

Overeenkomst Zorgverzekeraar - Zorgaanbieder huisartsenzorg 2016 - 2017

DEEL I ZORGAANBIEDERGERBONDEN DEEL	
A.	<p>De ondergetekenden: De Zorgverzekeraar: KvK Nummer:</p> <p>Statutair gevestigd en kantoorhoudend:</p> <p>In deze mede handelend namens: KvK Nummer:</p> <p>Rechtsgeldig vertegenwoordigd door:</p>
	<p>De Friesland Zorgverzekeraar N.V. 50884565</p> <p>Harlingertrekweg 55 8913 HR LEEUWARDEN</p> <p>De Friesland Particuliere Ziektelkostenverzekeringen N.V. 50884077</p> <p>mr. drs. B. Mark-van Haarst, directeur Zorg en Gezondheid</p>
B.	<p>De Zorgaanbieder:¹</p> <p>Praktijknaam:</p> <p>Praktijkadres(sen):</p> <p>Postcode/plaats:</p> <p>KvK nummer van de praktijk:</p> <p>Soort rechtsvorm van de praktijk:</p> <p>Correspondentieadres:</p> <p>Postcode/plaats:</p> <p>E-mailadres:</p> <p>Praktijkcode (AGB):</p>
C.	<p>komen ter zake van de verlening van huisartsenzorg alsmede (voor zover aangekruist)</p> <p><input type="checkbox"/> verloskundige hulp</p> <p>N.B.: Als voorwaarde om verloskundige zorg te kunnen declareren, geldt dat de huisarts(en), die daadwerkelijk de verloskundige zorg verleent/verlenen, ingeschreven dient/dienen te staan in het register van het College voor huisartsen met bijzondere bekwaamheden (CHBB) voor verloskundige zorg. Controle hierop zal plaatsvinden.</p> <p>Daarnaast is een vereiste om verloskundige zorg te kunnen declareren dat aan het volgende is voldaan:</p> <p>-De zorgaanbieder staat ervoor in dat minimaal één huisarts, die daadwerkelijk de verloskundige zorg verleent, actief deel neemt aan het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) van de regio waarbinnen de zorgaanbieder actief werkzaam is. Is hij actief werkzaam in meerdere regio's, dan betreft het deelname aan evenzoveel VSV's.</p> <p>-De zorgaanbieder neemt deel aan Perinatale Registratie Nederland (PRN). Hij zorgt ervoor dat iedere huisarts werkzaam binnen de praktijk, die daadwerkelijk de verloskundige zorg verleent, de benodigde gegevens met het oog op de betreffende registratie aanlevert.</p>

¹ De zorgaanbieder is de rechtspersoon dan wel de (gevolmachtigde) praktijkhouder die deze overeenkomst heeft ondertekend en indien van toepassing, de praktijkhouder(s) die een volmacht hebben gegeven aan de praktijkhouder die deze overeenkomst heeft ondertekend.

² Deze overeenkomst geldt voor de bij Vektis aangemelde en geregistreerde praktijkadressen (zowel de hoofd- als eventuele nevenvestigingen). Wijzigingen in het (de) praktijkadres(sen) dienen tijdig aan Vektis te worden doorgegeven. Daar waar in deze overeenkomst sprake is van 'praktijk' worden – indien van toepassing – alle praktijkadressen bedoeld waarvoor deze overeenkomst geldt/die onder deze overeenkomst vallen.

³ Hier dient het KvK nummer te worden ingevuld.

⁴ De zorgaanbieder dient hier de rechtsvorm van de praktijk aan te geven (bijv. eenmanszaak, maatschap, commanditaire vennootschap (C.V.), vennootschap onder firma (V.o.f.), N.V., B.V., stichting).

-De zorgaanbieder en alle binnen de praktijk werkzame huisartsen die daadwerkelijk de verloskundige zorg verlenen, nemen deel aan het programma Zichtbare Zorg Eerstelijns Verloskunde, dan wel de programma's die daar voor in de plaats komen, en leveren daarvoor de betreffende gegevens aan, zodra de indicatoren landelijk worden uitgevraagd. Op eerste verzoek van de zorgverzekeraar zal de zorgaanbieder de (ingevulde/aangeleverde) (basis-) (en bewerkte) gegevens, indicatoren en etalage-informatie dan wel de scores op de landelijke set kwaliteitsindicatoren die op hem/zijn praktijk betrekking hebben, bij de zorgverzekeraar aanleveren.

overeen hetgeen is bepaald in de overeenkomst Zorgverzekeraar – Zorgaanbieder huisartsenzorg 2016 - 2017

De overeenkomst bestaat uit:

Deel I Zorgaanbiedergebonden deel

Deel II Algemeen deel

Bijlage 1: Declaratieafspraken tussen gecontracteerde zorgaanbieders en De Friesland Zorgverzekeraar inzake huisartsenzorg

Bijlage 2: Verbruiksmateriaal

Bijlage 3: Populatiegebonden vergoedingen

Bijlage 4: Aanvullende bepalingen inzake Segment 1

Bijlage 5: M&I Verrichtingen

Bijlage 6: Segment 3

en voor zover van toepassing en aangekruist:

Bijlage 7: Inzake Praktijkondersteuning Huisartsen Somatiek (POH-S)

Bijlage 8: Inzake Praktijkondersteuning Huisartsen Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ)

De Kernafspraken

alsmede na de datum van ondertekening gemaakte (aanvullende) afspraken, mits digitaal dan wel schriftelijk vastgelegd en door beide partijen bekrachtigd. Dit, voor zover in deze overeenkomst niet anders is aangegeven.

D. Partijen komen overeen dat de hieronder volgende prestaties en tarieven voor/m.b.t. verzekerden van de zorgverzekeraar in rekening kunnen worden gebracht. Dit alles met inachtneming van hetgeen hierboven al dan niet is aangekruist en voor zover daar in deze overeenkomst afspraken over zijn gemaakt (zie o.a. de Kernafspraken).

-de prestaties die in de van toepassing zijnde tariefbeschikking van de NZa⁵ zijn opgenomen en waar de NZa een maximum tarief voor heeft vastgesteld, mits aan de voorwaarden die de NZa en aanvullend de zorgverzekeraar daarbij hebben gesteld, is voldaan en in deze overeenkomst niet expliciet anders is bepaald. Dit alles met uitzondering van de prestaties en maximum tarieven die niet bij een zorgverzekeraar in rekening gebracht kunnen worden en met uitzondering van de prestaties en bijbehorende tarieven in het kader van:

- informatieverstrekking per contact;
- preventief bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker;
- keuringen;
- verloskundige hulp behorende bij of voortvloeiende uit de punten 3), 4), 5), 7) en 8) sub 'H. Aanvullende bepalingen' onder de paragraaf 'Verloskundige hulp' in de van toepassing zijnde tariefbeschikking van de NZa.⁵

-de prestaties/verrichtingen die als zodanig in onderhavige overeenkomst, waaronder de Kernafspraken, zijn opgenomen en waar de zorgverzekeraar een tarief voor heeft vastgesteld, mits is voldaan aan de daarbij gestelde voorwaarden en het op grond van de van toepassing zijnde tariefbeschikking van de NZa⁵ mogelijk is/blijft de prestaties/verrichtingen en bijbehorende tarieven in rekening te brengen.

Een overzicht van de tarieven die door de zorgverzekeraar zijn vastgesteld, is te vinden op de website: <http://www.defriesland.nl/huisartsenzorg>

Een overzicht van de maximum tarieven die door de NZa zijn vastgesteld voor 2016 en te zijner tijd voor 2017 en betrekking hebben op de overeenkomst voor huisartsenzorg zijn te vinden op de website van de NZa.

⁵ De tariefbeschikking Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

E.	De zorgaanbieder verklaart gebruik te maken van de (geautomatiseerde) controle op verzekeringsrecht (COV-check): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
F.	De zorgaanbieder zal op eerste verzoek van de zorgverzekeraar met het oog op de keuzeondersteunende informatievoorziening van de verzekerde gegevens over hemzelf en diens zorgverlening aanleveren die door de zorgverzekeraar op zijn eigen website(s) gepubliceerd kunnen/zullen worden. De zorgaanbieder stemt ermee in dat gegevens waarover de zorgverzekeraar al beschikt/kan beschikken (bijv. de antwoorden die de zorgaanbieder gegeven heeft bij het invullen van de digitale vragenlijst die tot deze overeenkomst heeft geleid en die van belang zijn voor een goede keuzeondersteunende informatievoorziening van de verzekerde) op de website(s) worden geplaatst.	
G.	<p><u>Overeenkomst Zorg bij Stoppen-met-Rokenprogramma:</u> De zorgaanbieder dient hier aan te geven of hij voornemens is in 2016 en 2017 Zorg bij Stoppen-met-Rokenprogramma te gaan leveren en of hij hiervoor de 'Overeenkomst De Friesland Zorgverzekeraar – Zorgaanbieder Zorg bij Stoppen-met-Rokenprogramma (Huisarts) 2016 – 2017' met de zorgverzekeraar wil afsluiten. Wanneer dat het geval is, dient hij in te stemmen met en zich te houden aan de inhoud van de hiervoor genoemde overeenkomst die hieronder na bijlage 8 van de 'Overeenkomst Zorgverzekeraar - Zorgaanbieder huisartsenzorg 2016 – 2017' is weergegeven.</p> <p>Is de zorgaanbieder voornemens om in 2016 en 2017 Zorg bij Stoppen-met-Rokenprogramma te gaan leveren, wil hij hiervoor de 'Overeenkomst De Friesland Zorgverzekeraar – Zorgaanbieder Zorg bij Stoppen-met-Rokenprogramma (Huisarts) 2016 – 2017' met de zorgverzekeraar afsluiten en verklaart hij in te stemmen met en zich te houden aan de inhoud van deze overeenkomst inzake Zorg bij Stoppen-met-Rokenprogramma?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nee</p> <p><small>* Wanneer met 'Ja' is geantwoord, ondertekent de zorgaanbieder met het ondertekenen van de overeenkomst Huisartsenzorg 2016 – 2017 ook de overeenkomst Zorg bij Stoppen-met-Rokenprogramma 2016 – 2017. De overeenkomst Zorg bij Stoppen-met-Rokenprogramma 2016 – 2017 komt vervolgens alleen tot stand voor zover de overeenkomst Huisartsenzorg 2016 – 2017 ook daadwerkelijk wordt afgesloten.</small></p>	
H.	De overeenkomst wordt gesloten voor een bepaalde tijd. De overeenkomst treedt in werking op 1 januari 2016 en eindigt per 1 januari 2018, behoudens de situaties genoemd in artikel 27 over tussentijdse beëindiging.	
I.	De zorgaanbieder verklaart door ondertekening van deze overeenkomst van alle onderdelen van de overeenkomst kennis te hebben genomen.	
	De Friesland Zorgverzekeraar, namens deze: mr. drs. B. Mark-van Haarst, directeur Zorg en Gezondheid	De Zorgaanbieder, namens deze: de ondertekeningsbevoegde praktijkhouder dan wel rechtsgeldig vertegenwoordiger⁶ Naam:.....
	Datum ondertekening:	Datum ondertekening:

⁶ Voor zover de ondertekeningsbevoegde praktijkhouder/rechtsgeldig vertegenwoordiger deze overeenkomst ondertekent namens (zichzelf en) anderen, is de ondertekeningsbevoegde praktijkhouder/rechtsgeldig vertegenwoordiger ook daadwerkelijk gemachtigd/bevoegd om namens die anderen deze overeenkomst te ondertekenen.

Deel II Algemeen deel

Artikel 1 Definities

- a. **zorgverzekeraar:** De Friesland Zorgverzekeraar in zijn hoedanigheid van De Friesland Zorgverzekeraar N.V., die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt en in zijn hoedanigheid van De Friesland Particuliere Ziekttekostenverzekeringen N.V., die aanvullende verzekeringen aanbiedt;
- b. **zorgaanbieder:** de partij die met de zorgverzekeraar deze overeenkomst is aangegaan;
- c. **zorgverlener:**
 - huisarts: een ingevolge de Wet BIG geregistreerde arts die als huisarts is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).
 - gespecialiseerde verpleegkundige, praktijkondersteuner, nurse practitioner of physician assistent die onder verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is.
 - verpleegkundige: een verpleegkundige die als zodanig is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
 - praktijkondersteuner: een praktijkondersteuner die is opgeleid conform de eisen zoals vermeld in bijlage 7 of bijlage 8.
 - nurse practitioner: een verpleegkundige die de zorg heeft voor een bepaalde groep patiënten en die de opleiding 'advanced nursing practice', zijnde een HBO-masteropleiding, met goed gevolg heeft afgerond.
 - physician assistant: een zorgprofessional die de HBO masteropleiding 'physician assistant' met goed gevolg heeft afgerond en die de arts ondersteunt in zijn werk bij onder andere het uitvoeren van de meer routinematige geneeskundige handelingen. Deze handelingen gebeuren onder verantwoordelijkheid van de betreffende arts waarbij sprake is van een aanvullende samenwerking met de arts.
 - huisartsendienstenstructuur: een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief;
- d. **zorg:** zorg door een zorgverlener verleend, zoals nader omschreven in artikel 3;
- e. **verzekerde:** de persoon ten behoeve van wie bij de zorgverzekeraar een zorgverzekering krachtens de Zorgverzekeringswet en/of een aanvullende verzekering is afgesloten;
- f. **zorgverzekering:** iedere zorgverzekering die de zorgverzekeraar hanteert in het kader van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en/of in het kader van het voeren van aanvullende verzekeringen;
- g. **medisch adviseur:** een BIG-geregistreerd arts die als zodanig namens de zorgverzekeraar optreedt;
- h. **fraude:** het opzettelijk door de zorgaanbieder verzwijgen van feiten of omstandigheden, het opzettelijk een verkeerde of onvolledige voorstelling van zaken geven of valse opgave verstrekken over de zorgverlening of de in rekening te brengen tarieven;
- i. **Commissie voor de Rechtspraak:** de commissie waarop de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar ter beslechting van geschillen zijn aangewezen.

Artikel 2 Rechtsverhouding

1. De rechtsverhouding tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder wordt geregeld door:
 - a. deze overeenkomst;

- b. de aanvullingen die tussen partijen ten opzichte van de hiervoor in sub a genoemde overeenkomst schriftelijk tot stand zijn gekomen of zullen komen;
 - c. de relevante wet- en regelgeving.
2. Voor zover partijen bij ondertekening of in de toekomst algemene voorwaarden hanteren, zijn deze voorwaarden op de onderhavige overeenkomst niet van toepassing.
 3. Partijen informeren elkaar tijdig over relevante wijzigingen aangaande de eigendomsverhouding of rechtsvorm van elkaanders organisatie, c.q. praktijk dan wel over het voornemen tot bedrijfsbeëindiging.

Artikel 3 Prestatie

1. De zorgaanbieder levert aan de verzekerden van de zorgverzekeraar de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, zoals bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering, zoals dat thans luidt dan wel in de toekomst komt te luiden en zoals nader gespecificeerd/overeengekomen in Deel I onder C en de overige onderdelen van de overeenkomst. Zorg door een huisarts houdt ook in daarmee samenhangend door of namens de huisarts aangevraagd diagnostisch onderzoek, waaronder laboratoriumonderzoek. Dit alles met dien verstande dat de zorg niet prestaties in het kader van bevolkingsonderzoek, het vaccineren ten behoeve van grieppreventie, informatieverstrekking, keuringen en de verloskundige modules zoals bedoeld in de van toepassing zijnde tariefbeschikking van de NZa,⁷ betreft. Daarnaast wordt de zorg verleend met inachtneming van hetgeen in lid 4 is aangegeven.
2. De omvang van de te verlenen huisartsenzorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden, waaronder in ieder geval de (acute) vierentwintig-uurs zorg valt.
3. Bij mogelijke discussie over de inhoud van de te leveren zorg, zoals in bovenstaande leden 1 en 2 gedefinieerd, kan de inhoud van de meest geactualiseerde versie van het document 'Aanbod huisartsgeneeskundige zorg' betrokken worden, doch niet uitsluitend.
4. De verzekerde heeft geen recht op (vergoeding van kosten van):
-MRI-diagnostiek, tenzij de huisarts verwijst op basis van de richtlijnen (inclusief standaarden) van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).
5. De zorgaanbieder heeft geen recht op betaling van zorg die is verleend aan een verzekerde die op grond van de Wet langdurige zorg van een zorginstelling verblijf en behandeling ontvangt.

Artikel 4 Wijze van zorgverlening

1. De zorgaanbieder biedt de verzekerde verantwoorde zorg met de bij de omstandigheden passende zorgvuldigheid. Daaronder wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de verzekerde.
2. Voor de toepassing van deze overeenkomst worden, onverminderd de eigen verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de student, waarnemer en loondienstmedewerkers, handelingen van de student, waarnemer en loondienstmedewerker beschouwd als te zijn handelingen verricht door de zorgaanbieder.
3. De verzekerde wordt zo veel mogelijk geholpen door dezelfde huisarts/zorgverlener.
4. De zorgaanbieder kan, behoudens gewichtige redenen, de zorgverlening niet weigeren of beëindigen. Indien er sprake is van gewichtige redenen stelt de zorgaanbieder de verzekerde en de zorgverzekeraar voorafgaand schriftelijk en met redenen omkleed van de weigering of beëindiging in kennis. In een dergelijke situatie draagt de zorgaanbieder er zorg voor dat de reeds aangevangen zorgverlening wordt voortgezet totdat deze kan worden overgedragen aan een andere zorgaanbieder/zorgverlener.

⁷ De tariefbeschikking Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

Kwaliteit, doelmatigheid & samenwerking

Artikel 5 Kwaliteit

1. De zorg wordt geleverd met inachtneming van de binnen de beroepsgroep geldende normen, waaronder nadrukkelijk die normen zijn begrepen die betrekking hebben op de tijdigheid van zorgverlening.
2. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de zorgverleners en andere personeelsleden binnen de praktijk, onder meer door deelname aan deskundigheidsbevordering, opleiding en bijscholing, beschikken en blijven beschikken over de kennis en kunde, die voor een verantwoorde verlening van de zorg noodzakelijk zijn.
3. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de zorgverleners en andere personeelsleden geen taken worden opgedragen die niet in overeenstemming met hun kennis en kunde zijn.
4. Indien aan een zorgverlener binnen de praktijk op grond van de Wet BIG één of meer maatregelen is/zijn opgelegd, dan meldt de zorgaanbieder dit onverwijld aan de zorgverzekeraar.
5. Wanneer een zorgverlener, zijnde een huisarts, niet meer als huisarts in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) staat ingeschreven, meldt de zorgaanbieder dit onverwijld aan de zorgverzekeraar.
6. De zorgverzekeraar handelt conform de professionele standaard en goed verzekeraarschap.
7. De zorgverzekeraar zet zich in om onnodige administratieve belasting te voorkomen.

