



**Overeenkomst**  
vrijgevestigd huisarts 2016-2018



## Inhoudsopgave

Toelichting bij de overeenkomst vrijgevestigd huisarts 2016-2018	4
DEEL II ALGEMEEN DEEL OVEREENKOMST HUISARTSENZORG	8
DEEL III VERLOSKUNDIGE HULP	20
DEEL IV PRAKTIJKONDERSTEUNING GGZ (POH-GGZ)	21
DEEL V STOPPEN MET ROKEN	23
Deel I, bijlage 1: Tarieven	26
Deel II, bijlage 1: Verrichtingen	28
Deel II, bijlage 2a: Prestaties resultaatbeloning en zorgvernieuwing (S3) voor één jaar	34
Deel II, bijlage 2b: Prestaties resultaatbeloning en zorgvernieuwing (S3) voor drie jaar	39
Deel II, bijlage 3: Aandachtspunten Farmacie-Huisartsenzorg	42

## Toelichting bij de overeenkomst vrijgevestigd huisarts 2016-2018

Dit is de overeenkomst vrijgevestigd huisarts voor de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 december 2018. In deze toelichting staan de belangrijke ontwikkelingen die voor u van toepassing (kunnen) zijn. U vindt hier ook de belangrijkste wijzigingen in de overeenkomst en het inkoopbeleid ten opzichte van 2015.

### Totstandkoming overeenkomst

Bij het maken van de overeenkomst 2016 werkte CZ weer samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Nieuw dit jaar was het samen organiseren van expertbijeenkomsten met huisartsen. Signalen uit deze bijeenkomsten en de uitkomsten van de diverse landelijke overlegsituaties zijn uitgewerkt in deze overeenkomst. Het resultaat en vooral ook het proces rondom de totstandkoming van deze overeenkomst is door alle partijen als positief, constructief en verhelderend ervaren.

CZ organiseert in september in de diverse regio's weer informatiebijeenkomsten over de overeenkomst.

### Voortzetting expertmeetings

De expertmeetings vinden ook in 2016 plaats. CZ stelt het zeer op prijs als huisartsen mee willen denken in voor hen relevante ontwikkelingen en initiatieven. Voor 2016 zijn twee speerpunten benoemd:

- prestatie ouderenzorg;
- prestatie zorgvernieuwing. Zorgverleners wensen meer duidelijkheid over de praktische invulling van deze prestatie. Een werkgroep werkt hiervoor een duidelijk kader uit.

### Meerjarige overeenkomst

CZ wil u graag een meerjarige overeenkomst basishuisartsenzorg aanbieden voor de periode van 2016 tot en met 2018. Zo doen we meer recht aan het waarborgen van de continuïteit van uw praktijk. Daarnaast bieden we hiermee meer zekerheid aan onze verzekerden.

Sommige onderdelen van de overeenkomst lenen zich niet voor meerjarenafspraken, omdat hiervoor de wet- en regelgeving continu wijzigt of het beleid nog volop in ontwikkeling is. Daarom bieden we deze voor de periode van een jaar aan.

Voor 2016 gaat het om:

- POH-GGZ
- De S3-prestaties: Doelmatig voorschrijven, Service en bereikbaarheid, Diagnostiek en verwijzen en Ouderenzorg
- De prestatie POH-S

### Administratieve lastenvermindering

- Volgsystematiek

Met ingang van 2016 kunt u tijdens het contracteerproces aangeven of u wilt dat wij de kernafspraken (volgformat) rechtstreeks naar de verre zorgverzekeraar sturen.

U hoeft dit dan niet meer zelf te doen. Wij geven ook de wijzigingen voor u door gedurende de looptijd van de overeenkomst.

- Werkwijze ION-database  
Zorgverzekeraars willen de administratieve last rondom de correcties voor de Inschrijving Op Naam (ION) verlagen. De afspraken met de diverse partners die hierin een rol spelen, zijn nog niet afgerond. Wij hopen dit proces voor 1 januari 2016 af te ronden en informeren u dan schriftelijk over de gewijzigde werkwijze.
- Stoppen met roken  
Omdat wij de administratieve lasten voor u willen verlichten, vervalt de eis van de 'minimale dataset' voor de individuele huisarts die uitsluitend individuele gedragsondersteuning bij stoppen met roken biedt.
- POH-GGZ  
Het inhoudelijk jaarverslag vervalt. Daarnaast is het aanleveren van diploma's en arbeidsovereenkomsten niet meer van toepassing. Wij controleren dit achteraf in de vorm van een steekproef.

- Website  
CZ heeft de toegang tot de website voor huisartsen vereenvoudigd. Wij hopen dat de diverse documenten die u nodig hebt voor de contractering hierdoor makkelijker te vinden zijn. Ook werken wij hard aan een verbetering van de opzet van de website.  
Kijk op: [www.cz.nl/huisarts](http://www.cz.nl/huisarts).

