verantwoordelijk voor het organiseren de ANW-zorg vanuit de huisartsenposten. Alle BIG-geregistreerde huisartsen (praktijkhouders, waarnemers, hidha’s) zijn 50 ANW-diensturen per jaar werkzaam op een huisartsenpost (in de buurt van de woonomgeving van praktijkhoudend huisarts). Het staat de individuele huisarts vrij naar eigen keus en inzicht meer ANW-diensturen te doen.
	4. Praktijkhoudend huisartsen zijn in het recente verleden voor overschrijding van het budgettaire kader huisartsenzorg gekort. Daarom komt bovengenoemde waarborg voor 24-uurszorg (zowel dag- als ANW-zorg) te vervallen zodra de zorgverzekeraar een overschrijding van het budgettaire kader constateert gedurende een lopend jaar.
	5. Bij overschrijding van het Budgettaire Kader Huisartsenzorg door verhoogde zorgvraag of zorgconsumptie, is de huisarts niet achteraf de aansprakelijke risicodrager van de verzekerde en geleverde zorg .
	6. Zorgverzekeraar heeft en geeft inzage in de overschrijding per segment S1, S2 en S3, indien en voor zover zorgverzekeraar door de NZa verplicht wordt, conform de Regeling Macrobeheersinstrument Huisartsenzorg 2015, om in 2016 toch een tariefsverlaging toe te passen.
	7. Een door de NZa verplichte tariefsverlaging binnen S1, op grond van budgetoverschrijding in S1, S2 e/o S3, wordt geheel gecompenseerd, inclusief indexatie, door het gekorte tariefbedrag per patiënt per kwartaal/ per jaar via S3 uit te betalen.
	8. Zodra er sprake is van een situatie als in lid d tm g, en zorgverzekeraar besluit tot vermindering van de hoeveelheid verrichtingen kan een gevolg zijn dat daarmee wachttijden ontstaan binnen de huisartsenzorg en het aantal verwijzingen naar de tweede lijn toeneemt;
3. **Weigering en beëindiging van zorg**
	1. De huisarts is zelf verantwoordelijk voor haar praktijkbeleid ten aanzien van de inschrijving van nieuwe patiënten;
	2. De huisarts handelt overeenkomstig de ‘Richtlijn niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst’ van de KNMG;
	3. Het niet betalen of terugvorderen van geleverde zorg(gelden) kan een reden zijn om de behandelrelatie met verzekerde op te zeggen. Indien er sprake is van terugvordering in het kader van een materiële controle, is de huisarts gerechtigd dit bedrag na rato bij alle verzekerden van zorgverzekeraar terug te vorderen.
	4. Indien de zorgverzekeraar de kosten voor de geleverde zorg niet betaald of terugvordert, kan de huisarts de verzekerde aanspreken. Indien verzekerde na herinnering en aanmaning niet betaald, wordt de behandelrelatie beëindigd. De vordering komt hierbij niet te vervallen.
4. **Service en bereikbaarheid**
	1. De huisartsenpraktijk is goed bereikbaar conform de richtlijnen voor de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de voorziening van huisartsenzorg;
	2. In geval van spoed moet een patiënt binnen 30 seconden een medisch deskundig persoon aan de telefoon krijgen, conform de richtlijnen van de NHG en de IGZ;
	3. Behoudens de spoedlijn en spoedgevallen, is de huisartsenpraktijk maximaal 6 uur per dag geopend. In de andere uren worden administratieve taken verricht. Indien een praktijk meer personeel heeft ingehuurd om 9 uur per dag open te zijn, stelt de zorgverzekeraar hiervoor een adequate vergoeding beschikbaar.