Artikel 6 Doelmatigheid

De zorgaanbieder zorgt ervoor dat de zorg op doelmatige en professioneel verantwoorde wijze wordt verleend en dat er sprake is van 'gepast gebruik van zorg'. Hij zal zich daarbij laten leiden door een afweging tussen de kwaliteit van de behandeling, de effectiviteit van de behandeling, de belangen van de patiënt en de kosten.

Artikel 7 Doelmatig voorschrijven

1. De zorgaanbieder bevordert doelmatig geneesmiddelengebruik. Dit houdt ten minste in dat:
 - a) wordt voorgeschreven volgens evidence based objectieve criteria en uitgangspunten (standaarden, protocollen en formularia), voor zover aanwezig.
 - b) wordt voorgeschreven volgens de hierna volgende prescriptievoorwaarden. De huisarts neemt in de hieronder staande situaties de bijbehorende maximale perioden in acht waarvoor het betreffende geneesmiddel per voorschrift mag worden voorgeschreven:
 - vijftien dagen als het voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
 - vijftien dagen als het gaat om een acute aandoening die met antibiotica of chemotherapeutica moet worden bestreden;
 - een maand als de kosten per geneesmiddel per maand meer dan € 1000,- bedragen;
 - drie maanden voor geneesmiddelen waarmee een chronische aandoening wordt behandeld (te bepalen door de voorschrijver), met uitzondering van hypnotica en anxiolytica. Bij tijdelijk verblijf in het buitenland gedurende een periode van meer dan drie maanden, geldt voor deze geneesmiddelen per voorschrift een periode van ten hoogste zes maanden;
 - twaalf maanden voor orale anticonceptiva (de pil);
 - een maand in alle andere gevallen.

Er kan een andere voorschrijfperiode gelden als dit doelmatig en medisch gezien verantwoord is.

- c) Uitgangspunt is dat medicijnen op stofnaam worden voorgeschreven tenzij er medische noodzaak is voor spécialité.

- d) Bij verschil van mening tussen patiënt en huisarts aangaande wijzigingen in het voorschrijfbeleid, kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de medisch adviseur van de zorgverzekeraar.
2. De zorgverzekeraar draagt zorg voor monitoring en terugkoppeling van het voorschrijfgedrag teneinde de voorschrijver te ondersteunen in het nastreven van doelmatig geneesmiddelen gebruik.
 3. De zorgaanbieder zorgt ervoor dat de huisartsen werkzaam in zijn praktijk alleen een weekdoseersysteem voorschrijven als er sprake is van een situatie waarin dat is toegestaan. De betreffende situaties staan vermeld in het van toepassing zijnde Reglement Farmaceutische Zorg van de zorgverzekeraar.⁸
 4. Wanneer de huisartsen werkzaam in zijn praktijk polymere, oligomere, monomere of modulaire dieetpreparaten voorschrijven, kan de zorgaanbieder aantonen dat aan de betreffende voorwaarden in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering is voldaan. Dit geldt ook voor geneesmiddelen die op Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering staan vermeld, waarbij de huisarts het middel bij eerste verstrekking mag voorschrijven of in geval hij een herhaalrecept uitschrijft nadat de geldigheidsduur van het voorgaande voorschrift is verstreken.
 5. Wanneer conform het Reglement Hulpmiddelenzorg⁹ een voorschrift van een huisarts dan wel (behandelend) arts, zijnde een huisarts nodig is, verleent de zorgaanbieder hieraan zijn medewerking. Op het voorschrift vermeldt de zorgverlener, zijnde een huisarts, naast de gebruikelijke gegevens, het soort hulpmiddel, een zo volledig mogelijke omschrijving daarvan, of de verzekerde het hulpmiddel eerder heeft gehad, en zo ja, voor wiens rekening, en de diagnose/medische motivatie. In het geval van verbandmiddelen maakt de zorgverlener, zijnde een huisarts, gebruik van het 'De Friesland Zorgverzekeraar Aanvraagformulier Verbandhulpmiddelen' (te raadplegen via www.defriesland.nl). Het formulier helpt de zorgverlener om te bepalen wanneer er voor de verzekerde aanspraak is; dit in het belang van zijn patiënt.
 6. Wanneer een verzekerde bij de zorgverzekeraar een aanvraag voor vergoeding van vervoerskosten wil indienen, verleent de zorgverlener, zijnde een huisarts, daaraan zijn medewerking door het gedeelte op de aanvraag/het aanvraagformulier dat voor de arts bestemd is, in te vullen.

Artikel 8 Samenwerking en ketenzorg

1. De zorgaanbieder spant zich in om samenwerking aan te gaan met collega-huisartsenpraktijken en andere voor de zorgverlening relevante zorgaanbieders, bijvoorbeeld thuiszorginstellingen, dan wel met andere organisaties, zoals gemeenten, ten behoeve van het realiseren van een sluitend en zo breed mogelijk zorgaanbod.
2. Op verzoek maakt de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar inzichtelijk op welke wijze hij de samenwerking als genoemd in lid 1 vorm geeft. Indien daar aanleiding toe is, zal de zorgaanbieder om dit inzicht gevraagd worden. Vervolgens zal tijdens een overleg met de zorgverzekeraar de zorgaanbieder gelegenheid gegeven worden het betreffende inzicht te verschaffen.

Artikel 9 Farmacotherapeutisch overleg (FTO)

De huisartsen nemen minimaal 4 x per jaar deel aan farmacotherapeutisch overleg (FTO), tenzij de zorgaanbieder deelneemt aan de prestatie FTO 4/DTO en daarbij kiest voor de deelopprestatie 'Gecombineerd FTO 4 – DTO'.

⁸ Het Reglement Farmaceutisch Zorg is te raadplegen via www.defriesland.nl/zorgaanbieders/service/downloads/voorwaarden.aspx

⁹ Het Reglement Hulpmiddelenzorg is te raadplegen via www.defriesland.nl/zorgaanbieders/service/downloads/voorwaarden.aspx

Artikel 10 Praktijkvoering en praktijkruimte

1. De zorgaanbieder draagt zorg voor een goede organisatie van de praktijk.
2. De zorgaanbieder levert de zorg in een adequaat ingerichte en geoutilleerde praktijkruimte, die voor alle verzekerden goed bereikbaar en toegankelijk is.
3. De zorgaanbieder levert de zorg op het (de) praktijkadres(sen) waarvoor deze overeenkomst geldt/die onder deze overeenkomst vallen, dan wel op locaties van een huisartsendienstenstructuur.
4. De zorgaanbieder zal, indien medisch noodzakelijk, de zorg aan de verzekerde, op zijn woon- of verblijfplaats verlenen; dit ter beoordeling van de zorgaanbieder.
5. De zorgaanbieder zorgt voor een voor de behandelrelatie passende mate van privacy.

Artikel 11 Dienstverband

1. Indien de zorgaanbieder optreedt als werkgever van een of meer zorgverleners, geregistreerd als huisarts, meldt de zorgaanbieder dit schriftelijk en voorafgaand aan het dienstverband, aan de zorgverzekeraar. Ook beëindiging van het dienstverband wordt gemeld aan de zorgverzekeraar. De informatie betreft ten minste naam, opleiding en BIG registratienummer.
2. De zorgaanbieder zal met een huisarts wiens/wier overeenkomst met de zorgverzekeraar eindigde door opzegging of ontbinding in verband met disfunctioneren geen dienstverband aangaan, tenzij met voorafgaande instemming van de zorgverzekeraar.

Artikel 12 Studenten

1. De zorgaanbieder kan medisch studenten (waaronder ook physician assistants, co-assistenten e.d.) en (basis)artsen, die een opleiding voor huisarts volgen aan een daarvoor erkend opleidingsinstituut, in de gelegenheid stellen de praktijkleerperiode onder leiding en toezicht van een huisarts in zijn praktijk te volgen. De huisarts kan daarbij ten hoogste één medisch student/(basis)arts tegelijk begeleiden.
2. De zorgaanbieder ziet erop toe dat, alvorens een medisch student/(basis)arts wordt toegelaten tot de behandeling van een verzekerde, de verzekerde daartoe zijn toestemming heeft verleend.

Artikel 13 Waarneming

1. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de continuïteit van de te leveren zorg en kan hiertoe voor de ANW-diensten een huisartsendienstenstructuur inschakelen.
2. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat waarneming plaatsvindt bij afwezigheid wegens ziekte, vakantie, beroepsgerichte na- of bijscholing en daarmee vergelijkbare omstandigheden. Waarneming geschiedt door een zorgverlener die gelet op artikel 1 sub c. aan dezelfde eisen voldoet als de zorgverlener voor wie waargenomen wordt. Daarnaast geschiedt waarneming maximaal voor een periode van 6 maanden. Duurt de waarneming langer dan de genoemde periode, dan kan de zorgverzekeraar de zorgaanbieder in bijzondere omstandigheden daartoe de schriftelijke toestemming verlenen.
3. De zorgaanbieder informeert de verzekerde over waarneming onder vermelding van de naam (namen) van de waarnemer(s)/het adres van de waarnemende praktijk.

Artikel 14 Uitwisseling persoonsgegevens

1. Gegevens worden uitgewisseld met inachtneming van de vigerende privacywetgeving/wetgeving inzake de bescherming van persoonsgegevens. De zorgverzekeraar houdt zich in aanvulling daarop aan de vigerende gedragscode voor zorgverzekeraars inzake de verwerking van persoonsgegevens.
2. De zorgaanbieder zal zich in zijn relatie met de patiënten mede richten naar de inhoud van de tussen de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

(KNMG) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie overeengekomen modelregeling arts – patiënt, voor zover deze niet strijdig is met wet- en regelgeving.

3. De zorgaanbieder verleent medewerking aan een verzoek van of namens een verzekerde tot overdracht van zijn dossier en/of informatieverstrekking uit zijn dossier aan een andere zorgverlener/zorgaanbieder.

Artikel 15 Praktijk- en patiëntenregistratie

De zorgaanbieder registreert de navolgende relevante gegevens van de verzekerde ten behoeve van het patiëntendossier:

- NAW-gegevens
- geboortedatum
- inschrijfnummer
- Burgerservicenummer (BSN)
(registratie met inachtneming van de relevante wet- en regelgeving)
- werkdiagnose
- behandeling
- behandeldatum
- behandelresultaat (indien bekend)

Artikel 16 Gegevensuitwisseling/rapportage

1. De zorgaanbieder werkt mee aan het opzetten en in stand houden alsmede het gebruik van een elektronisch patiëntendossier. Hierbij wordt de landelijke ontwikkeling gevolgd.
2. De zorgverzekeraar stimuleert en ondersteunt de realisatie van de benodigde infrastructuur voor een elektronische uitwisseling van (medische) informatie van patiënten. De zorgaanbieder spant zich in om deze informatie via elektronische weg met andere zorgaanbieders uit te wisselen. De zorgaanbieder kan zich rechtstreeks dan wel via een regionale communicatiedienst aansluiten bij de landelijke communicatiedienst. Bij de elektronische uitwisseling van gegevens houdt de zorgaanbieder zich aan de voor zijn beroepsgroep vastgestelde standaarden (te raadplegen via Nictiz) en neemt hij de regels die gelden ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van patiënten in acht. De zorgaanbieder is zich er van bewust dat in de toekomst de rechtstreekse dan wel indirecte aansluiting op de landelijke communicatiedienst niet meer vrijblijvend is.
3. De zorgverzekeraar draagt zorg voor monitoring en terugkoppeling via aangeleverde spiegelinformatie.

Artikel 17 Overlegstructuur

Zo vaak als noodzakelijk maar in ieder geval bij voorzienbare niet nakoming van de overeenkomst vindt overleg plaats over de overeenkomst en de uitvoering ervan.

Artikel 18 Administratieve afspraken

Partijen komen de administratieve afspraken overeen zoals opgenomen in bijlage 1.

Artikel 19 Geschillenregeling

1. Alle geschillen welke tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar ontstaan naar aanleiding van:
 - deze overeenkomst;
 - daarmee samenhangende of daaruit voortvloeiende overeenkomsten en/of aanvullingen op zodanige overeenkomsten;
 - feiten, welke in enig opzicht met de uitvoering van vorenbedoelde overeenkomsten, wijzigingen of aanvullingen en de daaruit voortvloeiende relatie tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar verband houden, worden berecht en beslist door de Commissie voor de Rechtspraak volgens de regelen van het Reglement op de Rechtspraak Zorgverzekering, zoals dit thans luidt, dan wel in de toekomst zal komen te luiden.
2. Alvorens een geschil aanhangig te maken, kunnen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar een verzoek tot bemiddeling indienen bij de Commissie voor de Rechtspraak, zulks volgens

de regelen van het Reglement inzake Bemiddeling Zorgverzekering, zoals dit thans luidt, dan wel in de toekomst zal komen te luiden.

3. Is de overeenkomst geëindigd dan blijft hetgeen in dit artikel is bepaald, nochtans tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar van kracht en dienen geschillen uit deze overeenkomst voortvloeiende binnen drie jaar na beëindiging van de overeenkomst te worden aangebracht bij de Commissie voor de Rechtspraak, tenzij zulks in redelijkheid en billijkheid niet mogelijk is.

Artikel 20 Prijs, declaratie en betaling

1. De zorgverzekeraar zal de zorgaanbieder ter zake van bij deze overeenkomst op zich genomen verplichtingen honoreren volgens de tussen partijen overeengekomen tarieven en, indien van toepassing, met inachtneming daarbij van de vergoedingsregelingen zoals die in de zorgverzekering(en) van de verzekerde zijn opgenomen.
2. De zorg, waarvoor de verzekeringsvoorwaarden die voor de verzekerde gelden dekking bieden, wordt verleend zonder enige betaling door de verzekerde, met uitzondering in sommige gevallen van de M&I verrichting Reizigersadviesing, indien de zorgaanbieder deze mag declareren, en behoudens bij of krachtens de wet vastgestelde eigen bijdrage. De zorgaanbieder int de eigen bijdrage bij de verzekerde, niet zijnde het verplicht en/of vrijwillig eigen risico.
3. De zorgaanbieder zal op grond van deze overeenkomst geen kosten bij de zorgverzekeraar of de verzekerde in rekening brengen, die op basis van andere overeenkomsten reeds vergoed zijn of zullen worden.

Artikel 21 Verantwoording

1. Teneinde te kunnen beoordelen of de tussen partijen bestaande overeenkomst naar behoren wordt nagekomen, is iedere partij gehouden de andere partij alle inlichtingen te verschaffen die deze redelijkerwijs behoeft, met inachtneming van het beroepsgeheim van de huisarts en de privacybescherming van patiënten.
2. De bevindingen naar aanleiding van analyse van verstrekte gegevens worden door de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder meegedeeld.

Artikel 22 Controle

1. De zorgverzekeraar voert materiële controle uit. Hij houdt zich daarbij aan de geldende regelgeving en de voor hem geldende gedragscodes en protocollen. De wijze van uitvoering van de materiële controle is voorbehouden aan de zorgverzekeraar.
2. De zorgaanbieder beschikt over een zodanig toegankelijke administratie van de zorgdossiers, dat materiële controle op eenvoudige wijze mogelijk is. Deze administratie is toegankelijk voor de medisch adviseur en de onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur vallende medewerkers van de zorgverzekeraar.
3. De zorgaanbieder draagt zorg voor een juiste en volledige vastlegging van medische en administratieve gegevens die benodigd zijn voor een materiële controle op de aan de zorgverzekeraar gedeclareerde bedragen. Daarbij geldt ten behoeve van de materiële controle door de zorgverzekeraar een minimale bewaartermijn van vijf jaren. Dit geldt ook indien de betreffende verzekerde is overleden.
4. De zorgaanbieder verleent aan de in lid 1 bedoelde materiële controle alle medewerking die redelijkerwijs van hem kan worden gevergd, met inbegrip van het verstrekken van kopieën van bescheiden waarover de zorgaanbieder de beschikking heeft.

Artikel 23 Goodwill

1. De zorgaanbieder verbindt zich jegens de zorgverzekeraar om bij praktijkbeëindiging, associatie of enige andere vorm van overdracht van (een deel van) de praktijk niet in enigerlei vorm een vergoeding voor goodwill te zullen bedingen van degene die diens praktijk geheel of gedeeltelijk overneemt. Onder goodwill wordt niet verstaan een

marktconforme vergoeding voor onroerende materiële praktijkzaken die overgedragen worden.

2. De zorgaanbieder die zich vestigt, verklaart hierdoor dat hij in generlei vorm vergoeding van goodwill heeft betaald aan de huisarts/zorgaanbieder die zijn praktijk beëindigd heeft, voor het geheel of gedeeltelijk overnemen van diens praktijk.

Artikel 24 Fraude

1. De zorgverzekeraar kan fraude registreren in de tussen verzekeringsmaatschappijen toepasselijke signaleringssystemen.
2. De zorgaanbieder is bij fraude aan de zorgverzekeraar schadevergoeding verschuldigd, mede omvattend de kosten van opsporing en onderzoek van de fraude.

Artikel 25 Aansprakelijkheid /verzekeringplicht

1. De zorgaanbieder is verplicht zich in voldoende mate te verzekeren en verzekerd te blijven tegen bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid. Daarnaast zorgt hij ervoor dat het personeel (waaronder ook de zorgverleners gerekend worden, die ten behoeve van zijn praktijk werkzaam zijn), voor zover het niet onder de in de eerste volzin genoemde verzekering valt, in voldoende mate verzekerd is en blijft tegen (beroeps)aansprakelijkheid.
2. De zorgaanbieder vrijwaart de zorgverzekeraar voor alle aanspraken van verzekerden en/of derden door of ten gevolge van de verlening van zorg en voor alle verplichtingen die voortvloeien uit deze overeenkomst en waarvoor de zorgaanbieder en de zorgverlener aansprakelijk zijn.
3. Indien de overeenkomst is gesloten met meerdere praktijkhouders, is elk van hen afzonderlijk verantwoordelijk voor de nakoming van de overeenkomst en aansprakelijk voor de gehele schade als gevolg van de niet nakoming.

Artikel 26 Maatschappelijk verantwoord ondernemen

1. De zorgaanbieder neemt verantwoordelijkheid voor de effecten van de bedrijfsactiviteiten op mens en milieu.
2. De zorgaanbieder spant zich in om positieve effecten te creëren op sociaal (people) ecologisch (planet) en economisch (prosperity) gebied.
3. De zorgaanbieder maakt in zijn jaarverslag (voor zover van toepassing) inzichtelijk op welke wijze hij vorm geeft aan het maatschappelijk verantwoord ondernemen.