### Brochure

De CZ-huisartsenovereenkomst biedt aanvullende mogelijkheden om het zorgaanbod in de praktijk te verbreden. Dit is mogelijk met S3-prestaties, maar ook voor initiatieven die niet in de huisartsenovereenkomst staan. Van huisartsen horen wij dat dit niet breed bekend is. Daarom geven wij u via een brochure meer duidelijkheid over deze mogelijkheden. Deze brochure ontvangt u per post.

### Inhoudelijke wijzigingen

- M&I verrichtingen
  - a) Een therapeutische injectie en het plaatsen van een IUD kunt u vanaf 2016 weer als aparte verrichting declareren. Hiermee hopen we een einde te maken aan de ontstane onrust in 2015, toen de twee M&I verrichtingen IUD en Cyriax vervangen werden door een opslag op het inschrijftarief, een dubbel consult en een S3-component.
  - b) CZ volgt in de beschrijving van de M&I verrichtingen de NZa-beleidsregels. Hierdoor kennen de M&I verrichtingen geen belemmeringen meer in aantallen per patiënt voor een bepaalde periode. Wij vertrouwen erop dat u de doelmatigheid van zorg blijft bewaken.
- Prestatie ouderenzorg  
De afgelopen jaren viel de financiering van de prestatie ouderenzorg uiteen in twee delen: financiering POH-S per kwartaal per inge-

schreven verzekerde en honorering achteraf op basis van de jaarlijkse evaluatie. Vanaf 1 januari 2016 worden beide delen samengevoegd. U ontvangt een bedrag per kwartaal per ingeschreven verzekerde. Het tarief POH-S vervalt hierdoor, maar wordt opgeteld bij het bedrag voor de prestatie ouderenzorg.

- Prestatie ouderenzorg transmuraal  
Vanaf 1 januari 2016 wordt de prestatie ouderenzorg transmuraal betaald op verrichtingenbasis. U kunt een vast bedrag per patiënt per ontslagmoment declareren.
- Inzet POH-GGZ per normpraktijk  
CZ verhoogt de inzet per 1 januari 2016 van 9 naar 12 uur per week per 2350 patiënten.
- Prestatie Vergoeding Diagnostisch Toetsoverleg (DTO)  
Dit is een nieuwe prestatie waarbij CZ de huisarts wil stimuleren tot kwalitatief goed en doelmatig aanvragen van KCL en MMB.

### Overige informatie

Wij kiezen ervoor dit overzicht uitsluitend online te publiceren. Het betreft aandachtspunten van andere sectoren die voor u interessant kunnen zijn. U vindt hier bijvoorbeeld informatie over hulpmiddelen.

Kijk op: [www.cz.nl/huisarts](http://www.cz.nl/huisarts).



## Overzicht contactgegevens CZ

### Contactinformatie, aanvraagformulieren en beleid: [www.cz.nl/huisarts](http://www.cz.nl/huisarts)

Op deze website vindt u als zorgaanbieder de informatie die u nodig hebt. Bijvoorbeeld informatie over prestaties, declaraties en het beleid van CZ, maar ook veel gestelde vragen, brochures en aanvraagformulieren.

### Afdeling Relatiebeheer Zorgverleners

Voor hulp bij vragen over de overeenkomst of het aanvragen van prestaties:

E-mail	<a href="mailto:rz.huisartsen@cz.nl">rz.huisartsen@cz.nl</a>
Telefoonnummer	Tel. (0113) 27 49 91
Adresgegevens	CZ Relatiebeheer Zorgverleners Postbus 5130 5004 EC TILBURG

### Zorginkopers

Naam		Regio('s)Contactgegevens
Dhr. Casper Besters	Midden Brabant Noordoost Brabant (Chronos, Beroemd) Zuidoost Brabant (PoZoB, DOH)	<b><a href="mailto:casper.besters@cz.nl">casper.besters@cz.nl</a></b> (076) 524 34 56
Mw. Marian Jacobs	Noordoost Brabant (Synchroon) Zuidoost Brabant (Elan, Syntein) Limburg	<b><a href="mailto:marian.jacobs@cz.nl">marian.jacobs@cz.nl</a></b> (013) 593 82 89
Mw. Gaby Prins-Siemons	West Brabant Den Haag e.o.	<b><a href="mailto:gaby.siemons@cz.nl">gaby.siemons@cz.nl</a></b> (076) 524 34 88
Dhr. Paul Raaijmakers	Zuid-Holland-Zuid	<b><a href="mailto:paul.raaijmakers@cz.nl">paul.raaijmakers@cz.nl</a></b> (076) 524 30 14
Dhr. Michel Rouss	Nijmegen e.o.	<b><a href="mailto:michel.rouss@cz.nl">michel.rouss@cz.nl</a></b> (076) 524 34 06
Mw. Nathalie van Schoonhoven	Zeeland	<b><a href="mailto:nathalie.van.schoonhoven@cz.nl">nathalie.van.schoonhoven@cz.nl</a></b> (076) 524 34 20

### Afdeling declaraties

Voor hulp bij vragen over declaraties

E-mail	<b><a href="mailto:huisartsen@cz.nl">huisartsen@cz.nl</a></b>
Informatielijn declaraties huisartsen	Tel. (046) 459 58 93