**DECLAREREN EN TARIEVEN**

1. **Tarieven**
	1. Zorgverzekeraar honoreert de huisarts conform de door de NZa vastgestelde maximum tarieven en de daaraan gekoppelde voorwaarden zoals vermeld in de vigerende NZa-tariefsbeschikking, tenzij in de bij deze overeenkomst behorende bijlage expliciet anders is bepaald. Door ondertekening van deze overeenkomst verklaart de huisarts – indien deze prestaties zoals genoemd in voormelde tariefsbeschikking declareert – te voldoen aan de voorwaarden die aan deze prestatie zijn gesteld;
	2. De door huisartsen, in ketenzorgverband, verleende zorg die reeds in dit verband een vergoeding kent, kan niet nogmaals in het kader van deze overeenkomst gedeclareerd worden. Eventueel achteraf geconstateerde dubbelfinanciering kan met de huisarts worden verrekend;
	3. Indien prestaties of vergoedingen, gedurende de looptijd van deze overeenkomst, van overheidswege een gebudgetteerd financieringsplafond krijgen, dan prevaleert deze individuele overeenkomst en niet het achteraf ingestelde financieringsplafond van de overheid.
2. **Garantie basiszorg huisartsen**
	1. Uitgangspunt is dat zorgverzekeraar degene is die de financieel-economische risico’s draagt m.b.t. verzekerde zorg. Daartoe uitgerust met een wettelijke reserve en te ontvangen vereveninggelden. Verkeerd zorginkoopbeleid (teveel ingekochte zorg t.o.v. het beschikbare budget) of onjuiste substitutie waarbij de budgettaire kaders niet navenant worden verhoogd komen voor rekening en risico van zorgverzekeraar; ongeacht de wettelijke maatregelen zoals het macrobeheersinstrument
	2. De wettelijk tarieven voor de basis-huisartsenzorg zijn door de NZa de laatste jaren meerdere malen drastisch verlaagd, onder andere door het opleggen van budgettaire kortingen (EUR 98 miljoen in 2012 vanwege budgetoverschrijdingen) en door het invoeren van prestatiebeloning (landelijke variabiliseringsgelden EUR 60 mln). Deze budgettaire korting is gepresenteerd als eenmalige korting, maar in de jaren daarna is het inschrijftarief niet aangepast naar het voorgaande niveau, waardoor huisartsen jaarlijks dus structureel zijn gekort op hun tarief op grond van een eerdere eenmalige budgettaire overschrijding. De landelijke prestatiebeloning van EUR 60 mln. uit de basiszorg is in 2015 verdwenen en het budget is toegevoegd aan een door zorgverzekeraars in te voeren beloning voor extra te leveren prestaties in het S3 segment.
	3. Om de basis huisartsenzorg te blijven leveren – zolang de S1, S2 en S3 componenten bestaan – spreken huisarts en zorgverzekeraar af de korting van 2012 (98 miljoen euro) te compenseren door een tarief in S3 van EUR ….. (ZELF INVULLEN) per patiënt per kwartaal (dit is EUR ……(ZELF INVULLEN) per patiënt per jaar).
	4. Daarnaast zullen de verdwenen landelijke variabiliseringsgelden (60 miljoen euro, in 2014 ongeveer EUR 4,00 per patiënt per jaar) worden uitbetaald via een kwartaaltarief van EUR ………(ZELF INVULLEN) per patiënt (dit is EUR …….. (ZELF INVULLEN) per patiënt per jaar).
3. **Verplichtingen voor zorgverzekeraar**
	1. Zorgverzekeraar zorgt voor een goede bereikbaarheid waarbij huisarts vragen kan stellen aan zorgverzekeraar onder meer met betrekking tot de uitvoering van de overeenkomst;
	2. Zorgverzekeraar zorgt ervoor dat huisarts binnen 14 dagen na declaratie wordt betaald;
	3. Zorgverzekeraar zorgt ervoor dat de verzekerde beschikt over een bewijs van inschrijving bij zorgverzekeraar en actualiseert de bestanden van VECOZO ten aanzien van de verzekeringsgerechtigheid
4. **Verplichtingen van de zorgaanbieder**
	1. huisarts meldt alle relevante wijzigingen bij Vektis.
	2. De verzekerde heeft op grond van deze overeenkomst recht op zorg in natura waarbij ook vergoedings- en betalingsafspraken zijn gemaakt. Het is huisarts in beginsel niet toegestaan betalingen van de bij de praktijk ingeschreven verzekerde te verlangen, tenzij er sprake is van een situatie zoals beschreven in lid 4e. Ook in het geval van niet (tijdige) betaling of indien er sprake is van niet-verzekerde zorg mag de zorgaanbieder de verzekerde aanspreken;
	3. De huisarts geeft door ondertekening van deze overeenkomst toestemming aan zorgverzekeraar dat contactgegevens van de praktijk zullen worden gepubliceerd op de website van zorgverzekeraar waardoor duidelijk wordt voor haar verzekerden met welke praktijken zorgverzekeraar een overeenkomst heeft.