Artikel 27 Einde overeenkomst

1. Deze overeenkomst eindigt:
 - a. door het verstrijken van de overeengekomen contractsduur, zoals vermeld op het zorgaanbiedergebonden deel (Deel I);
 - b. op een eerder tijdstip met wederzijds goedvinden;
 - c. door tussentijdse opzegging;
 - d. in geval van fraude;
 - e. in geval van overlijden van een praktijkhouder;
 - f. in geval een praktijkhouder, zijnde een huisarts, niet meer (volledig) voldoet aan de definitie 'huisarts' zoals vermeld in artikel 1 onder c. 'zorgverlener';
 - g. met ingang van het tijdstip waarop een praktijkhouder onder curatele staat;
 - h. door faillissement van de zorgaanbieder/een praktijkhouder of indien de zorgaanbieder/een praktijkhouder (voorlopig) surséance van betaling is verleend;
 - i. indien ten gevolge van een uitspraak gedaan door de Inspectie voor de Gezondheidszorg of gedaan op grond van de Wet BIG en/of het Wetboek van Strafrecht, het de zorgaanbieder/een praktijkhouder niet meer is toegestaan in zijn praktijk in volle omvang zorg te leveren/verlenen dan wel zijn beroep in volle omvang en voor eigen verantwoordelijkheid, uit te oefenen.
 - j. wanneer de zorgverzekeraar niet meer (volledig) voldoet aan de voorwaarde zoals omschreven in de van toepassing zijnde definitie. Dit geldt niet indien de toelating van de

zorgverzekeraar wordt ingetrokken als gevolg van een overname van "de portefeuille" door een andere zorgverzekeraar. In dit geval gaan de rechten en verplichtingen die de zorgverzekeraar ingevolge deze overeenkomst heeft, over op de overnemende zorgverzekeraar.

2. Opzegging dient schriftelijk en aangetekend plaats te vinden met inachtneming van een termijn van twee maanden.
3. Indien de overeenkomst is gesloten met meerdere praktijkhouders in een praktijk, heeft beëindiging van de overeenkomst met één van deze praktijkhouders geen gevolgen voor de overeenkomst met de andere praktijkhouders in de praktijk.
4. Indien en voor zover gedurende de looptijd van de overeenkomst wijzigingen optreden in relevante wet- en regelgeving die naar het oordeel van de zorgverzekeraar van invloed zijn op de inhoud van de overeenkomst, treden partijen zo spoedig mogelijk met elkaar in overleg om met inachtneming van nieuwe wet- en regelgeving vervangende afspraken met elkaar te maken.

Artikel 28 Afspraken met betrekking tot afhandeling na einde overeenkomst

Indien de overeenkomst eindigt, is de zorgaanbieder, met inachtneming van de wetgeving inzake de bescherming van persoonsgegevens, gehouden alle medewerking te verlenen aan de overdracht van verzekerdengegevens aan de zorgaanbieder/huisarts die navolgend de zorg aan de betrokken verzekerden gaat leveren alsmede aan alle overige handelingen, die noodzakelijk zijn voor een goede uitvoering van de overeenkomst door de opvolgend zorgaanbieder/huisarts.

Bijlage 1

Declaratieafspraken tussen gecontracteerde zorgaanbieders en De Friesland Zorgverzekeraar inzake huisartsenzorg

Declaraties

- Wijze van aanlevering declaraties
Alle declaraties in het kader van de Basisverzekering en Aanvullende verzekeringen dient de zorgaanbieder rechtstreeks bij de zorgverzekeraar aan te leveren via het portaal van VeCoZo.
- Frequentie van aanlevering
De declaratie van het inschrijvingstarief voor het komende kwartaal levert de zorgaanbieder in de eerste week van ieder kwartaal aan. Als peildatum geldt de eerste dag van ieder kwartaal. Declaraties van verrichtingen/prestaties dient de zorgaanbieder maandelijks te declareren. In onderling overleg tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar kunnen hierop uitzonderingen worden gemaakt.
- Retourinformatie
Voor de declaraties die de zorgaanbieder aanlevert via het portaal van VeCoZo zal ook de retourinformatie via dit portaal lopen.
- Standaarden
Voor geautomatiseerde aanlevering en retourinformatie conformeren de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar zich aan de landelijke afspraken. Op de site van VeCoZo staat aangegeven welke standaarden de zorgverzekeraar ondersteunt.

Betaling en afrekening van uw declaratie

Indien de zorgverzekeraar de declaratie van de zorgaanbieder volledig kan verwerken, volgt er altijd een definitieve afrekening. Uit deze afrekening blijkt waaruit het betaalde bedrag bestaat. Eventuele afgekeurde records/declaratieregels worden nader gespecificeerd. De afrekening ontvangt de zorgaanbieder voordat het uitbetaalde bedrag op diens bank- of girorekening wordt bijgeschreven.

Declaraties aangeleverd via:

- VeCoZo
Betaling en definitieve afrekening vinden plaats binnen 14 dagen na de datum van ontvangst. Indien uit de definitieve afrekening blijkt dat het uitvalpercentage van het aantal aangeleverde records/declaratieregels na verwerking 2% of hoger is, dan wordt de betalingstermijn verlengd naar 35 dagen na de datum van ontvangst.

Voorlopige betaling

Mocht er door toedoen van de zorgverzekeraar niet een tijdige definitieve betaling kunnen plaatsvinden, dan zal de zorgaanbieder een voorlopige betaling in goede rekening ontvangen van 100% van het totaalbedrag van diens ingediende declaratie.

Indien de zorgaanbieder zijn declaratie dusdanig aanlevert dat de zorgverzekeraar niet in staat is tijdig een definitieve afrekening aan te maken, dan neemt de zorgverzekeraar binnen 10 werkdagen contact met hem op om een betalingsafpraak te maken.

COV check

De zorgverzekeraar staat garant voor de verwerking van de declaratie indien de zorgaanbieder voorafgaand aan de behandeling een geautomatiseerde controle op verzekeringsrecht (COV-check) via het portaal van VeCoZo uitvoert en de verzekerde op dat moment staat ingeschreven bij de zorgverzekeraar. Om reden van verzekeringsrecht zal de zorgverzekeraar de declaratie dan niet afwijzen. Het gebruik maken van de geautomatiseerde COV-check blijkt uit de overeenkomst hieromtrent.

Eigen risico

Bij rechtstreekse aanlevering int de zorgverzekeraar een eventueel eigen risico bij de verzekerde.

Inschrijving op naam

De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor een correcte inschrijving van de verzekerde op naam.

De zorgaanbieder verplicht zich er toe per ingangsdatum van de onderhavige overeenkomst en gedurende de looptijd ervan het bestand van de Stichting Inschrijving op Naam (ION) – het bestand/de database waar de zorgaanbieders huisartsenzorg in aangeven welke patiënten bij hen op naam staan ingeschreven¹ – adequaat te vullen (zijn op naam ingeschreven patiënten aan te melden bij de Stichting ION) en te gebruiken. Voorafgaand aan het indienen van de declaraties van het inschrijvingstarief, controleert de zorgaanbieder in het bestand of de verzekerden voor wie hij het inschrijvingstarief wil declareren, ook daadwerkelijk daar bij hem op naam staan ingeschreven. De zorgaanbieder zal voor een verzekerde die niet in het bestand bij hem op naam staat ingeschreven, het inschrijvingstarief niet declareren. Gebeurt dit bij herhaling toch, dan kan de zorgverzekeraar gepaste maatregelen nemen, bestaande uit het verlengen van de betalingstermijn.

UZOVI-nummers

Declaraties dient de zorgaanbieder aan te leveren onder nummer 7084.

Declareren via een derde

Kiest de zorgaanbieder ervoor om via een derde zijn declaraties bij de zorgverzekeraar in te dienen, dan dient de zorgaanbieder dat voorafgaand door middel van het toesturen van bewijsstukken, waaruit zijn relatie met de derde blijkt, aan de zorgverzekeraar kenbaar te maken. Aan de hand van de toegestuurde stukken, zal de zorgverzekeraar bepalen of hij ermee in kan stemmen dat via een derde wordt gedeclareerd.

Voor de situatie dat de zorgaanbieder via een derde zijn declaraties bij de zorgverzekeraar indient, geldt het volgende. Door ondertekening van deze overeenkomst verklaart hij dat hij een declaratie die hij via een derde heeft ingediend en die door de zorgverzekeraar aan de derde is betaald, niet nog een keer rechtstreeks bij de zorgverzekeraar of bij de (ex-)verzekerde van de zorgverzekeraar zal indienen; ook niet als hij van de derde voor die betreffende declaratie geen vergoeding heeft ontvangen of zal ontvangen. Hij verklaart hierbij met andere woorden dat in bovengenoemd geval, de zorgverzekeraar (voor de (ex-)verzekerde) bevrijdend heeft betaald. Door betaling aan de derde is de zorgverzekeraar/(ex-)verzekerde jegens de zorgaanbieder gekweten. Indien deze overeenkomst is beëindigd en aansluitend geen nieuwe overeenkomst wordt afgesloten, blijft deze bepaling betreffende het declareren via een derde voor de toekomst van kracht.

Wanneer de zorgaanbieder eenmaal heeft aangegeven via een derde zijn declaraties te willen indienen en de zorgverzekeraar daarmee in heeft kunnen stemmen, kan de zorgaanbieder pas weer zelf rechtstreeks zijn declaraties bij de zorgverzekeraar indienen, wanneer hij middels bewijsstukken heeft aangetoond, dat zijn relatie ten opzichte van de derde dienovereenkomstig is gewijzigd.

¹ In de ION database zijn de NAW-gegevens, de burgerservicenummers en verzekeringsgegevens opgenomen van Nederlandse ingezetenen die staan ingeschreven bij een zelfstandig gevestigde BIG-geregistreerde huisarts of een samenwerkingsverband van BIG-geregistreerde huisartsen. Van elke ingeschreven patiënt staat tevens de zogenaamde AGB-code van de huisarts vermeld.

Bijlage 2 – Verbruiksmateriaal

De navolgende verbruiksmaterialen (limitatieve lijst) mogen additioneel op basis van de werkelijk gemaakte kosten tot aan de onderstaande maximumtarieven in rekening worden gebracht. De (eventueel) ontvangen bonussen en kortingen dienen te worden doorgegeven. Het is niet de bedoeling dat de zorgaanbieder aan deze vergoedingsregeling verdient. De zorgaanbieder is verplicht op verzoek van de patiënt, dan wel diens verzekeraar – indien de verzekeraar een contractuele relatie heeft met de zorgaanbieder – de nota van de ingekochte verbruiksmaterialen te overleggen.

Verbruiksmaterialen zijn binnen de M&I verrichtingen veelal in het tarief verrekend en mogen dan niet aanvullend in rekening worden gebracht.

Het betreft:	Maximumtarief:
12900 Materiaalkosten atraumatisch hechtmateriaal, waaronder lijmen;	€ 10,15
12901 Materiaalkosten tapemateriaal ten behoeve van enkeldistorties;	€ 5,28
12902 Materiaalkosten zwangerschapsreactie (planotest en dergelijke);	€ 3,17
12903 Materiaalkosten dipslides (urine­weginfecties);	€ 1,05
12904 Materiaalkosten teststrips bloedsuikerbepaling diabetespatiënten (waaronder eyetone-teststrips);	€ 1,05
12905 Materiaalkosten vloeibaar stikstof of histofreezer;	€ 3,84
12906 Materiaalkosten blaaskatheter;	€ 14,93
12907 Materiaalkosten CRP-sneltest cassette(s).	€ 4,14

Voorwaarde voor het in rekening kunnen brengen van de verbruiksmaterialen is, dat deze op grond van de van toepassing zijnde tariefbeschikking¹ van de NZa in rekening gebracht mogen (blijven) worden.

¹ De tariefbeschikking Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

Bijlage 3 - Populatiegebonden vergoedingen

Via de populatiegebonden vergoedingen wordt de mogelijkheid geboden zorgaanbieders van een toeslag te voorzien die in hun praktijk veel oudere patiënten hebben en/of patiënten die in een opslagwijk (voorheen: achterstandswijk) wonen. Van deze categorieën patiënten is bekend dat zij meer dan gemiddeld zorg consumeren dan wel dat wanneer aan hen een consult verleend wordt, daar meer tijd mee gemoeid is.

De populatiegebonden vergoedingen zijn opgebouwd uit twee componenten: het betreft toeslagen op het inschrijvingstarief voor verzekerden van 65 tot 75 jaar, voor verzekerden vanaf 75 jaar en voor verzekerden in een opslagwijk (voorheen: achterstandswijk).

De toeslag inzake opslagwijken betreft de module achterstandsfonds. Via het achterstandsfonds kunnen op een indirecte wijze specifieke zorgactiviteiten in het kader van de opslagwijkproblematiek worden gefinancierd.

Van de postcodes in Nederland wordt bepaald of zij in achterstandsgebieden voorkomen. Verzekerden woonachtig in de betreffende postcodes worden aangemerkt als woonachtig in een opslagwijk. Voor Friesland gaat het momenteel om de volgende postcodes:

8911 J, K, L
8918 A, B, C, D, E, G, H, J, K, L, M
8921 H, J, K
8922 H
8923 A, B, C, D, E, G, H
8924 A, B, C, E, G, H, J
8936 A
8937 A, B

Wanneer door een aanpassing van de betreffende tariefbeschikking¹ van de NZa deze bijlage noodzakelijkerwijs eveneens aangepast zou moeten worden, dient deze bijlage vanaf het moment dat de betreffende aangepaste/nieuwe tariefbeschikking ingaat, gelezen te worden als in overeenstemming met die vanaf dat moment van toepassing zijnde tariefbeschikking.

¹ De tariefbeschikking Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

Bijlage 4 - Aanvullende bepalingen inzake Segment 1

In de tariefbeschikking is onder de paragraaf 'Overige S1 - verrichtingen' aangegeven dat voor zeven specifieke (groepen van) verrichtingen separate prestaties bestaan. Het betreft verrichtingen die tot en met 2014 als M&I-verrichting gedeclareerd konden worden. Ten aanzien van twee daarvan – die hieronder zijn vermeld – houdt de zorgaanbieder zich aan hetgeen in deze bijlage daarbij is bepaald.

- Therapeutische injectie (Cyriax, vh. 13023)
- IUD aanbrengen / Implanteren of verwijderen implanonstaafje (vh. 13042)

Voor de hierboven genoemde verrichtingen kan het maximum NZa-tarief behorende bij deze prestaties in rekening gebracht worden, mits aan de voorwaarden is voldaan die bij de betreffende verrichtingen zijn gesteld. Deze voorwaarden zijn deels opgenomen in de van toepassing zijnde tariefbeschikking van de NZa en deels in het overzicht dat onderdeel uitmaakt van deze bijlage. Dit overzicht is opgenomen in de 'Tarievenlijst prestaties, (voormalige) M&I verrichtingen en verbruiksmaterialen 2016-2017' die te raadplegen is via <http://www.defriesland.nl/huisartsenzorg>.

De zorgaanbieder declareert de bovenstaande verrichtingen onder de codes die erachter tussen haakjes bij staan vermeld (de voormalige M&I verrichtingencodes).

Bijlage 5 – M&I Verrichtingen

Kwaliteit

De M&I verrichtingen zullen worden geleverd door een daarvoor gediplomeerd en gekwalificeerd huisarts die voldoet aan de eisen van (her-)registratie in het kader van de Wet BIG. De verrichtingen omvatten tevens het gebruik van daartoe geëigend materiaal tenzij anders aangegeven, alsmede de vereiste nazorg.

De zorgaanbieder ziet erop toe dat de huisarts er zorg voor draagt dat hij bij de zorgverlening, rekening houdend met zijn eigen individuele deskundigheid, de eisen in acht neemt die redelijkerwijs aan huisartsen mogen worden gesteld volgens de binnen hun beroepsgroep geldende algemeen aanvaarde professionele standaard. De zorgaanbieder ziet erop toe dat de huisarts blijft beschikken over de kennis en kunde die voor een goede uitoefening van deze specifieke zorg noodzakelijk zijn.

De zorgaanbieder ziet erop toe dat de huisarts zich voorafgaand aan de behandeling overtuigt van de instemming van de verzekerde met de behandeling. De verzekerde is vrij in de keuze tussen reguliere zorg en de zorg geleverd in het kader van deze regeling. De huisarts zal zich bij de wijze van zorgverlening mede laten leiden door overwegingen van effectiviteit en doelmatigheid.

Lijst met verrichtingen en tarieven

De lijst met verrichtingen en de bijbehorende tarieven (M&I verrichtingenlijst 2016 - 2017) maakt onderdeel uit van deze bijlage 5 en daarmee van de overeenkomst. De M&I verrichtingenlijst 2016 – 2017 is opgenomen in de ‘Tarievenlijst prestaties, (voormalige) M&I verrichtingen en verbruiksmaterialen 2016-2017’ die te raadplegen is op en te downloaden vanaf: <http://www.defriesland.nl/huisartsenzorg>.

De zorgaanbieder houdt zich aan de omschrijvingen en voorwaarden zoals deze in de lijst zijn opgenomen. Verder is een voorwaarde voor het in rekening kunnen brengen van de verrichtingen, dat deze op grond van de van toepassing zijnde beleidsregels en tariefbeschikking(en) van de NZa in rekening gebracht mogen (blijven) worden. De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om de omschrijvingen en voorwaarden in de bovenbedoelde lijst aan te passen als regelgeving van de NZa daar aanleiding toe geeft. Deze in de lijst gewijzigde omschrijvingen en voorwaarden maken dan automatisch onderdeel uit van de overeenkomst.

Voor huisartsenzorg in het kader van de M&I verrichtingenlijst mogen naast de daarvoor vastgestelde verrichtingen geen andere verrichtingen(tarieven) in rekening worden gebracht.

Evaluatie

Als onderdeel van de uitvoering van deze overeenkomst kan er een evaluatie plaatsvinden van de verrichtingen. Hierbij zal onder meer worden gekeken naar de effecten op de consumptie van de reguliere zorg, waarvoor de zorg verleend in het kader van deze prestatie in de plaats is gekomen. Van de zorgaanbieder kan medewerking worden gevraagd ter verkrijging van de benodigde gegevens met inachtneming van de toepasselijke wet- en regelgeving.

Bijlage 6 – Segment 3

Segment 3 biedt de ruimte aan verzekeraars en zorgaanbieders om onderling afspraken te maken over het belonen van uitkomsten van zorg (Resultaatbeloning) en Zorgvernieuwing op lokaal niveau.

Hieronder is aangegeven aan welke deelprestaties onder Resultaatbeloning en Zorgvernieuwing de zorgverzekeraar invulling heeft gegeven en op welke wijze dat is gebeurd.

- **Resultaatbeloning**

Resultaatbeloning Service en bereikbaarheid

Deze deelprestatie biedt ruimte om afspraken te maken over beloning op uitkomsten van zorgkwaliteit en/of kosten als gevolg van een verbetering in service en bereikbaarheid. Afspraken rondom zaken als het ingericht hebben van een ochtend- en/of avondspreekuur en/of weekendspreekuur, volledige telefonische bereikbaarheid en het hebben en gebruiken van mogelijkheden voor patiënten om digitaal afspraken te maken met de huisartsenpraktijk (patiëntenportaal) kunnen hieronder vallen. De zorgverzekeraar zet in het kader van deze deelprestatie Service en Bereikbaarheid de daar weer onder vallende, hierna volgende deelprestaties in.