Voor vragen over ION correcties

E-mail	<b><a href="mailto:ion.huisartsen@cz.nl">ion.huisartsen@cz.nl</a></b>
--------	---



## Contactgegevens ondersteuning eerstelijns gezondheidszorg

Website	<b><a href="http://www.rosrobust.nl">www.rosrobust.nl</a></b>
Telefoonnummer	Tel. (085) 401 81 85
E-mail	<b><a href="mailto:info@rosrobust.nl">info@rosrobust.nl</a></b>
Website	<b><a href="http://www.stichtingkoel.nl">www.stichtingkoel.nl</a></b>
Telefoonnummer	Tel. (078) 619 30 68
E-mail	<b><a href="mailto:info@stichtingkoel.nl">info@stichtingkoel.nl</a></b>
Website	<b><a href="http://www.lijn1haaglanden.nl">www.lijn1haaglanden.nl</a></b>
Telefoonnummer	Tel. (070) 300 87 77
E-mail	<b><a href="mailto:info@lijn1haaglanden.nl">info@lijn1haaglanden.nl</a></b>
Website	<b><a href="http://www.sgzros.nl">www.sgzros.nl</a></b>
Telefoonnummer	Tel. (079) 320 86 86
E-mail	<b><a href="mailto:ros@sgzoetermeer.nl">ros@sgzoetermeer.nl</a></b>

Voor meer informatie over de overkoepelende organisatie: Versterking Eerstelijns Zuid-Nederland (VEZN), zie: **[www.versterkingeerstelijns.nl](http://www.versterkingeerstelijns.nl)**

## Deel II algemeen deel overeenkomst huisartsenzorg

### Artikel 1. Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

**a. medisch adviesgroep**

de medisch adviesgroep van de zorgverzekeraar waartoe, naast de BIG-geregistreerde medisch adviseur, tevens de adviserend tandarts en de zorgadviseur gerekend worden;

**b. partijen**

de partijen genoemd in Deel I die deze overeenkomst zijn aangegaan;

**c. passant**

een niet tot de praktijkpopulatie van de huisarts behorende verzekerde, die zorg van spoedeisende aard van de huisarts behoeft en die niet woonachtig is in de vestigingsgemeente van de huisarts;

**d. praktijkgebied**

een geografisch afgebakend gebied waarvoor geldt dat verzekerden die woonachtig zijn binnen dat gebied kunnen toetreden tot de praktijkpopulatie van de zorgaanbieder;

**e. tarieven**

de tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar, met inachtneming van het bepaalde in de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG), overeengekomen prijzen voor prestaties;

**f. verzekerde**

de persoon die een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet en/of een aanvullende verzekeringsovereenkomst heeft gesloten met de zorgverzekeraar, en die recht heeft op hetzij de omschreven zorg in natura, hetzij gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten van de omschreven zorg;

**g. zorg**

de onder de verantwoordelijkheid van de huisarts te verlenen 24-uurs huisartsgeneeskundige en verloskundige zorg waar de verzekerde, op grond van de Zorgverzekeringswet of de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen van de zorgverzekeraar, een natura- of restitutieaanspraak kan doen gelden (verzekerde zorg), en die handelingen waarover door partijen afspraken gemaakt zijn;

**h. zorgaanbieder**

de huisarts, die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst (KNMG), die voor eigen rekening en risico de zorg verleent als bedoeld onder g. en die deze overeenkomst is aangegaan;

**i. zorgverzekeraar**

de zorgverzekeraar als bedoeld in rubriek A van Deel I (individueel deel) van deze overeenkomst.

### Artikel 2. Zorg

**A. Algemeen**

1. De zorgaanbieder verplicht zich de zorg of een nader overeengekomen deel daarvan te verlenen aan de verzekerde die als zodanig recht heeft op de zorg en zich tot hem wendt. De zorgaanbieder verleent de zorg, met inachtneming van de relevante bepalingen die bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en de algemene voorwaarden van de zorgverzekeraar aan de zorg worden gesteld, alsmede met hetgeen partijen hieromtrent bij of krachtens deze overeenkomst zijn overeengekomen.
2. De verleende zorg is zorg van een goed niveau die doeltreffend, doelmatig, professioneel, verantwoord en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële zorgbehoefte



en zorgvraag van de patiënt. De zorgaanbieder past daartoe de voor zijn beroepsgroep geldende protocollen, richtlijnen en standaarden toe. Leidend is daarbij een afweging tussen de effectiviteit van de zorg, de belangen van de patiënt en de kosten.

3. De zorgaanbieder verleent de zorg met de bij de omstandigheden passende zorgvuldigheid.
4. a. De zorgaanbieder verleent de zorg persoonlijk, met uitzondering van het bepaalde in artikel 2, alsmede het bepaalde in artikel 4, onder E (waarneming).  
b. De zorgaanbieder mag met toestemming van de zorgverzekeraar de zorg laten verlenen door een of meer derden, waaronder beroepsgenoten in dienstverband. De samenwerking tussen zorgaanbieder en die derde(n) wordt bij nadere overeenkomst geregeld, waarbij de bepalingen uit deze overeenkomst deel uitmaken van de overeenkomst tussen de zorgaanbieder en derde.
5. De zorgaanbieder behandelt de verzekerde op individuele basis, tenzij partijen de mogelijkheid van groepsbehandeling hebben geregeld bij nadere overeenkomst, die integraal deel uitmaakt van deze overeenkomst.