**NALEVING EN CONTROLE**

1. **Controle**
	1. Partijen verschaffen elkaar inlichtingen die zij redelijkerwijs nodig hebben voor het inzicht in de nakoming van hun, in deze overeenkomst aangegane, verplichtingen;
	2. Zorgverzekeraar is bevoegd en verplicht om conform de bepalingen van de Zorgverzekeringswet, de Regeling Zorgverzekering en de Wet marktordening gezondheidszorg formele en materiële controle uit te oefenen op de zorg verleend door de huisarts.
	3. Controle zal geschieden conform de wettelijke bepalingen, binnen 1 jaar na declaratiedatum;
	4. Controle zal geschieden conform de wettelijke bepalingen en een door de beroepsgroep (zoals beschreven in artikel 1.g) goedgekeurd gedragsprotocol van verzekeraars inzake ‘Formele, Materiële en Detailcontrole’;
	5. Zorgverzekeraar is niet bevoegd huisartsen op basis van (uitkomsten van) materiële controles te registreren in het FISH (Fraude Informatie Systeem Holland); indien dit wel gebeurt of gebeurd is, is zorgverzekeraar verplicht een boetebedrag van EUR …. (HIER UW BOETEBEDRAG PER DAG INVULLEN) per dag te betalen aan huisarts zolang de registratie duurt en/of heeft geduurd. Deze boete is direct opeisbaar en kan niet worden verminderd in rechte.
	6. Zorgverzekeraar betaalt huisarts voor de tijd die zij aan deze materiële controle kwijt is een bedrag van EUR …….(HIER UW UURPRIJS INVULLEN) excl BTW per uur jaarlijks te indexeren met het indexatiecijfer. Huisarts stuurt zorgverzekeraar hiertoe maandelijks een factuur.
	7. De maximale looptijd van een controle is 6 maanden. Indien en voor zover een controle niet binnen deze termijn is afgerond vervalt de mogelijkheid van controle.
2. **Fraude**
	1. Partijen verschaffen elkaar inlichtingen die zij redelijkerwijs nodig hebben voor het inzicht in de nakoming van hun, in deze overeenkomst aangegane, verplichtingen;
	2. Zorgverzekeraar is bevoegd en verplicht om conform de bepalingen van de Zorgverzekeringswet, de Regeling Zorgverzekering en de Wet marktordening gezondheidszorg fraude-onderzoek in te stellen bij signalen;
	3. Fraude-onderzoek zal geschieden conform de wettelijke bepalingen, binnen 3 jaar na declaratiedatum;
	4. Controle zal geschieden conform de wettelijke bepalingen en een door de beroepsgroep (zoals beschreven in artikel 1.g) goedgekeurd gedragsprotocol van verzekeraars inzake ‘Formele, Materiële en Detailcontrole’;
	5. Zorgverzekeraar is niet bevoegd huisarts op basis van (uitkomsten van) fraude-onderzoek te registreren in het FISH (Fraude Informatie Systeem Holland). Indien dit wel gebeurt of gebeurd is, is zorgverzekeraar verplicht een boetebedrag van EUR ………(HIER UW BOETEBEDRAG PER DAG INVULLEN) per dag te betalen aan de huisarts zolang de registratie duurt en/of heeft geduurd. Deze boete is direct opeisbaar en kan niet worden verminderd in rechte.
	6. Zorgverzekeraar is slecht bevoegd huisarts in een FISH te registreren na definitief bewezen fraude, nadat dit voornemen aan huisarts is kenbaar gemaakt;
	7. Zorgverzekeraar betaalt huisarts voor de tijd die zij aan dit onderzoek kwijt is een bedrag van EUR …… (HIER UW UURPRIJS INVULLEN) excl BTW per uur, jaarlijks te indexeren met het indexatiecijfer. Huisarts stuurt zorgverzekeraar hiertoe maandelijks een factuur. Deze vergoeding vervalt indien de fraude in rechte is bewezen.
	8. De maximale looptijd van een fraude-onderzoek is 6 maanden. Indien en voor zover een controle niet binnen deze termijn is afgerond vervalt de mogelijkheid van fraude-onderzoek.
3. **Naleving**