-Ochtend-, avond- en/of weekendspreekuur.

-Telefonische bereikbaarheid.

-Patiëntenportaal.

De voorwaarden om voor vergoeding van elk van deze drie deelprestaties in aanmerking te komen en deze te kunnen declareren, zijn te vinden op: <http://www.defriesland.nl/huisartsenzorg>.

- **Zorgvernieuwing**

Zorgvernieuwing Overig

Deze prestatie biedt ruimte om lokale afspraken te maken over de vergoeding van overige vormen van zorgvernieuwing, die niet in één van de andere prestaties Zorgvernieuwing zijn onder te brengen. De zorgverzekeraar brengt de volgende prestaties onder 'Zorgvernieuwing Overig'. Daarbij hanteert de zorgverzekeraar een indeling in categorieën.

Kwaliteit

-Prestatie Praktijk-accreditatie.

-Prestatie FTO 4/DTO.

Deze prestatie bestaat uit de volgende drie deelprestaties:

- FTO 4;
- Gecombineerde FTO 4 - DTO;
- Afzonderlijke DTO.

-Prestatie Diagnostiek veneuze trombo-embolie (VTE).

-Prestatie Medisch-farmaceutische Beslisregels.

De voorwaarden om voor vergoeding van bovenstaande prestaties in aanmerking te komen en deze te kunnen declareren, zijn te vinden op: <http://www.defriesland.nl/huisartsenzorg>.

Ouderenzorg

-Prestatie Integrale Ouderenzorg.

De voorwaarden om voor vergoeding van deze prestatie in aanmerking te komen en deze te kunnen declareren, zijn te vinden op: <http://www.defriesland.nl/huisartsenzorg>.

-Prestatie GFI (Module Wijs Grijs i.c.m. het Anderhalvelijnscentrum Drachten).

De voorwaarden om voor vergoeding van deze prestatie in aanmerking te komen en deze te kunnen declareren, zijn te vinden op: <http://www.defriesland.nl/huisartsenzorg>.

-Prestatie Geïntegreerde Eerstelijns Ouderenzorg.

Dit betreft een aparte afspraak die tussen de zorgverzekeraar en de huisartsenpraktijken gemaakt kan worden.

Voor praktijken die deelnemen aan de prestatie GFI of de prestatie Integrale Ouderenzorg geldt dat deelname aan de prestatie Geïntegreerde Eerstelijns Ouderenzorg is uitgesloten.

POH S

-Prestatie POH S.

Indien van toepassing, is in de Kernafspraken als onderdeel van deze overeenkomst het voor de zorgaanbieder berekende tarief voor de prestatie POH S opgenomen. Voor de bepalingen m.b.t. de prestatie POH S wordt verwezen naar bijlage 7 bij deze overeenkomst.

Organisatieontwikkeling

-Prestatie Praktijkmanagement.

De voorwaarden om voor vergoeding van deze prestatie in aanmerking te komen en deze te kunnen declareren, zijn te vinden op: <http://www.defriesland.nl/huisartsenzorg>.

-Prestatie Moeilijk bereikbare gebieden.

Voor deze prestatie geldt een aanvraagprocedure. Dit betreft een aparte afspraak tussen de zorgverzekeraar en de huisartsenpraktijken in de betreffende gebieden.

Voorwaarden voor vergoeding

Voor vergoeding van de bovenstaande (deel)prestaties dient te worden voldaan aan de hiervoor geldende criteria/voorwaarden. De criteria/voorwaarden zijn opgenomen in deze bijlage, in de bijbehorende documenten op de website van de zorgverzekeraar waar vanuit deze bijlage naar verwezen wordt en in de Prestatiecodelijst 2016 - 2017 Segment 3. De Prestatiecodelijst 2016 – 2017 Segment 3 is opgenomen in de 'Tarievenlijst prestaties, (voormalige) M&I verrichtingen en verbruiksmaterialen 2016-2017' die geraadpleegd kan worden op en te downloaden is vanaf: <http://www.defriesland.nl/huisartsenzorg>. In deze Prestatiecodelijst zijn ook de tarieven inzake segment 3 opgenomen.

De documenten met de betreffende criteria/voorwaarden en de Prestatiecodelijst 2016 - 2017 Segment 3 maken dus onderdeel uit van deze bijlage 6 en daarmee van deze overeenkomst. De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om zonder voorafgaande ingebrekestelling de betaling van de (deel)prestaties stop te zetten dan wel betaalde gelden terug te vorderen of te verrekenen, wanneer hij constateert dat niet aan de voorwaarden is/wordt voldaan.

Bijlage 7 – Inzake Praktijkondersteuning Huisartsen Somatiek (POH-S)

Aanvullende overeenkomst

Deze aanvullende overeenkomst heeft enkel betrekking op zorgaanbieders waarbij sprake is van Praktijkondersteuning Huisartsen Somatiek (POH-S) en die volgens de door De Friesland Zorgverzekeraar gestelde eisen inzake praktijkondersteuning huisartsenzorg (somatisch) recht hebben op vergoeding van de prestatie Praktijkondersteuning Huisartsen Somatiek (POH-S).

De Friesland Zorgverzekeraar (hierna: de zorgverzekeraar) en de zorgaanbieder, zoals zij beide omschreven zijn in Deel I Zorgaanbiedergebonden deel

overwegende dat:

- de prestatie Praktijkondersteuning Huisartsen Somatiek (POH-S) als doel heeft het bevorderen van taakdelegatie in de huisartspraktijk(en);
- de praktijkondersteuner tevens een middel is om de kwaliteit van de huisartsenzorg te verbeteren;
- de inzet van de praktijkondersteuner in eerste instantie is bedoeld voor chronische doelgroepen;
- de praktijkondersteuner zich minimaal op drie chronische onderdelen uit de NHG-standaarden zal richten. Daarnaast geldt dat de praktijkondersteuner in ieder geval zorg verleent aan DM II, COPD, Astma en CVRM patiënten, zolang de zorgaanbieder niet is aangesloten bij een ketenzorggroep voor de betreffende patiëntengroep;
- de zorgaanbieder in het kader van de POH-S onderdeel uit kan uitmaken van een samenwerkingsverband waar meerdere huisartsenpraktijken bij betrokken zijn;
- de zorgaanbieder, de praktijkondersteuner(s) en – indien van toepassing – het samenwerkingsverband en de daarbij betrokken huisartsenpraktijken voldoen aan/zich houden aan de eisen behorende bij de prestatie Praktijkondersteuning huisartsenzorg (somatisch) zoals verwoord in het document 'Prestatie POH S 2016 - 2017' dat op de site van de zorgverzekeraar staat (zie <http://www.defriesland.nl/huisartsenzorg>) voor zover er in deze overeenkomst niet van wordt afgeweken;
- met ingang van 1 januari 2011 de inzet van de POH-S geheel gefinancierd werd door middel van een vrij onderhandelbare opslag op het inschrijvingstarief (de betreffende M&I module), dan wel via afspraken binnen de ketenzorg-DBC's. De separate POH-S consulten en afgeleide prestaties waren hiermee komen te vervallen. Voor inzet van de praktijkondersteuner(s) somatiek kon de huisarts geen consulten en/of visites in rekening brengen;
- met ingang van 1 januari 2015 door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan partijen de keuze wordt gelaten hoe de inzet van de somatische praktijkondersteuning (POH S) te vergoeden. De volledige kosten van de POH-S kunnen worden vergoed vanuit de ketenzorgprestaties (de S2A prestaties; voorheen de ketenzorg-DBC's) en/of opslagen op het inschrijvingstarief (voorheen de M&I module). Maar het is ook mogelijk om ervoor te kiezen dat de kosten van de POH-S gedeeltelijk worden gedekt door declaraties van consulten in segment 1. Voor een eventuele overige component kunnen partijen afspraken maken binnen 'Overige zorgvernieuwing' in segment 3;
- voor de periode vanaf 2016 de zorgverzekeraar de financieringssystematiek van de POH S heeft gewijzigd. De POH S wordt vanaf 2016 gefinancierd via een opslag op het inschrijvingstarief, de S2A prestaties, declaraties van consulten in segment 1 en via de prestatie Integrale Ouderenzorg die onder 'Zorgvernieuwing Overig' in segment 3 valt;
- onderhavige overeenkomst betrekking heeft op de financiering van de POH-S via een opslag op het inschrijvingstarief (voorheen de M&I module), aangeduid als de 'prestatie POH S'. Zie voor een nadere uitleg van de nieuwe wijze van bekostiging het document 'Bekostiging prestatie POH S 2016 – 2017', te raadplegen via: <http://www.defriesland.nl/huisartsenzorg>.

komen het volgende aanvullend overeen:

Artikel 1 Overeenkomst en nadere voorwaarden

1. De zorgaanbieder en indien er sprake is van een samenwerkingsverband, de aan het samenwerkingsverband gerelateerde huisartsenpraktijken, hebben ieder een overeenkomst Zorgverzekeraar – Zorgaanbieder huisartsenzorg afgesloten met de zorgverzekeraar voor het jaar 2016 en 2017. De onderhavige aanvullende overeenkomst inzake Praktijkondersteuning Huisartsen Somatiek (POH-S) maakt onderdeel uit van de overeenkomst Zorgverzekeraar – Zorgaanbieder huisartsenzorg 2016 – 2017 en is uitsluitend van kracht voor de duur van en

onder de voorwaarden van de overeenkomst Zorgverzekeraar – Zorgaanbieder huisartsenzorg 2016 – 2017, tenzij van die voorwaarden in onderhavige aanvullende overeenkomst afgeweken wordt.

2. De zorgaanbieder neemt in 2016 deel aan minimaal twee zorgketens/zorggroepen voor ketenzorg (DM II, COPD, Astma, CVRM) en in 2017 aan minimaal drie zorgketens/zorggroepen.
3. De zorgaanbieder en indien er sprake is van een samenwerkingsverband, de aan het samenwerkingsverband gerelateerde huisartsenpraktijken, hebben ieder binnen hun praktijk voldoende assistentie in dienst, dat wil zeggen (verhoudingsgewijs) minimaal 0,7 Fte praktijkassistentie per normpraktijk van 2.350 ingeschreven patiënten.

Artikel 2 Plan van Aanpak

1. De zorgaanbieder komt in aanmerking voor praktijkondersteuning op basis van o.a. het ingediende plan van aanpak. Het plan van aanpak maakt onlosmakelijk onderdeel uit van deze aanvullende overeenkomst en de zorgaanbieder zal zich houden aan de inhoud daarvan voor zover dat op hem betrekking heeft. De gegevens die de zorgaanbieder (mede) heeft aangeleverd door middel van de formulieren genoemd in deze aanvullende overeenkomst, komen – mits goedgekeurd door de zorgverzekeraar – daar waar van toepassing, in de plaats van de gegevens in het plan van aanpak of gelden als aanvulling daarop, zodat het plan van aanpak altijd de laatste stand van zaken zal weergeven.
2. In het plan van aanpak zijn o.a. de volgende zaken opgenomen en geregeld:
 - een omschrijving van de huisartsenpraktijk / praktijkondersteuningsgroep;
 - doel en visie praktijkondersteuning; doelstellingen uitgesplitst naar ziektebeelden;
 - takenpakket praktijkondersteuner(s);
 - resultaten en verbeterpunten die voortvloeien uit de praktijkanalyse en het voortgangstraject;
 - datum van indiensttreding praktijkondersteuner(s);
 - aanstelling praktijkondersteuner(s);
 - organisatorische inbedding.
3. De afspraken opgenomen in het plan van aanpak (zie lid 1 en 2) worden binnen de aangegeven tijdspanne van 4 maanden na aanvang van de financiering gerealiseerd. Overmachtsituaties dienen tijdig gemeld te worden, zodat partijen hierover in overleg nadere afspraken kunnen maken.
4. De zorgaanbieder staat er voor in dat de praktijkondersteuner(s) beschikt/beschikken en blijft/blijven beschikken over de kennis en kunde die voor een verantwoorde verlening van zorg noodzakelijk zijn.

Artikel 3 Dienstverband praktijkondersteuner

1. De praktijkondersteuner(s) is/zijn in dienst van een huisartsenpraktijk, een samenwerkingsverband of een faciliterende organisatie. De praktijkondersteuner(s) werkt/werken te allen tijde onder de verantwoordelijkheid van een huisarts.
2. Indien een praktijkondersteuner tijdelijk of blijvend geen of minder werkzaamheden (meer) uitvoert of kan uitvoeren (wegens ziekte, zwangerschap, uitdiensttreding, of vanwege een andere reden), zorgt de zorgaanbieder voor vervanging of opvolging door een praktijkondersteuner. Wanneer de zorgaanbieder geen of slechts gedeeltelijke vervanging of opvolging realiseert, zal deze aanvullende overeenkomst op dit onderdeel – waaronder de financiering – worden aangepast. Dit op een vergelijkbare wijze als in artikel 4 lid 6 is weergegeven. Tijdelijke of blijvende afname van de formatie, ongeacht of er voor vervanging of opvolging is/kan worden gezorgd, meldt de zorgaanbieder binnen twee weken na het ontstaan ervan via het 'Wijzigingsformulier POH Somatiek 2016 - 2017' aan de zorgverzekeraar (zie <http://www.defriesland.nl/huisartsenzorg>) of via een ander, nog nader door de zorgverzekeraar bekend te maken wijzigingsformulier.
3. Een verzoek tot uitbreiding van het aantal uren aan inzet van de praktijkondersteuner(s) kan uitsluitend met gebruikmaking van het 'Aanvraagformulier uitbreiding Fte POH S' (zie <http://www.defriesland.nl/huisartsenzorg>) of via een ander, nog nader door de zorgverzekeraar

bekend te maken aanvraagformulier, worden ingediend. In dit aanvraagformulier zal tevens worden aangegeven op grond waarvan een dergelijk verzoek tot uitbreiding zal worden beoordeeld. Als de zorgverzekeraar kan instemmen met de uitbreiding van het aantal uren aan inzet POH-S, kan deze enkel ingaan per 1 juli of per 1 januari. Het 'Aanvraagformulier uitbreiding Fte POH S' dient daarvoor uiterlijk 1 maand vóór de betreffende datum waarop deze uitbreiding kan ingaan, volledig ingevuld en voorzien van de vereiste bijlagen bij de zorgverzekeraar ingediend te zijn. Deze aanvullende overeenkomst zal vervolgens op een vergelijkbare wijze als in artikel 4 lid 6 is weergegeven, worden aangepast.

Artikel 4 Financiering en administratieve afspraken.

1. De financiering van de Praktijkondersteuning Huisartsen Somatiek vindt plaats middels uitbetaling van het door de zorgverzekeraar vastgestelde tarief voor de prestatie Praktijkondersteuning Huisartsen Somatiek. Het tarief voor de prestatie POH S per kwartaal dat voor de zorgaanbieder geldt, is opgenomen in de Kernafspraken te declareren als toeslag op het inschrijvingstarief per verzekerde.
2. Bij de berekening van het tarief zoals aangegeven in lid 1, is uitgegaan van een jaarvergoeding voor 1 Fte (38 uur per week en 1650 netto werkbare uren per jaar) van € 77.500,--.
3. Het door de zorgaanbieder te declareren tarief voor de prestatie POH S zoals aangegeven in lid 1 is berekend op basis van de gekozen relevante bouwstenen zoals de zorgaanbieder die bij het invullen van de digitale vragenlijst die tot deze overeenkomst heeft geleid, heeft opgegeven. Dit met dien verstande dat het aantal uren POH S in dienst per bouwsteen naar rato moet overeenkomen met het aantal uren POH S in dienst dat bij de betreffende bouwsteen is vastgesteld voor een normpraktijk van 2350 patiënten.
Indien het aantal uren POH S in dienst per bouwsteen verhoudingsgewijs lager ligt dan het aantal uren POH S dat in het kader van de betreffende bouwsteen zou moeten worden ingezet, wordt het tarief POH S naar beneden bijgesteld tot het niveau van het daadwerkelijk aantal uren POH S in dienst.
Indien het aantal uren POH S in dienst per bouwsteen verhoudingsgewijs hoger ligt, dan wordt alleen het aantal uren POH S dat in het kader van de betreffende bouwsteen verhoudingsgewijs zou moeten worden ingezet, gefinancierd.

Bij deelname aan zorggroepen voor ketenzorg (DM II, COPD, Astma, CVRM) is rekening gehouden met een aanloopfase van 6 maanden, waarbij de 6 maanden met terugwerkende kracht beginnen te lopen vanaf de eerste dag van het kwartaal waarbinnen de deelname is gestart. Gedurende de hiervoor bedoelde 6 maanden kan de zorg aan patiënten met de betreffende aandoening nog via de prestatie POH S gedeclareerd worden.

4. Voor de vaststelling van het tarief zijn de bouwstenen van belang geweest die in het geval van de zorgaanbieder van toepassing waren. Zie voor de achtergronden het document 'Bekostiging prestatie POH S 2016 – 2017' (zie <http://www.defriesland.nl/huisartsenzorg>). De zorgaanbieder dient – voor zover op hem van toepassing – overeenkomstig de inhoud van dit document te handelen.
5. Wanneer een zorgaanbieder gedurende de looptijd van deze aanvullende overeenkomst tussentijds deel gaat nemen aan een zorggroep voor ketenzorg aan Diabetes Mellitus type 2 (DM II), COPD, Astma of CVRM patiënten dan zal het tarief voor de prestatie POH S worden gecorrigeerd. Om het nieuwe tarief voor de prestatie POH S te kunnen bepalen, dient de zorgaanbieder binnen 2 weken na toetreding, deelname aan een zorggroep voor ketenzorg te melden aan de zorgverzekeraar. Deze melding dient te geschieden door invulling en toezending van het 'Wijzigingsformulier POH Somatiek 2016 -2017' (zie <http://www.defriesland.nl/huisartsenzorg>) of via een ander, nog nader door de zorgverzekeraar bekend te maken wijzigingsformulier.
Het nieuwe tarief voor de prestatie POH S zal ingaan nadat een aanloopfase van 6 maanden is verstreken. Deze 6 maanden beginnen met terugwerkende kracht te lopen vanaf de eerste dag van het kwartaal waarbinnen de deelname aan een zorggroep/zorgketen is gestart.
6. Bij aanpassing van het tarief voor de prestatie POH S zal aan de zorgaanbieder enkel ter kennisgeving een addendum worden toegestuurd met daarin onder andere opgenomen het voor

hem geldende nieuwe tarief voor de prestatie POH S. Daarbij is ook bepaald per wanneer de tariefsaanpassing ingaat. Het addendum zal automatisch onderdeel uitmaken van deze aanvullende overeenkomst.