## **B. Generalistische basis GGZ**

De introductie van de generalistische basis GGZ heeft consequenties voor de zorgaanbiederspraktijk. In verband hiermee zijn de volgende bepalingen van toepassing:

1. De zorgaanbieder spant zich in dat patiënten met psychische problematiek adequaat worden herkend, behandeld of waar nodig verwezen worden naar de generalistische basis GGZ (BGGZ) of de gespecialiseerde GGZ (SGGZ).

Indien er geen sprake is van een (vermoeden op) DSM IV stoornis kan niet verwezen worden naar de BGGZ of SGGZ en wordt gekeken of de problematiek binnen de huisartsenpraktijk op te lossen is of dat moet worden verwezen naar andere hulpverleners, zoals algemeen maatschappelijk werk (AMW) of andere hulpverlenende instanties.

2. De zorgaanbieder kan alleen op basis van objectieve criteria verwijzen naar de generalistische basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Onder objectieve criteria wordt verstaan het 'wel of niet aanwezig zijn van een DSM IV-stoornis', 'de ernst van de problematiek', 'het risico', 'de complexiteit' en 'het beloop van de klachten'. De verwijzing dient geobjectiveerd te zijn en is naast een diagnostisch gesprek gebaseerd op gegevens verkregen uit een af te nemen oriënterend onderzoek, bij voorkeur een (digitaal) gevalideerd beslissingsondersteunend instrument. Uit dit oriënterend onderzoek is gebleken dat bij verzekerde sprake is van een vermoeden van een psychiatrische stoornis welke qua ernst behandeld dient te worden binnen de generalistische basis GGZ (Prestatie BGGZ Kort, BGGZ Middel, BGGZ Intensief of BGGZ chronisch) of de gespecialiseerde GGZ. De zorgaanbieder stemt bij voorkeur wel met de BGGZ en de SGGZ af welke screeningslijsten afgenomen worden.

## **Artikel 3. Weigering zorgverlening**

De zorgaanbieder kan de zorg weigeren of de aangevangen zorg voortijdig beëindigen indien er gewichtige redenen bestaan op grond waarvan (voortgezette) verlening van de zorg redelijkerwijs niet van hem kan worden verlangd, ondanks het (voort)bestaan van een indicatie en op voorwaarde dat er geen sprake is van een spoedeisende situatie of een noodsituatie. In het geval van

weigering of beëindiging van de verlening van zorg doet de zorgaanbieder, zo mogelijk vooraf en schriftelijk, melding aan de verzekerde van de weigering c.q. beëindiging als ook de redenen die daaraan ten grondslag liggen. De zorgaanbieder neemt tevens contact op met de zorgverzekeraar teneinde gezamenlijk te trachten (de continuïteit van) de zorgverlening te waarborgen.

#### **Artikel 4. Kwaliteit van de zorg**

##### **A. Privacy en dossiervorming**

1. De zorgaanbieder registreert en bewaart op zorgvuldige wijze van elke verzekerde de gegevens. De gegevens dienen te worden geregistreerd volgens de richtlijnen van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst.
2. De gegevens dienen door partijen te worden beheerd conform de Wet Bescherming Persoonsgegevens, waarbij geldt dat de verzekerde inzagerecht heeft en zo nodig gegevens mag aanpassen indien deze onjuistheden bevatten.
3. Het doorgeven van gegevens aan derden zonder toestemming van de verzekerde is verboden.
4. De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder beschikken ieder over een protocol waarin is vastgelegd welke medewerkers met welk doel toegang hebben tot gegevens.
5. De zorgaanbieder verschafft de verzekerde desgevraagd informatie over de wijze waarop de privacy van de verzekerde wordt beschermd.

##### **B. Patiëntbejegening**

1. De zorgaanbieder neemt in zijn relatie tot de verzekerde de algemeen aanvaarde patiëntenrechten in acht.

2. De zorgaanbieder draagt zorg voor goede voorlichting aan de verzekerde over de aan hem te verlenen zorg.
3. De zorgaanbieder dient te beschikken over een interne klachtenprocedure en hanteert daartoe een reglement voor klachtbehandeling dat voldoet aan de eisen welke daaraan gesteld worden in de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector.

##### **C. Opleiding/nascholing, inhoudelijke professionele kwaliteit**

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat hij en de eventueel aan hem verbonden beroepsbeoefena(a)r(en) onder meer door deelname aan deskundigheidsbevordering blijven beschikken over de kennis en kunde, die voor een goede verlening van de zorg noodzakelijk is.
2. De zorg wordt verleend in overeenstemming met de daarvoor geldende wet- en regelgeving waaronder de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector.