Om tot overeenstemming te komen tav het contract dient de zorgverzekeraar (zorginkoper) aan de gestelde voorwaarden te voldoen. Huisarts vertrouwt hierbij op een correcte uitvoering van de gemaakte afspraken in de Overeenkomst Generalistische Huisartsenzorg 2016-2020

**ALGEMENE BEPALINGEN**

1. **Praktijkoverdracht**

De huisarts zal niet zonder voorafgaande mededeling van zorgverzekeraar zijn rechten uit dit contract aan derden overdragen. Zorgverzekeraar zal slechts een derde kunnen weigeren indien er sprake is van zodanig aantoonbare zwaarwegende redenen tegen deze derde, dat in redelijkheid niet van zorgverzekeraar gevergd kan worden dat zorgverzekeraar de contractuele overeenkomst aangaat. (Goodwill valt niet onder zwaarwegende redenen). In het geval de huisarts desondanks zijn rechten uit dit contract aan derden overdraagt, is zorgverzekeraar gerechtigd deze overeenkomst met onmiddellijke ingang te beëindigen. De verantwoordelijkheid van de continuïteit van de patiëntenzorg ligt in die situatie bij de zorgverzekeraar.

1. **Wijzigingen**

Wijzigingen in deze overeenkomst kunnen slechts worden aangebracht met uitdrukkelijke instemming van beide partijen. Zij gaan, behoudens anders overeengekomen, onmiddellijk in na schriftelijke vastlegging in een nieuwe overeenkomst en/of bijlagen. Mondelinge afspraken, dan wel schriftelijke wijzigingsvoorstellen, onverschillig van welke aard door wie of wanneer zij gemaakt zijn, missen zonder schriftelijke bevestiging elke rechtskracht.

1. **Geschillen**

Alle geschillen welke tussen partijen zijn ontstaan en die niet in onderling overleg kunnen worden opgelost, worden voorgelegd aan de daartoe bevoegde burgerlijke rechter. Een geschil is aanwezig zodra een der partijen dit schriftelijk aan de wederpartij kenbaar maakt.

**EINDE VAN DE OVEREENKOMST**

1. **Einde van de overeenkomst**

Deze overeenkomst neemt een einde door het verstrijken van de overeengekomen tijdsduur en eindigt tussentijds;

* 1. Met wederzijds goedvinden
	2. Door opzegging van de overeenkomst door huisarts in verband met praktijkoverdracht met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden
	3. Door faillissement van een van beide partijen en wel met ingang van de dag waarop het faillissement is uitgesproken

**Bijlage tarieven Basisaanbod huisartsenzorg (basistakenpakket huisarts, segment 1)** (ZELF INVULLEN)

Aangezien de afgelopen jaren de kosten voor huisartsen zijn gestegen (zoals huur-, energie- en loonkosten) zonder dat hiervoor gecompenseerd is in het tarief voor de kosten en zonder dat de inkomsten van de huisarts navenant zijn gestegen, is er bij onderstaande inschrijftarieven ongeveer …% verhoging van het tarief in 2015, afgerond. Ook uitgaande van het feit dat een consult in 2006 EUR 9,00 was, zou dit met inflatie nu zo richting EUR … gaan.