Mocht de tariefsaanpassing met terugwerkende kracht ingaan, dan zal er binnen 6 maanden nadat het addendum is toegestuurd een correctie op hetgeen reeds gedeclareerd is, plaatsvinden.

Ten aanzien van datgene wat de zorgaanbieder te veel heeft ontvangen, zal correctie plaatsvinden door een (tijdelijke) verlaging van het tarief voor de prestatie POH S, dan wel door dat wat te veel is ontvangen terug te vorderen, dan wel in mindering te brengen op datgene wat de zorgverzekeraar naar aanleiding van declaraties die hij van de zorgaanbieder zal hebben ontvangen, normaliter dient uit te betalen. Ten aanzien van datgene wat de zorgaanbieder te weinig heeft ontvangen, zal correctie plaatsvinden door een (tijdelijke) ophoging van het tarief voor de prestatie POH S.

7. Ten aanzien van het tarief voor de prestatie POH S kunnen uit deze aanvullende overeenkomst zaken voortvloeien die pas in het jaar 2018 gerealiseerd zullen worden. Wil dit ook daadwerkelijk het geval kunnen zijn, dan dient de zorgaanbieder voor het jaar 2018 een overeenkomst voor Praktijkondersteuning Huisartsen Somatiek (POH-S) met de zorgverzekeraar afgesloten te hebben.
8. De prestatie POH-S kan onder code 31080 gedeclareerd worden.
9. De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om de financiering van de praktijkondersteuning huisartsen somatiek (POH-S) op te schorten of te beëindigen, indien door de zorgaanbieder dan wel – indien daar sprake van is – door de andere aan het samenwerkingsverband gerelateerde huisartsenpraktijken niet wordt voldaan aan de verplichtingen/voorwaarden zoals vermeld in deze aanvullende overeenkomst.
10. Door de zorgverzekeraar ten onrechte uitgekeerde POH-gelden zal de zorgaanbieder dienen terug te betalen; dit kan middels verrekening plaatsvinden.
11. Op eerste verzoek zal de zorgaanbieder de door de zorgverzekeraar gevraagde inhoudelijke informatie aanleveren die betrekking heeft op de praktijkondersteuning huisartsen somatiek.

Artikel 5 Einde aanvullende overeenkomst

Deze aanvullende overeenkomst eindigt:

- conform de bepalingen over beëindiging van de overeenkomst in de overeenkomst Zorgverzekeraar – Zorgaanbieder huisartsenzorg 2016 - 2017 waar deze aanvullende overeenkomst onderdeel van is;
- wanneer de overeenkomst Zorgverzekeraar – Zorgaanbieder huisartsenzorg 2016 - 2017 eindigt waar deze aanvullende overeenkomst onderdeel van is;
- indien het aantal van de bij een samenwerkingsverband betrokken huisartsenpraktijken wijzigt. Daaronder wordt ook de situatie gerekend dat de overeenkomst Zorgverzekeraar – Zorgaanbieder huisartsenzorg en/of de aanvullende overeenkomst inzake praktijkondersteuning huisartsenzorg POH Somatiek met één of meer aan het samenwerkingsverband gerelateerde huisartsenpraktijken wordt beëindigd, c.q. niet opnieuw wordt aangegaan. Afhankelijk van de soort wijziging zal worden bepaald of het om een definitieve beëindiging gaat (indien niet langer aan de minimum normen/voorwaarden voor praktijkondersteuning wordt voldaan) of dat een aanpassing van de aanvullende overeenkomst of een aanpassing anderszins mogelijk is. Het oordeel van de zorgverzekeraar hieromtrent is doorslaggevend;
- indien de verbeterpunten die voortvloeien uit de praktijkanalyse en het voortgangstraject niet binnen de afgesproken periode zijn gerealiseerd;
- In geval de financieringsstructuur van de Praktijkondersteuning Huisartsen Somatiek wijzigt of in geval financiering van de Praktijkondersteuning Huisartsen Somatiek op grond van de van toepassing zijnde beleidsregels en tariefbeschikking van de NZa niet meer mogelijk is.

Met het aankruisen van het hokje vóór Bijlage 7 op Deel I Zorgaanbiedergebonden deel, onder punt C en met ondertekening van Deel I Zorgaanbiedergebonden deel stemmen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder tevens in met de inhoud van deze aanvullende overeenkomst.

Bijlage 8 – Inzake Praktijkondersteuning Huisartsen Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ)

Aanvullende overeenkomst

Deze aanvullende overeenkomst heeft enkel betrekking op zorgaanbieders waarbij sprake is van Praktijkondersteuning Huisartsen Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ) en die volgens de door De Friesland Zorgverzekeraar gestelde eisen inzake praktijkondersteuning huisartsenzorg (GGZ) recht hebben op de module Praktijkondersteuning Huisartsen Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ)

De Friesland Zorgverzekeraar (hierna: de zorgverzekeraar) en de zorgaanbieder, zoals zij beide omschreven zijn in Deel I Zorgaanbiedergebonden deel

overwegende dat:

- praktijkondersteuning huisartsen GGZ (POH GGZ) een middel is om taakdelegatie in de huisartsenpraktijk op het terrein van de Geestelijke Gezondheidszorg te bevorderen;
- POH GGZ het zorgaanbod verbreedt en het vormgeven en versterken van de Geestelijke Gezondheidszorg in de eerste lijn mogelijk maakt;
- deze overeenkomst voortvloeit uit de NZa-beleidsregel BR/CU – 7144 'Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg' of die welke daarvoor in de plaats komen;
- de zorgaanbieder in het kader van de POH GGZ onderdeel uit kan maken van een samenwerkingsverband waar meerdere huisartsenpraktijken bij betrokken zijn;
- de zorgaanbieder, de praktijkondersteuner(s) en – indien van toepassing – het samenwerkingsverband en de daarbij betrokken huisartsenpraktijken, voldoen aan/zich houden aan de inhoud van het document 'Beleid Praktijkondersteuning huisartsenzorg geestelijke gezondheidszorg (POH GGZ) 2016 - 2017' (zie <http://www.defriesland.nl/huisartsenzorg>) voor zover er in deze overeenkomst niet van wordt afgeweken;
- de zorgaanbieder, de praktijkondersteuner(s) en – indien van toepassing – het samenwerkingsverband en de daarbij betrokken huisartsenpraktijken, zich houden aan de prestatiebeschrijving POH GGZ en de (zorg)activiteiten die daaronder vallen, zoals deze is opgenomen/zijn beschreven in de NZa-tariefbeschikking TB/CU-7123-01 of die welke daarvoor in de plaats komen;
- met ingang van 1 januari 2013 de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de POH GGZ regeling heeft aangepast door het maximum tarief voor de module POH GGZ niet meer te baseren op 1 Fte POH GGZ per 8 normpraktijken, maar per 4 normpraktijken. Hierdoor konden meer uren POH GGZ per normpraktijk gecontracteerd worden;
- met ingang van 1 januari 2014 de NZa de POH GGZ regeling opnieuw heeft aangepast door het maximum tarief voor de module POH GGZ niet meer te baseren op 1 Fte POH GGZ per 4 normpraktijken, maar per 3 normpraktijken. Hierdoor konden opnieuw meer uren POH GGZ per normpraktijk gecontracteerd worden;
- de NZa daarnaast met ingang van 1 januari 2014 de mogelijkheid heeft gecreëerd om binnen de module POH GGZ (het bedrag per kwartaal per op naam van de huisarts(en)praktijk) ingeschreven verzekerde) consultatieve raadpleging van gespecialiseerde zorgaanbieders en/of e-health te financieren, naast de personele inzet van de POH GGZ (zie voor het beleid van de zorgverzekeraar hieromtrent het document genoemd onder de vijfde bullet hierboven);
- met ingang van 1 januari 2016 de NZa de POH GGZ regeling opnieuw heeft verruimd.

komen het volgende aanvullend overeen:

Artikel 1 Overeenkomst en nadere voorwaarden

1. De zorgaanbieder en indien er sprake is van een samenwerkingsverband, de aan het samenwerkingsverband gerelateerde huisartsenpraktijken, hebben ieder een overeenkomst Zorgverzekeraar – Zorgaanbieder huisartsenzorg afgesloten met de zorgverzekeraar voor de jaren 2016 - 2017. De onderhavige aanvullende overeenkomst inzake Praktijkondersteuning Huisartsen GGZ (POH-GGZ) maakt onderdeel uit van de overeenkomst Zorgverzekeraar – Zorgaanbieder huisartsenzorg 2016 - 2017 en is uitsluitend van kracht voor de duur van en onder de voorwaarden van de overeenkomst Zorgverzekeraar – Zorgaanbieder huisartsenzorg 2016 - 2017, tenzij van die voorwaarden in onderhavige aanvullende overeenkomst afgeweken wordt.

2. De zorgaanbieder en indien er sprake is van een samenwerkingsverband, de aan het samenwerkingsverband gerelateerde huisartsenpraktijken, hebben ieder binnen hun praktijk voldoende assistentie in dienst, dat wil zeggen (verhoudingsgewijs) minimaal 0,7 Fte praktijkassistentie per normpraktijk van 2.350 ingeschreven patiënten.

Artikel 2 Aanvraag

1. De zorgaanbieder komt in aanmerking voor praktijkondersteuning op basis van de ingediende en akkoord bevonden aanvraag overeenkomstig het daarvoor bestemde format. De akkoord bevonden aanvraag maakt onlosmakelijk onderdeel uit van deze aanvullende overeenkomst en de zorgaanbieder zal zich houden aan de inhoud daarvan voor zover dat op hem betrekking heeft. De gegevens die de zorgaanbieder (mede) heeft aangeleverd door middel van het formulier genoemd in deze aanvullende overeenkomst of anderszins, komen – mits goedgekeurd door de zorgverzekeraar – daar waar van toepassing, in de plaats van de gegevens opgenomen in de aanvraag die oorspronkelijk is ingediend of gelden als aanvulling daarop, zodat de aanvraag die oorspronkelijk is ingediend altijd de laatste stand van zaken zal weergeven.
2. In de aanvraag zijn o.a. de volgende zaken opgenomen en geregeld:
 - een omschrijving van het samenwerkingsverband, wanneer daar sprake van is;
 - samenvatting feedback van ROS adviseur op quickscan;
 - visie op praktijkondersteuning en de functie van de praktijkondersteuner;
 - doelstellingen;
 - taken praktijkondersteuner;
 - organisatie en management;
 - opleiding en profiel van de praktijkondersteuner;
 - op welke wijze de continuïteit van de kwaliteit van de praktijkondersteuner is geborgd.
3. De zorgaanbieder staat ervoor in dat de praktijkondersteuner(s) voldoet/voldoen aan de opleidings- en ervaringseisen en beschikt/beschikken over de kennis, competenties en vaardigheden, zoals aangegeven in het document 'Beleid Praktijkondersteuning huisartsenzorg geestelijke gezondheidszorg (POH GGZ) 2016 - 2017' dat onder de vijfde overweging/bullet hierboven is vermeld. Verder staat de zorgaanbieder in zijn algemeenheid er voor in dat de praktijkondersteuner(s) beschikt/beschikken en blijft/blijven beschikken over de kennis en kunde die voor een verantwoorde verlening van zorg noodzakelijk zijn.

Artikel 3 Dienstverband praktijkondersteuner(s)

1. De praktijkondersteuner(s) is/zijn in dienst van een huisartsenpraktijk, een samenwerkingsverband of een faciliterende organisatie. De praktijkondersteuner(s) werkt/werken te allen tijde onder de verantwoordelijkheid van een huisarts.
2. Indien een praktijkondersteuner tijdelijk of blijvend geen of minder werkzaamheden (meer) uitvoert of kan uitvoeren (wegens ziekte, zwangerschap, uitdiensttreding, of vanwege een andere reden), zorgt de zorgaanbieder voor vervanging of opvolging door een praktijkondersteuner. Wanneer de zorgaanbieder geen of slechts gedeeltelijke vervanging of opvolging realiseert, zal deze aanvullende overeenkomst op dit onderdeel – waaronder de financiering – worden aangepast. Dit op een vergelijkbare wijze als in artikel 4 lid 5 is weergegeven. Tijdelijke of blijvende afname van de formatie, ongeacht of er voor vervanging of opvolging is/kan worden gezorgd, meldt de zorgaanbieder binnen twee weken na het ontstaan ervan aan de zorgverzekeraar.
3. Wanneer het aantal ingeschreven patiënten in de praktijk van de zorgaanbieder toeneemt met meer dan 10% ten opzichte van het aantal dat ten aanzien van zijn praktijk in de laatste stand van zaken van de aanvraag die oorspronkelijk is ingediend, is vastgelegd, zal deze aanvullende overeenkomst op dit onderdeel – waaronder de financiering – worden aangepast. Dit op een vergelijkbare wijze als in artikel 4 lid 5 is weergegeven. De toename van het aantal ingeschreven patiënten meldt de zorgaanbieder binnen twee weken aan de zorgverzekeraar nadat het betreffende percentage is bereikt.

De huisarts kan een afname van het aantal ingeschreven patiënten in zijn praktijk met meer dan 10% bij de zorgverzekeraar melden. Op zijn verzoek kan deze aanvullende overeenkomst op dit onderdeel – waaronder de financiering – vervolgens worden aangepast, mits de zorgverzekeraar

hiermee kan instemmen. De aanpassing zal op een vergelijkbare wijze als in artikel 4 lid 5 is weergegeven, worden doorgevoerd.

4. Een verzoek tot uitbreiding van het aantal uren POH GGZ – tot maximaal 15 uur per week per normpraktijk van 2.350 ingeschreven patiënten – kan uitsluitend met gebruikmaking van het ‘Aanvraagformulier uitbreiding Uren POH-GGZ’ (zie <http://www.defriesland.nl/huisartsenzorg> of via een ander, nog nader door de zorgverzekeraar bekend te maken aanvraagformulier, worden ingediend. In dit aanvraagformulier zal tevens worden aangegeven op grond waarvan een dergelijk verzoek tot uitbreiding zal worden beoordeeld. Als de zorgverzekeraar kan instemmen met de uitbreiding van het aantal uren POH GGZ, zal het nieuwe tarief voor de module POH GGZ ingaan per het eerste kwartaal volgend op de datum waarop het aanvraagformulier volledig ingevuld en voorzien van de vereiste bijlagen, bij de zorgverzekeraar is ingediend. Deze aanvullende overeenkomst zal vervolgens op een vergelijkbare wijze als in artikel 4 lid 5 is weergegeven, worden aangepast.

Artikel 4 Financiering en administratieve afspraken.

1. De financiering van de praktijkondersteuning huisartsen GGZ vindt deels plaats middels uitbetaling van het door de zorgverzekeraar vastgestelde tarief voor de module praktijkondersteuning huisartsen GGZ (POH-GGZ). Het tarief voor de module POH GGZ per kwartaal dat voor de zorgaanbieder geldt, is opgenomen in de Kernafspraken, te declareren als toeslag op het inschrijvingstarief per verzekerde.
2. Het normtarief voor de module POH GGZ is gebaseerd op 4,5 uur per week POH GGZ voor een praktijk met 2.350 ingeschreven patiënten. Uitbreiding van het aantal uren per week is mogelijk tot een maximumniveau van 15 uur per week POH GGZ voor een normpraktijk met 2.350 ingeschreven patiënten (zie artikel 3 lid 4). Zie het document ‘Beleid Praktijkondersteuning huisartsenzorg geestelijke gezondheidszorg (POH GGZ) 2016 - 2017’ voor de regels die de zorgverzekeraar stelt ten aanzien van de minimale en maximale afname van uren voor personele inzet per normpraktijk en voor de regels omtrent de maximale inzet op consultatieve raadpleging en/of E-health.
3. De module POH GGZ kan onder code 11201 gedeclareerd worden.
4. Naast het tarief voor de module POH GGZ kunnen de van toepassing zijnde NZa-tarieven voor POH GGZ verrichtingen in rekening worden gebracht.
5. Bij aanpassing van het tarief voor de module POH GGZ zal aan de zorgaanbieder enkel ter kennisgeving een addendum worden toegestuurd. Het addendum zal automatisch onderdeel uitmaken van deze aanvullende overeenkomst. In het addendum is onder andere opgenomen het voor de zorgaanbieder geldende nieuwe tarief voor de module POH GGZ. Daarbij is ook bepaald per wanneer de tariefsaanpassing ingaat. Mocht deze met terugwerkende kracht ingaan, dan zal er binnen 6 maanden nadat het addendum is toegestuurd een correctie op hetgeen reeds gedeclareerd is, plaatsvinden. Ten aanzien van datgene wat de zorgaanbieder te veel heeft ontvangen, zal correctie plaatsvinden door verlaging van het tarief voor de module POH GGZ voor het/de komende kwarta(a)l(en), dan wel door dat wat te veel is ontvangen terug te vorderen, dan wel in mindering te brengen op datgene wat de zorgverzekeraar naar aanleiding van declaraties die zij van de zorgaanbieder zal hebben ontvangen, normaliter dient uit te betalen. Ten aanzien van datgene wat de zorgaanbieder te weinig heeft ontvangen, zal correctie plaatsvinden door ophoging van het tarief voor de module POH GGZ voor het/de komende kwarta(a)l(en).
6. Een mogelijke aanpassing van het tarief voor de module POH GGZ van een zorgaanbieder kan voor de zorgverzekeraar aanleiding zijn bij de zorgaanbieder en – indien daar sprake van is – bij de andere aan het samenwerkingsverband gerelateerde huisartsenpraktijken, gegevens op te vragen inzake aantal ingeschreven patiënten en uren POH GGZ per week. Indien daar aanleiding toe is op grond van die gegevens en hetgeen in deze aanvullende overeenkomst is bepaald, kan de zorgverzekeraar vervolgens het tarief voor de module POH GGZ van de zorgaanbieder en – indien daar sprake van is – de andere aan het samenwerkingsverband gerelateerde huisartsenpraktijken, aanpassen op een vergelijkbare wijze als in artikel 4 lid 5 is weergegeven.

7. Ten aanzien van het tarief voor de module POH GGZ kunnen uit deze aanvullende overeenkomst zaken voortvloeien die pas in het jaar 2018 gerealiseerd zullen worden. Wil dit ook daadwerkelijk het geval kunnen zijn, dan dient de zorgaanbieder voor het jaar 2018 een overeenkomst voor praktijkondersteuning huisartsen GGZ (POH GGZ) met de zorgverzekeraar afgesloten te hebben.
8. De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om de financiering van de praktijkondersteuning huisartsen GGZ (POH GGZ) op te schorten of te beëindigen, indien door de zorgaanbieder dan wel – indien daar sprake van is – door de andere aan het samenwerkingsverband gerelateerde huisartsenpraktijken niet wordt voldaan aan de verplichtingen/voorwaarden zoals vermeld in deze aanvullende overeenkomst.
9. Door de zorgverzekeraar ten onrechte uitgekeerde POH-module-gelden dan wel onterechte betalingen voor POH GGZ verrichtingen zal de zorgaanbieder dienen terug te betalen; dit kan middels verrekening plaatsvinden.
10. Op eerste verzoek zal de zorgaanbieder de door de zorgverzekeraar gevraagde inhoudelijke informatie aanleveren die betrekking heeft op de praktijkondersteuning huisartsen GGZ.