##### **D. Continuïteit**

1. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de continuïteit van de 24-uurs zorg van de bij hem ingeschreven patiënten. Omdat de zorgaanbieder niet zelf onafgebroken deze zorg kan leveren, is hij lid van een waarneemgroep en/of aangesloten bij een huisartsendienstenstructuur waarin bij toerbeurt door de deelnemende huisartsen avond-, nacht- en weekenddiensten worden verricht. Tarieven met betrekking tot prestaties in avond, nacht en weekend kunnen alleen in rekening worden gebracht indien het spoedeisende zorg betreft. Indien er omstandigheden zijn die de continuïteit in gevaar brengen, meldt de zorgaanbieder dit aan de zorgverzekeraar.

2. Ingeval de zorgaanbieder of een aan hem verbonden beroepsbeoefenaar in loondienst krachtens een uitspraak gedaan op grond van de Wet BIG onderscheidenlijk het Wetboek van Strafrecht is geschorst in de uitoefening van zijn bevoegdheid, dan wel hem de uitoefening van zijn beroep is ontzegd, meldt hij dit onverwijld aan de zorgverzekeraar.
3. De zorgaanbieder neemt, voor zover nodig vanwege de directe patiëntenzorg, actief deel aan samenwerkings- en overlegstructuren met collega-huisartsen en overige eerstelijns-hulpverleners. Dit met de bedoeling om de kwaliteit van de geleverde zorg te waarborgen en te verbeteren en het functioneren van de huisartsgeneeskundige zorg binnen de totale zorg te optimaliseren.
4. Tenzij de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar daarover andere afspraken maken, neemt de zorgaanbieder deel aan farmacotherapeutisch overleg.

#### **E. Waarneming**

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat waarneming plaatsvindt bij afwezigheid wegens ziekte, vakantie, beroepsgerichte na- of bijscholing en daarmee vergelijkbare omstandigheden.
2. Indien de waarneming langer zal duren dan twee maanden, doet de zorgaanbieder hiervan schriftelijk mededeling aan de zorgverzekeraar onder vermelding van de vermoedelijke duur van de waarneming en de naam (namen) en adres(sen) van de waarnemer(s). Hernieuwde mededeling is vereist indien de waarneming langer duurt dan aanvankelijk was opgegeven.
3. De waarneming kan in beginsel niet langer duren dan twaalf aaneengesloten maanden. Daarna volgt een moment van evaluatie door

partijen. Verlenging van de waarneming is slechts mogelijk indien daarover overeenstemming bestaat tussen partijen.

4. Voor de toepassing van deze overeenkomst is de zorgaanbieder, onverminderd de eigen verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de waarnemer, ten volle tegenover de zorgverzekeraar verantwoordelijk en aansprakelijk voor de te verlenen zorg.

#### **F. Praktijkvoering en praktijkruimte**

1. De zorgaanbieder draagt zorg voor een goede organisatie van zijn praktijk.
2. De zorgaanbieder verleent de zorg in een adequaat ingerichte en geoutilleerde praktijkruimte, die voor de verzekerde goed bereikbaar en toegankelijk is. De praktijk dient minimaal te voldoen aan de inrichtingseisen zoals omschreven in het basistakenpakket van de huisarts.
3. Deze overeenkomst is praktijkadresgebonden. De zorgaanbieder verleent de zorg op het (de) in het individueel deel van deze overeenkomst genoemde praktijkadres(sen). Bij verhuizing informeert de zorgaanbieder de zorgverzekeraar minimaal 1 maand voor de verhuizing. Bij verhuizing buiten het praktijkgebied wordt door partijen in gezamenlijkheid bezien welke consequenties dit heeft voor de overeenkomst, rekening houdend met het vigerende contracteerbeleid van de zorgverzekeraar.

#### **G. Kwaliteit van dienstverlening zorgverzekeraar**

De zorgverzekeraar zal zich, conform de gedragscode Goed Verzekeraarschap, als een goed zorgverzekeraar gedragen, waarbij de vermindering van de administratieve belasting een continu punt van aandacht blijft. De zorgverzekeraar maakt in dat verband onder andere een goede controle op verzekeringsrecht van de verzekerde mogelijk (voor zover het tot de mogelijkheden van de zorgverzekeraar behoort).

## Artikel 5. Machtigingen

Indien voor een bepaalde prestatie een machtigingsprocedure landelijk is toegestaan en bij de zorgverzekeraar van toepassing is, zal de verzekerde of de zorgaanbieder namens de verzekerde de toestemming/machtiging aanvragen. Indien er zich op het gebied van machtigingen door de zorgverzekeraar geïnitieerde wijzigingen voordoen treden partijen in overleg.

## Artikel 6. Praktijk- en patiëntenregistratie

1. De zorgaanbieder draagt zorg voor een adequate praktijk- en patiëntenregistratie.
2. De zorgaanbieder registreert de volgende patiënten- en zorgverleningsgegevens:
  - a. naam, geboortedatum, adres van de verzekerde;
  - b. het BSN-nummer van de verzekerde;
  - c. het aantal behandelingseenheden;
  - d. de data waarop de behandelingen zijn gegeven;
  - e. behandeling thuis of in de praktijk;
  - f. de naam van de behandelend zorgaanbieder;
  - g. verslag van de verrichting (dossiervorming), SOEP-registratie.
3. In aanvulling op hetgeen ter zake in de wetgeving is bepaald, wordt de originele patiëntenregistratie op geleide van de wettelijke bewaarplicht (en vernietigingsplicht) gevolgd. Deze blijft, met inachtneming van het bepaalde in artikel 8, voor de medisch adviseur van de zorgverzekeraar ter inzage beschikbaar voor controledoeleinden, ook nadat deze overeenkomst een einde heeft genomen.