Inschrijftarieven (kwartaaltarieven)

Inschrijftarief tot 65 jaar …

Inschrijftarief 65-75 jaar …

Inschrijftarief 75 jaar en ouder …

Toeslag achterstandswijk … per patiënt bovenop het inschrijftarief

Variabiliseringsgelden …

Herstel inschrijftariefkorting …

Herstelvergoeding (eenmalige uitkering) (ZELF INVULLEN)

Eenmalig Herstelvergoeding (te decelareren op 1 januari 2016)[[1]](#footnote-1) EUR … per patiënt

Verrichtingen (ZELF INVULLEN)

Consulten[[2]](#footnote-2)

Enkel consult (tot 10 min) 1C …

Dubbel consult (10-20min) 2C … (2x de prijs van 1C)

Driedubbel consult (20-30min) 3C … (3x de prijs van 1C)

Huisbezoeken / visites[[3]](#footnote-3)

Visite (tot 10min[[4]](#footnote-4)) 1V …[[5]](#footnote-5)

Dubbele visite (10-20min) 2V … (prijs van 1V plus 1C)

Driedubbele visite (20-30min) 3V ... (prijs van 1V plus 2C)

Telefonische Consulten[[6]](#footnote-6)

Enkel telefonisch consult (tot 5 min) 1TC …

Dubbel consult (5-10min) 2TC … (2x de prijs van 1TC)

Driedubbel consult (10-15min) 3TC … (3x de prijs van 1TC)

Herhaalrecept

Herhaalrecept HR …

**Bijlage tarieven Bijzondere verrichtingenlijst (segment S1)** (ZELF INVULLEN)

Intensieve zorg, visite dag …

Intensieve zorg, visite ANW …

**Bijlage tarieven Geprogrammeerde Chronische Zorg (segment S2)** (ZELF INVULLEN)

De huisarts heeft de keus tussen een opslag op het inschrijftarief per ingeschreven patiënt per kwartaal *of* een ketenzorgtarief via de zorggroep.

Chronische zorg (DM, CVRM, astma/copd)[[7]](#footnote-7) …

Chronische zorg GGZ[[8]](#footnote-8) …

**Bijlage tarieven Bijzondere verrichtingenlijst (segment S3)** (ZELF INVULLEN)

ECG …

Spirometrie …

Teledermatologie …

Diagnostiek met behulp van doppler …

IUD …

Polyfarmacie …

Therapeutische injective (Cyriax) …

Mrsa-screening …

Plaatsing catheter …

Chirurgie …

Tapen …

Cognitieve functietest (MMSE) …

Desensibilisatiekuur …

Post-operatief consult praktijk …

Post-operatief consult thuis …

Verrichting vervangend specialist praktijk …

Verrichting vervangend specialist thuis …

Abdominale echografie …

Echografie skelet …

Cardiale echografie …

Echo duplex carotiden …

1. Ivm niet uitgekeerde variabiliseringsgelden in 2015 (variabiliseringsgelden was in 2014 ong EUR 4 pppj) en 2013, 2014 en 2015 niet aanpassen inschrijftarief na korting 98mln in 2012 (3 \* EUR … pppj) [↑](#footnote-ref-1)
2. De tarieven voor 4C, 5C, 6C, 7C etc etc worden berekend conform de bovenstaande systematiek [↑](#footnote-ref-2)
3. De tarieven voor 4V, 5V, 6V, 7V etc etc worden berekend conform de bovenstaande systematiek [↑](#footnote-ref-3)
4. dit bedrag is incl reistijd en alle andere uitwerking [↑](#footnote-ref-4)
5. (dit bedrag is inclusief reis- en parkeerkosten) [↑](#footnote-ref-5)
6. De tarieven voor 4TC, 5TC, 6TC, 7TC etc etc worden berekend conform de bovenstaande systematiek [↑](#footnote-ref-6)
7. waarbij alle verrichtingen gedeclareerd mogen worden [↑](#footnote-ref-7)
8. waarbij alle verrichtingen gedeclareerd mogen worden [↑](#footnote-ref-8)