Artikel 5 Declareren via een derde

De zorgaanbieder kan ervoor kiezen via een derde zijn declaraties in het kader van deze aanvullende overeenkomst bij de zorgverzekeraar in te dienen. Hoe de zorgaanbieder met zijn recht om de module POH GGZ en de verrichtingen POH GGZ te declareren, omgaat in relatie tot de derde, dient hij middels het toesturen van bewijsstukken (te denken valt aan een volmacht, akte van cessie, akte van pandrecht) aan de zorgverzekeraar kenbaar te maken. Aan de hand van de toegestuurde stukken, zal de zorgverzekeraar bepalen of hij ermee in kan stemmen dat via een derde wordt gedeclareerd.

Voor de situatie dat de zorgaanbieder via een derde zijn declaraties bij de zorgverzekeraar indient, geldt het volgende. Door ondertekening van deze overeenkomst verklaart hij dat hij een declaratie die hij via een derde heeft ingediend en die door de zorgverzekeraar aan de derde is betaald, niet nog een keer rechtstreeks bij de zorgverzekeraar of bij de (ex-)verzekerde van de zorgverzekeraar zal indienen; ook niet als hij van de derde voor die betreffende declaratie geen vergoeding heeft ontvangen of zal ontvangen. Hij verklaart hierbij met andere woorden dat in bovengenoemd geval, de zorgverzekeraar (voor de (ex-)verzekerde) bevrijdend heeft betaald. Door betaling aan de derde is de zorgverzekeraar/(ex-)verzekerde jegens de zorgaanbieder gekwet. Indien deze aanvullende overeenkomst is beëindigd en aansluitend geen nieuwe aanvullende overeenkomst wordt afgesloten, blijft deze bepaling betreffende het declareren via een derde voor de toekomst van kracht.

Wanneer de zorgaanbieder eenmaal heeft aangegeven via een derde zijn declaraties te willen indienen en de zorgverzekeraar daarmee in heeft kunnen stemmen, kan de zorgaanbieder pas weer zelf rechtstreeks zijn declaraties bij de zorgverzekeraar indienen, wanneer hij middels bewijsstukken heeft aangetoond, dat zijn relatie ten opzichte van de derde dienovereenkomstig is gewijzigd.

Artikel 6 Informatieverstrekking, evaluatie en rapportage jaarverslag

Aan het eind van elk jaar vindt een evaluatie plaats in de vorm van een jaarverslag POH GGZ. Het jaarverslag POH GGZ over de verslagjaren 2016 en 2017, dat respectievelijk in 2017 en 2018 moet worden ingediend, dient conform het daarvoor bestemde format te worden opgesteld. Het format is bij de zorgverzekeraar op te vragen of via diens website te downloaden (zie <http://www.defriesland.nl/huisartsenzorg>).

Indien er sprake is van een samenwerkingsverband kunnen de aan het samenwerkingsverband gerelateerde huisartsenpraktijken voor één van de volgende opties kiezen:

- a)** ieder van de aan het samenwerkingsverband gerelateerde huisartsenpraktijken/zorgaanbieders dient afzonderlijk een jaarverslag in.
- b)** de aan het samenwerkingsverband gerelateerde huisartsenpraktijken/zorgaanbieders dienen één gezamenlijk jaarverslag in.

De keuze voor een combinatie van optie **a)** en **b)** is niet toegestaan.

Indien er geen sprake is van een samenwerkingsverband waar meerdere huisartsenpraktijken bij betrokken zijn, volgt de zorgaanbieder optie **a)**

In het geval van optie **a)** geldt het volgende:

Op 31 maart 2017 dient het volledige/complete jaarverslag POH GGZ over het jaar 2016 en op 31 maart 2018 dient het volledige/complete jaarverslag POH GGZ over het jaar 2017 in al zijn onderdelen door de zorgaanbieder te zijn ingeleverd bij de zorgverzekeraar.

- Wanneer het jaarverslag van de zorgaanbieder op de betreffende datum niet of onvolledig/incompleet bij de zorgverzekeraar binnen is, is hij 10% van de met betrekking tot de bij hem op naam ingeschreven verzekerden uitgekeerde POH-module-gelden voor het jaar waarop het verslag betrekking heeft, aan de zorgverzekeraar verschuldigd.

Tot en met 1 juli 2017 krijgt de zorgaanbieder ten aanzien van het jaarverslag over 2016 en tot en met 1 juli 2018 ten aanzien van het jaarverslag over 2017 de tijd om onderdelen die op 31 maart 2017/31 maart 2018 ontbraken of aanvullingen op onderdelen die op 31 maart 2017/31 maart 2018 onvolledig/incompleet waren aangeleverd, bij de zorgverzekeraar in te dienen.

Wanneer het jaarverslag op 1 juli 2017 (jaarverslag over 2016)/op 1 juli 2018 (jaarverslag over 2017) bij de zorgverzekeraar niet of incompleet of onvolledig wat één van zijn onderdelen betreft, binnen is, zal de aanvullende overeenkomst inzake praktijkondersteuning huisartsen GGZ voor het daarop volgende jaar niet meer met de zorgaanbieder worden aangegaan.

In het geval van optie **b)** geldt het volgende:

Op 31 maart 2017 dient het ene volledige/complete gezamenlijke jaarverslag POH GGZ over het jaar 2016 en op 31 maart 2018 dient het volledige/complete jaarverslag POH GGZ over het jaar 2017 in al zijn onderdelen door de aan het samenwerkingsverband gerelateerde huisartsenpraktijken/zorgaanbieders te zijn ingeleverd bij de zorgverzekeraar.

- Wanneer het ene gezamenlijke jaarverslag op de betreffende datum niet of onvolledig/incompleet bij de zorgverzekeraar binnen is, is de zorgaanbieder – en iedere andere aan het samenwerkingsverband gerelateerde huisartsenpraktijk – 10% van de met betrekking tot de bij hem op naam ingeschreven verzekerden uitgekeerde POH-module-gelden voor het jaar waarop het verslag betrekking heeft, aan de zorgverzekeraar verschuldigd.

Tot en met 1 juli 2017 krijgen de aan het samenwerkingsverband gerelateerde huisartsenpraktijken/zorgaanbieders ten aanzien van het jaarverslag over 2016 en tot en met 1 juli 2018 ten aanzien van het jaarverslag over 2017 de tijd om onderdelen die op 31 maart 2017/31 maart 2018 ontbraken of aanvullingen op onderdelen die op 31 maart 2017/31 maart 2018 onvolledig/incompleet waren aangeleverd, bij de zorgverzekeraar in te dienen.

Wanneer het ene gezamenlijke jaarverslag op 1 juli 2017 (jaarverslag over 2016)/op 1 juli 2018 (jaarverslag over 2017) bij de zorgverzekeraar niet of incompleet of onvolledig wat één van zijn onderdelen betreft, binnen is, zal de aanvullende overeenkomst inzake praktijkondersteuning huisartsen GGZ voor het daarop volgende jaar niet meer met de zorgaanbieder en de andere aan het samenwerkingsverband gerelateerde huisartsenpraktijken/zorgaanbieders worden aangegaan.

Onder de kwalificatie 'onvolledig' wordt eveneens verstaan dat datgene wat ingevuld/geantwoord is, als 'onvoldoende' wordt beoordeeld. Deze beoordeling kan bijvoorbeeld ook aan de orde zijn, als de verbeterpunten/aandachtspunten die door de zorgverzekeraar naar aanleiding van een eerder verslag zijn opgemerkt, niet dan wel onvoldoende zijn meegenomen in het jaarverslag. Ten aanzien van de vraag of (een onderdeel van) het jaarverslag onvolledig dan wel incompleet is ingeleverd, is het oordeel van de zorgverzekeraar doorslaggevend. De zorgverzekeraar zal in dit geval schriftelijk uitleg geven over de punten waarop het jaarverslag onvolledig dan wel incompleet is.

Wanneer één van de situaties, genoemd in dit artikel, zich voordoet, dat een bedrag aan POH-module-gelden aan de zorgverzekeraar verschuldigd is, dan is dat bedrag per direct opeisbaar door de zorgverzekeraar.

Artikel 7 Einde aanvullende overeenkomst

Deze aanvullende overeenkomst eindigt:

- conform de bepalingen over beëindiging van de overeenkomst in de overeenkomst Zorgverzekeraar – Zorgaanbieder huisartsenzorg 2016-2017 waar deze aanvullende overeenkomst onderdeel van is;
- wanneer de overeenkomst Zorgverzekeraar – Zorgaanbieder huisartsenzorg 2016-2017 eindigt waar deze aanvullende overeenkomst onderdeel van is;
- indien het aantal van de bij een samenwerkingsverband betrokken huisartsenpraktijken wijzigt. Daaronder wordt ook de situatie gerekend dat de overeenkomst Zorgverzekeraar – Zorgaanbieder huisartsenzorg en/of de aanvullende overeenkomst inzake praktijkondersteuning huisartsenzorg POH GGZ met een of meer aan het samenwerkingsverband gerelateerde huisartsenpraktijken wordt beëindigd, c.q. niet opnieuw wordt aangegaan. Afhankelijk van de soort wijziging zal worden bepaald of het om een definitieve beëindiging gaat (indien niet langer aan de minimum normen/voorwaarden voor praktijkondersteuning wordt voldaan) of dat een aanpassing van de aanvullende overeenkomst of een aanpassing anderszins mogelijk is. Het oordeel van de zorgverzekeraar hieromtrent is doorslaggevend;
- In geval de financieringsstructuur van de praktijkondersteuning huisartsen GGZ wijzigt of in geval de financiering van de Praktijkondersteuning Huisartsen GGZ op grond van de van toepassing zijnde beleidsregels en tariefbeschikking van de NZa niet meer mogelijk is.

Met het aankruisen van het hokje vóór Bijlage 8 op Deel I Zorgaanbiedergebonden deel, onder punt C en met ondertekening van Deel I Zorgaanbiedergebonden deel stemmen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder tevens in met de inhoud van deze aanvullende overeenkomst.

Overeenkomst De Friesland Zorgverzekeraar – Zorgaanbieder Zorg bij Stoppen-met-Rokenprogramma 2016 - 2017

DEEL I ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL

A.	De ondergetekenden: De Zorgverzekeraar: Statutair gevestigd en kantoorhoudend: KvK Nummer: Rechtsgeldig vertegenwoordigd door:	De Friesland Zorgverzekeraar N.V. Harlingertrekweg 55 8913 HR LEEUWARDEN 50884565 mr. drs. B. Mark-van Haarst, Directeur Zorg en Gezondheid
B.	De Zorgaanbieder: Praktijknaam:: Praktijkadres(sen): Postcode en plaats: KvK nummer van de praktijk: Soort rechtsvorm van de praktijk: Correspondentieadres: Postcode en plaats: E-mailadres: Praktijkcode (AGB): 1,2 3 4 5 6
C.	komen ter zake van de verlening van zorg bij Stoppen-met-Rokenprogramma overeen hetgeen is bepaald in de overeenkomst De Friesland Zorgverzekeraar – Zorgaanbieder Zorg bij Stoppen-met-Rokenprogramma 2016 - 2017. De overeenkomst bestaat uit: Deel I Zorgaanbiedergebonden deel Deel II Algemeen deel Bijlage 1: Format voor Minimale Data Set (MDS) Stoppen met Roken (SMR) De verzekeringsvoorwaarden van De Friesland voor 2016 en te zijner tijd voor 2017 inzake Zorg bij Stoppen-met-Rokenprogramma en die voorwaarden die voor elke vorm van zorg van belang zijn (bijv. de voorwaarden die te maken hebben met de omvang en de dekking) ⁷ alsmede na de datum van ondertekening gemaakte (aanvullende) afspraken mits schriftelijk vastgelegd en door beide partijen ondertekend.	

¹ Dezelfde gegevens die bij punt B. van Deel I van de 'Overeenkomst Zorgverzekeraar - Zorgaanbieder huisartsenzorg 2016 – 2017' zijn weergegeven, moeten hier als ingevuld gelezen worden, wanneer de zorgaanbieder bij punt G. van Deel I van de hiervoor bedoelde overeenkomst huisartsenzorg 2016 – 2017 met 'Ja' heeft geantwoord en de overeenkomst huisartsenzorg 2016 – 2017 ook daadwerkelijk is afgesloten.

² De zorgaanbieder is de rechtspersoon dan wel de (gevolmachtigde) praktijkhouder die deze overeenkomst heeft ondertekend en indien van toepassing, de praktijkhouder(s) die een volmacht hebben gegeven aan de praktijkhouder die deze overeenkomst heeft ondertekend.

³ Deze overeenkomst geldt voor de bij Vektis aangemelde en geregistreerde praktijkadressen (zowel de hoofd- als eventuele nevenvestigingen). Wijzigingen in het (de) praktijkadres(sen) dienen tijdig aan Vektis te worden doorgegeven. Daar waar in deze overeenkomst sprake is van 'praktijk' worden – indien van toepassing – alle praktijkadressen bedoeld waarvoor deze overeenkomst geldt/die onder deze overeenkomst vallen.

⁴ Hier dient het KvK nummer te worden ingevuld.

⁵ De zorgaanbieder dient hier de rechtsvorm van de praktijk aan te geven (bijv. eenmanszaak, maatschap, commanditaire vennootschap (C.V.), vennootschap onder firma (V.o.f.), N.V., B.V., coöperatie, stichting).

⁶ Alleen via deze praktijkcode (AGB) kunnen declaraties worden ingediend.

⁷ De voorwaarden van de basisverzekeringen voor 2016 en te zijner tijd voor 2017 zijn te raadplegen op www.defriesland.nl/zorgaanbieders/service/downloads/voorwaarden.aspx

	<p>Bijlage 1 Format voor Minimale Data Set (MDS) Stoppen met Roken (SMR) is elektronisch ter beschikking gesteld en te raadplegen op en te downloaden vanaf: http://www.defriesland.nl/zorgaanbieders/samenwerken-met-de-friesland/vergoedingen/stoppen-met-roken/stoppen-met-roken.aspx. Zie dan: 'Format voor Minimale Data Set (MDS) Stoppen Met Roken (SMR)' (= Bijlage 1). Desgewenst zal de zorgverzekeraar dit document per e-mail toesturen.</p>	
D.	<p>Partijen komen overeen dat het volgende maximum tarief in rekening gebracht kan worden voor de geleverde zorg/prestatie Stoppen-met-Roken, aanbod bestaande uit uitsluitend gedragsmatige ondersteuning voor zorgonderdelen die vallen onder de te verzekeren prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet: € 85,- (inclusief eventueel verschuldigde BTW en alle andere denkbare kosten) voor een volledig afgerond(e) behandeling/programma, zoals nader gespecificeerd in onderhavige overeenkomst.</p> <p>Uiteraard worden de van toepassing zijnde beleidsregels, prestatiebeschrijvingsbeschikking en bijbehorende regelingen van de NZa in acht genomen en kan de overeengekomen prestatie alleen in rekening gebracht worden als dat op grond van de van toepassing zijnde beleidsregels, prestatiebeschrijvingsbeschikking en bijbehorende regelingen van de NZa mogelijk is/blijft.</p>	
E.	<p>De zorgaanbieder zal op eerste verzoek van de zorgverzekeraar met het oog op de keuzeondersteunende informatievoorziening van de verzekerde gegevens over hemzelf en diens zorgverlening aanleveren die door de zorgverzekeraar op zijn eigen website(s) gepubliceerd kunnen/zullen worden. De zorgaanbieder stemt ermee in dat gegevens waarover de zorgverzekeraar al beschikt/kan beschikken op de website(s) worden geplaatst.</p>	
F.	<p>De overeenkomst wordt gesloten voor een bepaalde tijd. De overeenkomst treedt in werking op 1 januari 2016 en eindigt per 1 januari 2018, behoudens de situaties genoemd in artikel 25 over tussentijdse beëindiging.</p>	
G.	<p>Partijen verklaren door ondertekening van deze overeenkomst van alle onderdelen van de overeenkomst kennis te hebben genomen, met name van die onderdelen die elektronisch ter beschikking zijn gesteld en op de website van de zorgverzekeraar zijn te raadplegen en vanaf die website zijn te downloaden.</p>	
	<p>De Friesland Zorgverzekeraar, namens deze:⁸</p> <p>mr. drs. B. Mark-van Haarst, directeur Zorg en Gezondheid</p>	<p>De Zorgaanbieder, namens deze:⁹</p> <p>de ondertekeningsbevoegde praktijkhouder dan wel rechtsgeldig vertegenwoordiger¹⁰</p> <p>Naam:.....¹¹</p>
	<p>Datum ondertekening:¹²</p>	<p>Datum ondertekening:¹²</p>

⁸ Deze overeenkomst moet namens De Friesland Zorgverzekeraar als ondertekend worden beschouwd, wanneer de zorgaanbieder bij punt G. van Deel I van de 'Overeenkomst Zorgverzekeraar - Zorgaanbieder huisartsenzorg 2016 – 2017' met 'Ja' heeft geantwoord en de overeenkomst huisartsenzorg 2016 – 2017 ook daadwerkelijk is afgesloten.

⁹ Deze overeenkomst moet namens De Zorgaanbieder als ondertekend worden beschouwd, wanneer de zorgaanbieder bij punt G. van Deel I van de 'Overeenkomst Zorgverzekeraar - Zorgaanbieder huisartsenzorg 2016 – 2017' met 'Ja' heeft geantwoord en de overeenkomst huisartsenzorg 2016 – 2017 ook daadwerkelijk is afgesloten.

¹⁰ Voor zover de ondertekeningsbevoegde praktijkhouder/rechtsgeldig vertegenwoordiger deze overeenkomst ondertekent namens (zichzelf en) anderen, is de ondertekeningsbevoegde praktijkhouder/rechtsgeldig vertegenwoordiger ook daadwerkelijk gemachtigd/bevoegd om namens die anderen deze overeenkomst te ondertekenen.

¹¹ Wanneer de zorgaanbieder bij punt G. van Deel I van de 'Overeenkomst Zorgverzekeraar - Zorgaanbieder huisartsenzorg 2016 – 2017' met 'Ja' heeft geantwoord en de overeenkomst huisartsenzorg 2016 – 2017 ook daadwerkelijk is afgesloten, moet hier dezelfde naam gelezen worden als die welke aan de kant van de zorgaanbieder onder de overeenkomst huisartsenzorg 2016 – 2017 staat vermeld.