## Artikel 7. Informatie

1. Partijen verschaffen elkaar desgevraagd de inlichtingen die zij redelijkerwijs behoeven voor inzicht in de nakoming van de in deze overeenkomst aangegane verplichtingen.
2. Partijen behandelen de gegevens die zij uitwisselen en onderling ter beschikking stellen vertrouwelijk en met inachtneming van de regels ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de betrokken verzekerden en de zorgaanbieders op wie die gegevens betrekking hebben.
3. Aansluiting op de zorginfrastructuur van het Landelijk Schakelpunt (LSP)  
De zorgverzekeraar stimuleert en ondersteunt de realisatie van de benodigde infrastructuur voor elektronische uitwisseling van (medische) informatie van patiënten via de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ). De zorgaanbieder spant zich in om deze informatie via de elektronische weg met andere zorgverleners uit te wisselen. De zorgaanbieder kan zich aansluiten op het LSP. Het VZVZ heeft een stappenplan en een toolkit ontwikkeld om de aansluiting te realiseren. Het VZVZ keert vergoedingen uit aan de huisarts bij aansluiting op en gebruik van het LSP.  
De zorgaanbieder heeft als taak om zijn patiënten toestemming te vragen om zijn medische gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Deze zogenoemde 'opt-in regeling' komt voort uit wetgeving ter bescherming van de privacy van de patiënt. Via het VZVZ is ook hiervoor een toolkit voor de zorgaanbieder ontwikkeld.

## Artikel 8. Declaratie en honorering

### A. Declaratie

1. De zorgaanbieder verleent de zorg op basis van deze overeenkomst zonder enige (bij) betaling voor de zorg door de verzekerde, tenzij hierna anders wordt overeengekomen.
2. De declaraties van het inschrijvingstarief (inclusief de praktijkondersteuning GGZ (POH-GGZ)) en overeengekomen prestaties resultaatbeloning en zorgvernieuwing die betrekking hebben op een bedrag per verzekerde) worden door de zorgaanbieder in het desbetreffende kwartaal ingediend, waarop deze declaraties betrekking hebben. De zorgaanbieder dient deze declaraties als verzamelnota in, met als prestatiedatum (in HIS) de eerste dag van het desbetreffende kwartaal. Uitgangspunt (peildatum) is het aantal bij de zorgaanbieder op de eerste dag van het kwartaal ingeschreven verzekerden. Ingeval de zorgaanbieder niet voldoet aan deze termijn, is de zorgverzekeraar niet gehouden de declaraties binnen de in lid B.4 genoemde termijn betaalbaar te stellen.
3. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de Inschrijving Op Naam (ION) van de verzekerde. De zorgaanbieder zorgt voor een correcte registratie van zijn patiënten in de landelijke ION-database ([www.inschrijvingopnaam.nl](http://www.inschrijvingopnaam.nl)). De zorgverzekeraar gaat ervan uit dat het inschrijvingstarief wordt gedeclareerd voor in de ION-database geregistreerde patiënten. Partijen hebben de intentie om afspraken die binnen de landelijke werkgroep ION worden gemaakt te volgen.
4. Declaraties van het inschrijvingstarief voor dezelfde verzekerde voor hetzelfde kwartaal door verschillende declarerende zorgaanbieders worden vooralsnog aan de eerst declarerende zorgaanbieder uitbetaald. Zodra de zorgverzekeraar een koppeling met de landelijke ION-database maakt, krijgt alleen de zorgaanbieder betaald bij wie de verzekerde op naam staat ingeschreven.
5. De zorgaanbieder die ten onrechte het inschrijvingstarief krijgt afgewezen, omdat dit reeds aan een andere zorgaanbieder is uitbetaald, kan de afwijzing betwisten. De zorgaanbieder dient hiervoor uiterlijk twaalf maanden na prestatiedatum een correctieverzoek naar de zorgverzekeraar te sturen. De zorgverzekeraar handelt het correctieverzoek binnen 30 dagen af. De zorgaanbieder die onterecht heeft gedeclareerd, krijgt zo nodig een terugvordering. Het ten onrechte uitgekeerde bedrag wordt, indien mogelijk, verrekend met de eerstvolgende declaratie. De zorgaanbieder wordt hierover nader geïnformeerd via de afrekeningspecificatie.
6. De declaraties van consulten en overige overeengekomen prestaties (inclusief de overeengekomen prestaties resultaatbeloning en zorgvernieuwing die betrekking hebben op een bedrag per geïncludeerde patiënt) worden door de zorgaanbieder in de maand gedeclareerd, die volgt op de maand waarop deze declaraties betrekking hebben. De zorgaanbieder dient deze declaraties als verzamelnota in. In geval de zorgaanbieder niet voldoet aan deze termijn, is de zorgverzekeraar niet gehouden de declaraties binnen de in lid B.4 van dit artikel genoemde termijn betaalbaar te stellen.
7. Indien er sprake is van onderaannemerschap bij een zorggroep, mag de zorgaanbieder de consulten en verrichtingen die onderdeel zijn van de DBC, waar de zorgaanbieder als onderaannemer aan deelneemt, niet bij de zorgverzekeraar declareren.