¹² Wanneer de zorgaanbieder bij punt G. van Deel I van de 'Overeenkomst Zorgverzekeraar - Zorgaanbieder huisartsenzorg 2016 – 2017' met 'Ja' heeft geantwoord en de overeenkomst huisartsenzorg 2016 – 2017 ook daadwerkelijk is afgesloten, moet hier dezelfde datum gelezen worden als die welke onder de overeenkomst huisartsenzorg 2016 – 2017 staat vermeld.

Deel II Algemeen deel

Overwegende dat

- roken erg schadelijk is voor de gezondheid, daar het aandoeningen als COPD, kanker, hart- en vaatziekten e.d. veroorzaakt dan wel de kans op het verkrijgen ervan verhoogt, terwijl daarbij ook meerroken nog eens risicovol is;
- het voorkomen van dergelijke aandoeningen de kwaliteit van leven verhoogt en daarnaast ook bijdraagt aan de betaalbaarheid van de zorg;
- de aanpak van stoppen met roken in principe uit drie onderdelen bestaat: adviseren om te stoppen met roken, motiveren om te stoppen met roken en het begeleiden bij stoppen met roken;
- met ingang van 1 januari 2013 een programmatische aanpak van stoppen met roken, waarbij gedragsmatige ondersteuning, indien nodig aangevuld met farmacotherapeutische ondersteuning, wordt aangeboden, weer als een aparte aanspraak onder de Zorgverzekeringswet valt;
- dit dus het hierboven bedoelde derde onderdeel betreft, te weten 'het begeleiden bij stoppen met roken';
- de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de beleidsregel 'Stoppen-met-Rokenprogramma' (Beleidsregel BR/CU-7073) met bijbehorende Prestatiebeschrijvingsbeschikking (TB/CU-7069-01), en daarnaast de Regeling 'Stoppen-met-Roken-programma' (Regeling NR/CU-713) heeft vastgesteld; alle geldig voor het jaar 2016 en naar verwachting ook voor het jaar 2017;
- de beleidsregel van toepassing is op zorg bij het Stoppen-met-Rokenprogramma als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) (zie artikel 2.4 en 2.5b van het Besluit zorgverzekering (Bzv));
- het doel van de beleidsregel is om het mogelijk te maken voor zorgaanbieders om de prestatie Stoppen-met-Rokenprogramma te declareren bij zorgverzekeraars of (niet-)verzekerden;
- gezien de regelgeving van de NZa er idealiter sprake zou moeten zijn van integrale inkoop, levering en declaratie van het Stoppen-met-Rokenprogramma (gedragsmatige ondersteuning en farmacotherapeutische ondersteuning) maar het vooralsnog mogelijk is om af te wijken van de integrale inkoop, levering en declaratie;
- de zorgverzekeraar middels onderhavige overeenkomst enkel zorg in de vorm van gedragsmatige ondersteuning, zoals nader gespecificeerd in deze overeenkomst, bij de zorgaanbieder inkoop.

komen partijen het volgende overeen:

Artikel 1 Definities

a. zorgverzekeraar:

De Friesland Zorgverzekeraar in zijn hoedanigheid van De Friesland Zorgverzekeraar N.V., die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt;

b. zorgverlener:

de zorgverlener, die de zorg daadwerkelijk verleent aan de verzekerde, zijnde ofwel een:

-huisarts: een ingevolge de Wet BIG geregistreeerde arts die als huisarts is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken, ofwel een -gespecialiseerde verpleegkundige, praktijkondersteuner, nurse practitioner of physician assistant die onder verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is en is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken;

c. zorgaanbieder:

de partij die deze overeenkomst is aangegaan en tevens hoofdcontractant is;

d. hoofdcontractant:

de hoofdcontractant is verantwoordelijk voor de levering van het Stoppen-met-Rokenprogramma aan de verzekerde en declareert het overeengekomen tarief voor deze prestatie/zorg. De hoofdcontractant is verantwoordelijk voor de 'stepped care' zoals deze in de zorgmodule wordt beschreven. De hoofdcontractant kan bij het leveren van voornoemde prestatie middels onderlinge dienstverlening gebruik maken van één of meer onderaannemers;

- e. zorg:**
zorg bij 'Stoppen-met-Rokenprogramma', waarop verzekerden krachtens hun zorgverzekering aanspraak kunnen maken, c.q. recht hebben en zoals deze hieronder en in artikel 4 nader is gespecificeerd. De zorg bij het Stoppen-met-Rokenprogramma omvat geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, verloskundigen en klinisch psychologen die bieden en farmacotherapeutische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering met als doel te stoppen met roken. De programmatische aanpak bij stoppen met roken bestaat altijd uit begeleiding gericht op gedragsverandering en wordt, indien nodig, aangevuld met farmacologische ondersteuning. De levering van de (genees)middelen zelf valt niet onder de onderhavige contractverplichtingen. Het programma wordt opgesteld in overeenstemming met de omschrijving en kaders die worden gesteld in de zorgmodule 'Stoppen met Roken' en voldoet aan de CBO-richtlijn 'Tabaksverslaving';
- f. zorgmodule:**
de zorgmodule 'Stoppen met roken'. Dit is een generieke module opgesteld door het 'Partnership stop met roken' die de norm voor de zorg bij de zorgvraag 'stoppen met roken' functioneel omschrijft. De zorgmodule bevat een zorginhoudelijke en organisatorische uitwerking van het programma;
- g. CBO-richtlijn 'Tabaksverslaving':**
de in 2009 opgestelde richtlijn 'Behandeling van Tabaksverslaving, herziening 2009' zoals die door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO is opgesteld;
- h. verzekerde:**
de persoon ten behoeve van wie bij de zorgverzekeraar een zorgverzekering krachtens de Zorgverzekeringswet is afgesloten;
- i. zorgverzekering:**
iedere zorgverzekering die de zorgverzekeraar hanteert in het kader van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet;
- j. medisch adviseur:**
een BIG-geregistreerde arts die als zodanig namens de zorgverzekeraar optreedt;
- k. fraude:** het opzettelijk door de zorgaanbieder verzwijgen van feiten of omstandigheden, het opzettelijk een verkeerde of onvolledige voorstelling van zaken geven of valse opgave verstrekken over de zorgverlening of de in rekening te brengen tarieven;
- l. Commissie voor de Rechtspraak:**
de commissie waarop de zorgaanbieder en zorgverzekeraar ter beslechting van geschillen zijn aangewezen.

Artikel 2 Rechtsverhouding

1. De rechtsverhouding tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder wordt geregeld door:
 - a. deze overeenkomst;
 - b. de aanvullingen die tussen partijen ten opzichte van de hiervoor in sub a genoemde overeenkomst schriftelijk tot stand zijn gekomen of zullen komen;
 - c. de relevante wet- en regelgeving.
2. De zorgaanbieder voldoet in het bijzonder aan de voorwaarden zoals opgenomen in de beleidsregel BR/CU-7073 Stoppen-met-Rokenprogramma en de Regeling NR/CU-713 Stoppen-met-Roken-programma, beide van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), of die welke daarvoor in de plaats komen. Daarnaast neemt de zorgaanbieder, voor zover van toepassing, ook de Prestatiebeschrijvingsbeschikking TB/CU-7069-01 van de NZa in acht of die welke daarvoor in de plaats komen.
3. Voor zover partijen bij ondertekening of in de toekomst algemene voorwaarden hanteren, zijn deze voorwaarden op de onderhavige overeenkomst niet van toepassing.
4. Partijen informeren elkaar tijdig over relevante wijzigingen aangaande de eigendomsverhouding of rechtsvorm van elkanders organisatie, c.q. praktijk dan wel over het voornemen tot bedrijfsbeëindiging.

5. De zorgaanbieder legt de verplichtingen uit onderhavige overeenkomst onverkort op aan de door hem gecontracteerde dan wel eventueel door hem te contracteren onderaannemer(s).

Artikel 3 Overeenkomst

De zorgaanbieder heeft een overeenkomst inzake huisartsenzorg voor de jaren 2016 en 2017 met de zorgverzekeraar afgesloten.

Artikel 4 Prestatie

1. De zorgaanbieder levert aan verzekerden van de zorgverzekeraar de zorg als bedoeld in artikel 1 sub e en zoals nader gespecificeerd in dit artikel 4, waarop de verzekerde krachtens zijn zorgverzekering, recht heeft dan wel waarop hij jegens de verzekeraar recht op vergoeding van (een deel van) de kosten heeft.
2. De zorgaanbieder levert de prestatie met inachtneming van de voorwaarden zoals die in de zorgverzekering van de verzekerde zijn gesteld (zie www.defriesland.nl/zorgaanbieders/service/downloads/voorwaarden.aspx).
3. De verzekerde is 'in zorg' op het moment dat hij heeft besloten te gaan stoppen met roken en daarbij vervolgens ondersteuning ontvangt, waarvan de inhoud en levering overeenkomen met de in artikel 1 sub e bedoelde zorg/prestatie. De startdatum is de datum van het eerste contact binnen deze prestatie.
7. Het voortraject bestaande uit een stopadvies en het motiveren om te stoppen met roken valt niet onder de zorg/de prestatie.
5. De zorgaanbieder kan de zorg alleen aanbieden aan verzekerden die bij zijn eigen praktijk staan ingeschreven.
6. Twaalf maanden na stopdatum zal door de zorgaanbieder bij de verzekerde geïnformeerd worden naar de stand van zaken met betrekking tot het stoppen met roken, wanneer de uitkomst van het zorgtraject/programma is, dat de verzekerde gestopt is met roken (zie artikel 6 lid 2). Voor het informeren bij de verzekerde twaalf maanden na de stopdatum kan de zorgaanbieder noch bij de zorgverzekeraar, noch bij de verzekerde kosten in rekening brengen.

Artikel 5 Farmacologische ondersteuning

1. Indien de zorgverlener van mening is dat als aanvulling op de gedragsmatige ondersteuning de inzet van nicotinevervangende middelen of geneesmiddelen noodzakelijk is, dan houdt de zorgverlener zich aan de inhoud van dit artikel. Farmacologische ondersteuning kan zonder dat gedragsmatige ondersteuning plaatsvindt, niet gedeclareerd/vergoed worden. De zorgaanbieder is via de zorgverlener verantwoordelijk voor de regie/coördinatie van het gehele programma (gedragsmatige en farmacologische ondersteuning), waaronder de controle op samenhang van farmacologische ondersteuning met gedragsmatige begeleiding.
2. Alleen de volgende (genees)middelen komen voor vergoeding in aanmerking.
Nicotinevervangende middelen:
 - a. Nicotinepleisters
 - b. Nicotine zuigtabletten
 - c. Nicotine kauwtabletten (w.o. Nicotine kauwgom)
 - d. Nicotine sublinguale tabletten
Geneesmiddelen:
 - a. Nortriptyline (Nortrilen®)
 - b. Bupropion (Zyban®)
 - c. Varenicline (Champix®)

3. De zorgverlener geeft, zowel wanneer het om nicotinevervangende middelen als wanneer het om geneesmiddelen gaat, een recept mee aan de verzekerde. Het recept is door een zorgverlener, zijnde een huisarts, uitgeschreven. Op het recept – waarbij één middel per recept wordt vermeld – is naast de gebruikelijke gegevens, die op elk recept horen te staan, het volgende aangegeven:
- a. de afkorting: SMR (Stoppen met Rokenprogramma);
 - b. de code: 12850, ter aanduiding dat er gedragsmatige ondersteuning plaatsvindt conform de inhoud van deze overeenkomst.

Ten aanzien van de nicotinevervangende middelen geldt dat totaal per verzekerde per programma voor maximaal 6 maanden nicotinevervangende middelen (pleisters en/of tabletten) (telkens voor maximaal 3 maanden per recept en bij een nieuw middel de eerste keer voor maximaal vijftien dagen per recept) kunnen worden voorgeschreven.

Ten aanzien van de geneesmiddelen geldt dat totaal per verzekerde per programma voor maximaal 3 maanden geneesmiddelen (telkens voor maximaal 1 maand per recept en bij een nieuw middel de eerste keer voor maximaal vijftien dagen per recept) kunnen worden voorgeschreven.

Met het recept dient de verzekerde de (genees)middelen bij een apotheek of apotheekhoudend huisarts op te halen, willen deze (genees)middelen vergoed worden door de zorgverzekeraar. De apotheek of apotheekhoudend huisarts geeft het middel en de nota mee aan de verzekerde. Deze dient de nota met een kopie van het recept in bij de zorgverzekeraar. De levering van de (genees)middelen zelf valt dus niet onder de onderhavige contractsverplichtingen. Deze kunnen niet op grond van onderhavige overeenkomst gedeclareerd worden en worden op grond daarvan niet vergoed.

4. Indien farmacologische ondersteuning noodzakelijk wordt geacht, worden allereerst nicotinevervangende middelen voorgeschreven (tenzij nicotinevervangende middelen om medische redenen niet gebruikt kunnen worden). Vervolgens worden niet eerder geneesmiddelen voorgeschreven dan nadat is gebleken dat gedragsmatige ondersteuning in combinatie met nicotinevervangende middelen onvoldoende effect heeft bij de verzekerde (tenzij nicotinevervangende middelen om medische redenen niet gebruikt kunnen worden).

Artikel 6 Praktijk- en patiëntenregistratie

1. De zorgaanbieder draagt zorg voor de registratie van de volgende gegevens:
- naam van de verzekerde/patiënt;
 - geboortedatum van de verzekerde/patiënt;
 - woonplaats van de verzekerde/patiënt;
 - verzekerdenummer van de verzekerde/patiënt;
 - Burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde/patiënt (registratie met inachtneming van de relevante wet- en regelgeving);
 - naam van de zorgverzekeraar;
 - verwijzing van de behandelend arts, voor zover van toepassing;
 - behandeldata.
2. De zorgaanbieder zorgt ervoor dat voor iedere verzekerde aan wie zorg wordt/is verleend, de Minimale Data Set (MDS) volledig wordt ingevuld conform het PDF format waarin bijlage 1 is vorm gegeven. Zie Deel I onder punt C. De zorgaanbieder bewaart in het dossier van elke betreffende verzekerde/patiënt de volledig ingevulde Minimale Data Set (MDS). Dit, mede met het oog op een eventuele materiële controle door de zorgverzekeraar (zie artikel 21). Daarnaast stuurt de zorgaanbieder via e-mail per verzekerde/patiënt de volledig ingevulde Minimale Data Set (MDS) naar de zorgverzekeraar (e-mail adres: SMR@defriesland.nl). Als bij vraag 11 'Uitkomst zorgtraject' binnen het MDS format 'Gestopt met roken' is ingevuld, stuurt de zorgaanbieder de MDS 12 maanden na stopdatum naar de zorgverzekeraar toe, nadat hij bij de verzekerde/patiënt heeft uitgevraagd of hij/zij één jaar na stopdatum nog steeds gestopt is. Als bij vraag 11 'Uitkomst zorgtraject' binnen het MDS format 'Rookt weer/nog steeds' is ingevuld, stuurt de

zorgaanbieder de MDS direct na beëindiging van het zorgtraject/programma naar de zorgverzekeraar toe.

Vanuit het oogpunt van bescherming van persoonsgegevens is het PDF format zo gemaakt dat de volgende gegevens niet naar de zorgverzekeraar worden toegestuurd: het BSN (3), de geboortedatum (4) en de postcode (5a). Voordat de zorgaanbieder de MDS naar de zorgverzekeraar verstuurt, kan hij controleren of de betreffende gegevens daadwerkelijk zijn verwijderd. Zie tevens artikel 20 lid 2.

Artikel 7 Wijze van zorgverlening

1. De zorgaanbieder biedt de verzekerde verantwoorde zorg met de bij de omstandigheden passende zorgvuldigheid. Daaronder wordt verstaan zorg van goed niveau die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de verzekerde. Zo wordt de zorg binnen het Stoppen-met-Rokenprogramma op de persoon van de verzekerde afgestemd en, indien nodig, geleidelijk in het zorgproces aangepast door de zorgverlener (stepped care principe).
2. De zorgaanbieder zorgt ervoor dat samen met de verzekerde een individueel zorgplan wordt gemaakt.
3. De verzekerde wordt zoveel mogelijk geholpen door dezelfde zorgverlener(s).
4. De zorgaanbieder kan, behoudens gewichtige redenen, de zorgverlening niet weigeren of beëindigen. Indien er sprake is van gewichtige redenen stelt de zorgaanbieder de verzekerde en de zorgverzekeraar voorafgaand schriftelijk en met redenen omkleed van de weigering of beëindiging in kennis. In een dergelijke situatie draagt de zorgaanbieder er zorg voor dat de reeds aangevangen zorgverlening wordt voortgezet totdat deze kan worden overgedragen aan een andere zorgaanbieder/zorgverlener.

Artikel 8 Kwaliteit

1. De zorg wordt geleverd met inachtneming van de binnen de beroepsgroep van de betreffende zorgverlener geldende normen, waaronder nadrukkelijk die normen zijn begrepen die betrekking hebben op de tijdigheid van zorgverlening.
2. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de zorgverleners bekwaam zijn, overeenkomstig de in de zorgmodule benoemde combinatie van noodzakelijke kennis en vaardigheden, om de zorg/prestatie te leveren en dat zij onder meer door deelname aan deskundigheidsbevordering, opleiding en bijscholing blijven beschikken over die bekwaamheid, kennis, kunde en vaardigheden, die voor een verantwoorde verlening van de zorg noodzakelijk zijn.
3. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de zorgverleners geen taken worden opgedragen die niet in overeenstemming met hun kennis en kunde zijn.
4. Indien aan een zorgverlener op grond van de Wet BIG één of meer maatregelen is/zijn opgelegd, dan meldt de zorgaanbieder dit onverwijld aan de zorgverzekeraar.

Artikel 9 Bekwaamheid/Kwaliteitsregistratie

De zorgaanbieder staat ervoor in dat elke zorgverlener staat ingeschreven in het Kwaliteitsregister 'Stoppen met Roken' en daarin ingeschreven blijft staan voor de bekwaamheid om mensen bij het stoppen met roken te begeleiden. Vanaf 2015 is inschrijving als 'kandidaat' in het Kwaliteitsregister 'Stoppen met Roken' niet meer toegestaan. Er moet sprake zijn van inschrijving als 'registrant', 'supervisor' of 'supervisant'.

Artikel 10 Doelmatigheid

De zorgaanbieder ziet er op toe dat de zorg wordt verleend op doelmatige en professioneel verantwoorde wijze en dat er sprake is van 'gepast gebruik van zorg'. De zorgaanbieder ziet er op

toe dat de zorgverlener zich daarbij zal laten leiden door een afweging tussen de kwaliteit van de behandeling, de belangen van de patiënt en de kosten.

Artikel 11 Samenwerking en ketenzorg

1. De zorgaanbieder spant zich in om samenwerking aan te gaan met collega-zorgaanbieders/ zorgverleners en andere voor de zorgverlening relevante zorgaanbieders, dan wel andere organisaties ten behoeve van het realiseren van een sluitend zorgaanbod.
2. Op verzoek maakt de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar inzichtelijk op welke wijze hij de samenwerking als genoemd in lid 1 vorm geeft.

Artikel 12 Waarneming / vervanging

1. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de continuïteit van de te leveren zorg.
2. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat waarneming/vervanging van de zorgverlener plaatsvindt bij afwezigheid wegens ziekte, vakantie, beroepsgerichte na- of bijscholing en daarmee vergelijkbare omstandigheden. Waarneming/vervanging geschiedt door een zorgverlener die voldoet aan hetgeen bepaald is in artikel 1 sub b en 9 en maximaal voor een periode van zes maanden. Duurt de waarneming/vervanging langer dan de genoemde periode, dan kan de zorgverzekeraar de zorgaanbieder in bijzondere omstandigheden daartoe de schriftelijke toestemming verlenen.
3. De zorgaanbieder informeert de verzekerde over de waarneming/vervanging onder vermelding van de naam (namen) en, indien van toepassing, het adres (de adressen) van de waarnemer(s)/ vervanger(s).

Artikel 13 Aansprakelijkheid / verzekeringsplicht

1. De zorgaanbieder is verplicht zich in voldoende mate te verzekeren en verzekerd te blijven tegen bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid. De zorgaanbieder is als zodanig ook verantwoordelijk en aansprakelijk voor de dienstverlening van zijn onderaannemer(s). Daarnaast zorgt hij ervoor dat de zorgverleners en zijn (overige) personeel, voor zover ze niet onder de in de eerste volzin genoemde verzekering vallen, in voldoende mate verzekerd zijn en blijven tegen (beroeps)aansprakelijkheid.
2. De zorgaanbieder vrijwaart de zorgverzekeraar voor alle aanspraken van verzekerden en/of derden door of ten gevolge van de verlening van zorg en voor alle verplichtingen die voortvloeien uit deze overeenkomst en waarvoor de zorgaanbieder en de zorgverlener aansprakelijk zijn.
3. Indien de overeenkomst is gesloten met meerdere praktijkhouders, is elk van hen afzonderlijk verantwoordelijk voor de nakoming van de overeenkomst en aansprakelijk voor de gehele schade als gevolg van de niet nakoming.

Artikel 14 Tarief

1. De zorgverzekeraar zal de zorgaanbieder ter zake van bij deze overeenkomst op zich genomen verplichtingen honoreren volgens het tussen partijen overeengekomen tarief. Het tarief is opgenomen in Deel I onder punt D.
2. Wanneer de verzekerde de behandeling/het programma niet volledig heeft afgerond, brengt de zorgaanbieder enkel de gemaakte kosten bij de zorgverzekeraar in rekening maar nooit meer dan 80% van het betreffende overeengekomen maximum tarief.
3. De zorg wordt verleend zonder enige betaling door de verzekerde, behoudens een bij of krachtens de wet vastgestelde eigen bijdrage. De zorgaanbieder int de eigen bijdrage bij de verzekerde.

Artikel 15 Declaratie

1. Uitsluitend de zorgaanbieder als hoofdcontractant declareert bij de zorgverzekeraar de zorg/de prestatie in de maand volgend op de maand waarin het programma is beëindigd/afgelopen.

2. De zorgaanbieder levert de declaraties rechtstreeks bij de zorgverzekeraar aan via het portaal van VeCoZo onder Vektiscode: 12850 en UZOVI-nummer: 7084.
3. Voor de declaraties die de zorgaanbieder aanlevert via het portaal van VeCoZo zal ook de retourinformatie via dit portaal lopen.
4. Voor geautomatiseerde aanlevering en retourinformatie conformeren de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar zich aan de landelijke afspraken. Op de site van VeCoZo staat aangegeven welke standaarden de zorgverzekeraar ondersteunt.
5. Bij declaraties aangeleverd via VeCoZo vindt betaling plaats binnen 14 dagen na de datum van ontvangst. Voorwaarde is dat het uitvalpercentage van de aangeleverde records minder is dan 1%.
6. Mocht de zorgverzekeraar door eigen toedoen niet tijdig tot een definitieve betaling over kunnen gaan, dan zal een voorlopige betaling plaatsvinden van 100% van het totaalbedrag van de ingediende nota. Een voorlopige betaling zal niet plaatsvinden, indien door toedoen van de zorgaanbieder de aangeleverde declaratie door de zorgverzekeraar niet (correct) verwerkt kan worden.
7. Bij rechtstreekse aanlevering int de zorgverzekeraar een eventueel eigen risico bij de verzekerde.
8. De zorgverzekeraar is niet gehouden declaraties te voldoen, die meer dan één jaar na de maand waarin de einddatum van het programma valt, worden ingediend, tenzij door de zorgaanbieder wordt aangetoond dat de zorgverzekeraar hiermee in strijd met de redelijkheid en billijkheid handelt.
9. Voor de vraag welke zorgverzekeraar het programma (deels) moet vergoeden, is de startdatum waarop de verzekerde 'in zorg' treedt voor het programma, bepalend. De verzekeraar waarbij de verzekerde op dat moment stond ingeschreven, dient het programma (deels) te vergoeden. Voor het te hanteren tarief is het tarief dat geldend was op de startdatum, eveneens bepalend. De zorgverzekeraar staat garant voor de verwerking van de nota indien de zorgaanbieder voorafgaand aan de startdatum van het programma en het indienen van de nota (met peildatum startdatum van het programma) een geautomatiseerde controle op verzekeringsrecht (COV-check) via het portaal van VeCoZo uitvoert en de verzekerde op dat moment staat ingeschreven bij de zorgverzekeraar. Om reden van verzekeringsrecht zal de zorgverzekeraar de declaratie dan niet afkeuren. Deze procedure wordt van kracht vanaf het moment dat de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar een verklaring overlegt waarin hij aangeeft dat hij gebruik maakt van een geautomatiseerde COV-check.
10. Kiest de zorgaanbieder ervoor om via een derde zijn declaraties bij de zorgverzekeraar in te dienen, dan dient de zorgaanbieder dat voorafgaand door middel van het toesturen van bewijsstukken, waaruit zijn relatie met de derde blijkt, aan de zorgverzekeraar kenbaar te maken. Aan de hand van de toegestuurde stukken, zal de zorgverzekeraar bepalen of hij ermee in kan stemmen dat via een derde wordt gedeclareerd.

Voor de situatie dat de zorgaanbieder via een derde zijn declaraties bij de zorgverzekeraar indient, geldt het volgende. Door ondertekening van deze overeenkomst verklaart hij dat hij een declaratie die hij via een derde heeft ingediend en die door de zorgverzekeraar aan de derde is betaald, niet nog een keer rechtstreeks bij de zorgverzekeraar of bij de (ex-)verzekerde van de zorgverzekeraar zal indienen; ook niet als hij van de derde voor die betreffende declaratie geen vergoeding heeft ontvangen of zal ontvangen. Hij verklaart hierbij met andere woorden dat in bovengenoemd geval, de zorgverzekeraar (voor de (ex-)verzekerde) bevrijdend heeft betaald. Door betaling aan de derde is de zorgverzekeraar/ (ex-)verzekerde jegens de zorgaanbieder gekweten. Indien deze overeenkomst is beëindigd en aansluitend geen nieuwe overeenkomst wordt afgesloten, blijft deze bepaling betreffende het declareren via een derde voor de toekomst van kracht.

Wanneer de zorgaanbieder eenmaal heeft aangegeven via een derde zijn declaraties te willen indienen en de zorgverzekeraar daarmee in heeft kunnen stemmen, kan de zorgaanbieder pas weer zelf rechtstreeks zijn declaraties bij de zorgverzekeraar indienen, wanneer hij middels bewijsstukken heeft aangetoond, dat zijn relatie ten opzichte van de derde dienovereenkomstig is gewijzigd.

11. De consulten/deelprestaties in het kader van het Stoppen-met-Rokenprogramma maken onderdeel uit van de behandeling door de zorgaanbieder en kunnen niet afzonderlijk door de zorgaanbieder worden gedeclareerd.
12. De zorgaanbieder declareert de prestatie Stoppen-met-Rokenprogramma niet wanneer aan dezelfde verzekerde tegelijkertijd al vergelijkbare zorg wordt geleverd die op andere wijze is of wordt gedeclareerd/bekostigd. Noch declareert de zorgaanbieder tegelijkertijd voor dezelfde verzekerde naast de prestatie Stoppen-met-Rokenprogramma een prestatie die geacht wordt binnen het kader van de prestatie Stoppen-met-Rokenprogramma gedeclareerd te worden of geacht wordt daarmee vergelijkbaar te zijn. Er mag, met andere woorden geen sprake zijn van dubbele financiering. De zorgaanbieder houdt zich nadrukkelijk aan datgene wat hieromtrent in de Regeling NR/CU-713 Stoppen-met-Roken-programma of in die welke daarvoor in de plaats komen, is bepaald (zie met name de artikelen 4.6 tot en met 4.10 in de betreffende regeling of de overeenkomstige artikelen in de regelingen die daarvoor in de plaats komen).
13. De zorgaanbieder mag naast de declaratie van de gedragsmatige component van de zorg/de prestatie geen eenmalig huisartsenconsult declareren waarbinnen een (genees)middel wordt voorgeschreven, indien farmacologische ondersteuning in het kader van een Stoppen-met-Rokenprogramma wenselijk wordt geacht. Dit, aangezien met onderhavige overeenkomst binnen het Stoppen-met-Rokenprogramma huisartsenzorg wordt gecontracteerd.
14. De verzekerde heeft recht op (vergoeding van) het eenmaal per kalenderjaar volgen van een Stoppen-met-Rokenprogramma (zie www.defriesland.nl/zorgaanbieders/service/downloads/voorwaarden.aspx). De startdatum van het Stoppen-met-Rokenprogramma is hiervoor bepalend. De zorgaanbieder dient vóór het moment dat de verzekerde in zorg komt, na te gaan of de verzekerde in het lopende kalenderjaar al op een andere wijze is gestart met een Stoppen-met-Rokenprogramma of in het lopende kalenderjaar wellicht al een programma heeft doorlopen. Is dat het geval en de zorgaanbieder zou toch zorg gaan verlenen, dan worden de kosten niet vergoed.

Artikel 16 Informatievoorziening aan verzekerden

De zorgaanbieder verschaft op een voor de verzekerde passende wijze informatie aan verzekerden met betrekking tot de inhoud en het doel van het Stoppen-met-Rokenprogramma, de zorg die daarbij geleverd wordt en de vergoeding ervan (zie o.a. www.defriesland.nl/zorgaanbieders/service/downloads/voorwaarden.aspx).

Artikel 17 Uitwisseling persoonsgegevens

1. Gegevens worden uitgewisseld met inachtneming van de vigerende privacywetgeving/wetgeving inzake de bescherming van persoonsgegevens. De zorgverzekeraar houdt zich in aanvulling daarop aan de vigerende gedragscode voor zorgverzekeraars inzake de verwerking van persoonsgegevens.
2. De zorgaanbieder verleent medewerking aan een verzoek van of namens een verzekerde tot overdracht van zijn dossier en/of informatieverstrekking uit zijn dossier aan een andere zorgaanbieder dan wel zorgverlener.
3. De zorgaanbieder werkt mee aan het opzetten en in stand houden alsmede het gebruik van een elektronisch patiëntendossier.

Artikel 18 Mutaties zorgverleners/onderaannemers

Bij het aangaan van onderhavige overeenkomst maakt de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar schriftelijk bekend welke onderaannemers en welke zorgverleners de zorg gaan verlenen. Wijzigingen met betrekking tot onderaannemers/zorgverleners worden onmiddellijk schriftelijk doorgegeven aan de zorgverzekeraar.

Artikel 19 Overlegstructuur

Zo vaak als noodzakelijk, maar in ieder geval bij voorzienbare niet nakoming, vindt overleg plaats over de overeenkomst en de uitvoering ervan.

Artikel 20 Verantwoording, monitoring en evaluatie

1. Teneinde te kunnen beoordelen of de tussen partijen bestaande overeenkomst naar behoren wordt nagekomen, is iedere partij gehouden de andere partij alle inlichtingen te verschaffen die deze redelijkerwijs behoeft.
2. De zorgaanbieder levert bij de zorgverzekeraar voor iedere verzekerde aan wie zorg wordt/is verleend, per e-mail de ingevulde Minimale Data Set (MDS) aan. Zie artikel 6 lid 2.

Artikel 21 Controle

1. De zorgverzekeraar voert materiële controle uit. Hij houdt zich daarbij aan de geldende regelgeving en de voor hem geldende gedragscodes en protocollen. De wijze van uitvoering van de materiële controle is voorbehouden aan de zorgverzekeraar.
2. De zorgaanbieder beschikt over een zodanig toegankelijke administratie van de zorgdossiers, dat materiële controle op eenvoudige wijze mogelijk is. Deze administratie is toegankelijk voor de medisch adviseur en de onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur vallende administratief medewerkers van de zorgverzekeraar.
3. De zorgaanbieder draagt zorg voor een juiste en volledige vastlegging van medische en administratieve gegevens die benodigd zijn voor een materiële controle op de aan de zorgverzekeraar gedeclareerde bedragen. Daarbij geldt ten behoeve van de materiële controle door de zorgverzekeraar een minimale bewaartermijn van vijf jaren. Dit geldt ook indien de betreffende verzekerde is overleden.
4. De zorgaanbieder verleent aan de in lid 1 bedoelde materiële controle alle medewerking die redelijkerwijs van hem kan worden gevergd, met inbegrip van het verstrekken van kopieën van bescheiden waarover de zorgaanbieder de beschikking heeft.
5. De zorgverzekeraar kan verlangen dat de zorgaanbieder aan hem, desgevraagd tegen ontvangstbewijs, originele bescheiden ter hand stelt voor de tijd die de zorgverzekeraar nodig heeft om daarin inzage te nemen.

Artikel 22 Fraude

1. De zorgverzekeraar kan fraude registreren in de tussen verzekeringsmaatschappijen toepasselijke signaleringssystemen.
2. De zorgaanbieder is bij fraude aan de zorgverzekeraar schadevergoeding verschuldigd, mede omvattend de kosten van opsporing en onderzoek van de fraude.

Artikel 23 Geschillen

1. Alle geschillen welke tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar ontstaan naar aanleiding van:
 - deze overeenkomst;
 - daarmee samenhangende of daaruit voortvloeiende overeenkomsten en/of aanvullingen op zodanige overeenkomsten;

-feiten, welke in enig opzicht met de uitvoering van vorenbedoelde overeenkomsten, wijzigingen of aanvullingen en de daaruit voortvloeiende relatie tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar verband houden;

worden berecht en beslist door de Commissie voor de Rechtspraak volgens de regelen van het Reglement op de Rechtspraak Zorgverzekering, zoals dit thans luidt, dan wel in de toekomst zal komen te luiden.

2. Alvorens een geschil aanhangig te maken, kunnen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar een verzoek tot bemiddeling indienen bij de Commissie voor de Rechtspraak, zulks volgens de regelen van het Reglement inzake Bemiddeling Zorgverzekering, zoals dit thans luidt, dan wel in de toekomst zal komen te luiden.

Artikel 24 Maatschappelijk verantwoord ondernemen

1. De zorgaanbieder neemt verantwoordelijkheid voor de effecten van de bedrijfsactiviteiten op mens en milieu.
2. De zorgaanbieder spant zich in om positieve effecten te creëren op economisch (prosperity), ecologisch (planet) en sociaal (people) gebied.
3. De zorgaanbieder maakt in zijn jaarverslag (voor zover van toepassing) inzichtelijk op welke wijze hij vorm geeft aan het maatschappelijk verantwoord ondernemen.

Artikel 25 Einde overeenkomst

1. Deze overeenkomst eindigt:
 - a. door het verstrijken van de overeengekomen contractsduur, zoals vermeld op het zorgaanbiedergebonden deel (Deel I);
 - b. op een eerder tijdstip met wederzijds goedvinden;
 - c. door tussentijdse opzegging, zoals bedoeld in lid 3;
 - d. bij overlijden van een praktijkhouder;
 - e. met ingang van het tijdstip waarop een praktijkhouder onder curatele staat;
 - f. door faillissement van de zorgaanbieder/een praktijkhouder of indien de zorgaanbieder/een praktijkhouder (voorlopig) surséance van betaling is verleend in de zin van de Faillissementswet;
 - g. Indien ten gevolge van een uitspraak gedaan door de Inspectie voor de Gezondheidszorg of gedaan op grond van de Wet BIG en/of het Wetboek van Strafrecht, het de zorgaanbieder/een praktijkhouder niet meer is toegestaan in zijn praktijk in volle omvang zorg te leveren/verlenen dan wel zijn beroep in volle omvang en voor eigen verantwoordelijkheid uit te oefenen;
 - h. wanneer de zorgverzekeraar en/of de zorgaanbieder niet meer (volledig) voldoet/voldoen aan de voorwaarde zoals omschreven in de van toepassing zijnde definitie. Dit geldt niet indien de toelating van de zorgverzekeraar wordt ingetrokken als gevolg van een overname van "de portefeuille" door een andere zorgverzekeraar. In dit geval gaan de rechten en verplichtingen die de zorgverzekeraar ingevolge deze overeenkomst heeft, over op de overnemende zorgverzekeraar;
 - i. wanneer de overeenkomst inzake huisartsenzorg met de zorgaanbieder wordt beëindigd, c.q. niet opnieuw wordt aangegaan;
 - j. in geval de financiering van zorg bij 'Stoppen-met-Rokenprogramma' op grond van de van toepassing zijnde beleidsregels, prestatiebeschrijvingsbeschikking en bijbehorende regelingen van de NZa niet meer mogelijk is.
2. Indien de overeenkomst is gesloten met meerdere praktijkhouders in een praktijk, heeft beëindiging van de overeenkomst met één van deze praktijkhouders geen gevolgen voor de overeenkomst met de andere praktijkhouders in de praktijk.
3. Onverminderd de bevoegdheid tot ontbinding van de overeenkomst kan de zorgverzekeraar de overeenkomst tussentijds opzeggen:
 - a. in geval van fraude;

- b. in geval van fusie van de zorgaanbieder, overdracht van aandelen of activa van de zorgaanbieder of enige andere rechtshandeling die leidt tot een aanmerkelijke wijziging van de zeggenschap over de onderneming.
- 4. Opzegging dient schriftelijk en aangetekend plaats te vinden met inachtneming van een termijn van twee maanden.
- 5. Indien en voor zover gedurende de looptijd van de overeenkomst wijzigingen optreden in relevante wet- en regelgeving, treden partijen zo spoedig mogelijk met elkaar in overleg om met inachtneming van de nieuwe wet- en regelgeving vervangende afspraken met elkaar te maken.