8. De zorgaanbieder declareert elektronisch via Vecozo. De zorgaanbieder maakt gebruik van het meest recente Externe Integratiemodel Huisartsenhulp dat door Vektis is vastgesteld, met vermelding van alle gegevens die hiervoor noodzakelijk zijn.
9. De zorgaanbieder controleert via de COV-check (Controle Op Verzekeringsrecht) het verzekeringsrecht van de verzekerde in Vecozo. Als peildatum wordt de prestatiedatum gehanteerd.
10. De zorgaanbieder vergewist zich ervan dat geen zorg bij de zorgverzekeraar gedeclareerd wordt als bedoeld in artikel 15 Besluit zorgaanpak AWBZ.
11. De zorgaanbieder draagt zorg voor inhoudelijk kwalitatief goede declaraties. Bij een groten-deels foutief aangeleverde declaratie of hoog uitvalpercentage wordt de gehele declaratie door de zorgverzekeraar, na overleg met de zorgaanbieder, afgewezen. De zorgverzekeraar stelt de zorgaanbieder hiervan op de hoogte via de retourinformatie conform lid B.6 van dit artikel.
12. Onverminderd zijn verplichting de (her) declaraties tijdig in te dienen conform lid A.2 en A.6 van dit artikel, zal de zorgaanbieder de zorg die hij in enig kalenderjaar heeft geleverd, uiterlijk twaalf maanden na prestatiedatum declareren bij de zorgverzekeraar. Na die datum ontvangen (her)declaraties neemt de zorgverzekeraar niet in behandeling, behoudens in geval van overmacht aan de zijde van de zorgaanbieder.
13. Alle aanpassingen van persoons-, praktijk- en/of praktijkrelatiegegevens dienen tijdig kenbaar te worden gemaakt aan Vektis ([www.agbcode.nl](http://www.agbcode.nl)). Een voorwaarde om tot

declaratieverwerking te kunnen overgaan is dat de gegevens van de (zelfstandige) huisarts, de praktijk of het gezondheidscentrum bij Vektis zijn geregistreerd, voordat de declaraties worden ingezonden.

## **B. Honorering**

1. De zorgverzekeraar honoreert de zorgaanbieder ter zake van aan de verzekerde verleende zorg op basis van de door Partijen in het individueel deel (bijlage 1 van Deel I) van deze overeenkomst overeengekomen Tarieven, met inachtneming van de overige bepalingen in dit artikel.
2. De praktijkondersteuning GGZ (POH-GGZ), overige S1-verrichtingen en de prestaties resultaatbeloning en zorgvernieuwing worden uitbetaald aan zorgaanbieders die daarvoor een overeenkomst met de zorgverzekeraar hebben gesloten. De prestaties worden uitbetaald conform de afspraken die daarover zijn vastgelegd.
3. De zorgverzekeraar zal het debiteurenrisico overnemen ten aanzien van het eigen risico dat door de zorgverzekeraar bij de verzekerde in rekening gebracht zal worden.
4. De zorgverzekeraar zal de declaraties die voor betaling in aanmerking komen binnen vijftien werkdagen na ontvangst betaalbaar stellen aan de zorgaanbieder, mits de zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden gesteld onder artikel 8.A. Indien de zorgaanbieder niet voldoet aan deze voorwaarden, wordt de declaratie binnen dertig kalenderdagen betaalbaar gesteld. Onder betaalbaarstelling wordt verstaan het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank om tot betaling van de declaratie over te gaan.
5. De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om ten onrechte gedane betalingen

terug te vorderen of te verrekenen met nieuwe declaraties.

6. Voor declaraties die via Vecozo worden ingediend, stelt de zorgverzekeraar retourinformatie (zowel afrekenspecificatie als elektronische retourinformatie) volgens het meest recente Externe Integratiemodel van Vektis beschikbaar via Vecozo. De retourinformatie is tot maximaal een jaar na verwerking van de declaratie via Vecozo raadpleegbaar.
7. Declaraties worden uitbetaald aan het bij de zorgverzekeraar bekende bankrekeningnummer (IBAN) van de zorgaanbieder. Dit bankrekeningnummer is van de huisartsenpraktijk, het gezondheidscentrum, een rechtspersoon of een servicebureau.
8. Indien de zorgverzekeraar door een oorzaak gelegen in zijn risicosfeer er niet in slaagt de declaratie binnen de in lid B.4 van dit artikel genoemde termijn betaalbaar te stellen, stelt de zorgverzekeraar een voorschot betaalbaar van 100% van het gedeclareerde bedrag. De zorgverzekeraar stelt geen voorschot betaalbaar indien de oorzaak van de vertraging gelegen is in de risicosfeer van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld omdat de declaratie niet voldoet aan de voorwaarden die in deze overeenkomst aan de declaratie worden gesteld.
9. Indien een verzekerde met een restitutiepolis uitdrukkelijk te kennen geeft zelf de declaratie van de zorgaanbieder te willen ontvangen, brengt de zorgaanbieder de zorg in rekening bij de verzekerde tegen de tarieven zoals vastgelegd in deze overeenkomst.
10. Indien onder de zorgverzekeraar beslag wordt gelegd ter verzekering van de rechten van een schuldeiser van de zorgaanbieder, komen de

extra kosten die de zorgverzekeraar hier voor moet maken volledig voor rekening van de zorgaanbieder.

## Artikel 9. Achterafcontrole

1. Partijen kunnen, op basis van de NZa-richtlijnen, periodiek controleren of ieders verplichtingen uit deze overeenkomst of uit hoofde van de zorgverzekeringswet op een juiste wijze nagekomen worden.
2. De zorgverzekeraar controleert zoveel mogelijk direct tijdens het declaratieproces. Bij resterende risico's wordt achteraf gecontroleerd.
3. In de achterafcontroles worden formele en materiële controles onderscheiden. In de formele controles wordt nagegaan of de door de zorgaanbieder ingediende declaraties, in overeenstemming zijn met de geldende wet- en regelgeving en de in de gesloten overeenkomst opgenomen voorwaarden. De materiële controle wordt uitgevoerd om vast te stellen of de gedeclareerde zorg overeenkomt met de werkelijke levering, of de zorglevering doelmatig is geweest in relatie tot de zorgvraag en of, mede in relatie tot de declaratie, sprake is van adequate dossiervorming.
4. De digitale en overige gegevens over de declaratieverwerking en -betaling in de bestanden van de zorgverzekeraar, waaronder begrepen die van Vecozo, strekken Partijen tot volledig bewijs ter uitvoering van de controle, behoudens tegenbewijs door de zorgaanbieder.
5. De zorgverzekeraar heeft ten aanzien van de achterafcontroles, zoals bedoeld in de zorgverzekeringswet, een controleplan opgesteld waarin op transparante wijze wordt weergegeven welke procedure de zorgverzekeraar

hanteert bij het uitvoeren van achterafcontroles. Hierin staan ook de middelen die de zorgverzekeraar hanteert en de termijnen waarbinnen de achterafcontroles redelijkerwijs dienen te worden afgerond. Het controleplan wordt gepubliceerd op de website van de zorgverzekeraar en is raadpleegbaar voor zorgaanbieders en verzekerden.

6. De zorgaanbieder heeft kennisgenomen van het in het vorige lid genoemde controleplan en de zorgaanbieder zal in voorkomende gevallen, zoals redelijkerwijs van hem verwacht mag worden, medewerking verlenen aan achterafcontroles.

De resultaten van een achterafcontrole kunnen incidenteel een praktijkbezoek noodzaken. De zorgverzekeraar meldt een voorgenomen controle in de praktijk ten minste veertien dagen voor het tijdstip dat de controle zal plaatsvinden. De zorgaanbieder verleent de bevoegde medewerkers van de zorgverzekeraar toegang tot de praktijk. Dit praktijkbezoek vindt plaats in overleg tijdens kantooruren op werkdagen voor de tijd die benodigd is om de controle uit te voeren. Indien ernstige vermoedens van malversaties bestaan, hebben de bevoegde medewerkers van de zorgverzekeraar terstond na aankondiging toegang tot de praktijk en de patiëntenregistratie van de zorgaanbieder.

7. Indien de zorgverzekeraar bij het uitvoeren van een controle informatie opvraagt bij de zorgaanbieder, zal de zorgaanbieder deze informatie binnen de in het schriftelijk verzoek gestelde termijn (meestal 3 weken) aanleveren bij de zorgverzekeraar, tenzij anders is overeengekomen. De gevraagde informatie wordt zodanig aangeleverd, dat controle op eenvoudige wijze mogelijk is.

8. De zorgverzekeraar zal de zorgaanbieder

schriftelijk in kennis stellen van zijn controlebevindingen die mogelijk leiden tot een terug te vorderen bedrag. De zorgaanbieder wordt altijd in de gelegenheid gesteld te reageren op de door de zorgverzekeraar geconstateerde bevindingen.

9. Indien en voor zover de controle betrekking heeft op de rechtmatigheid van de aanspraken van verzekerden is de zorgaanbieder gehouden de medisch adviseur of de onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur werkende functionaris van de zorgverzekeraar inzage te geven in de medische dossiers van de verzekerden.
10. Alle bescheiden en digitale gegevensbestanden die ten grondslag liggen aan de declaraties blijven vijf jaar voor de bevoegde medewerkers van de zorgverzekeraar beschikbaar voor controledoeleinden, ook nadat deze overeenkomst een einde heeft genomen.
11. De controle zal niet onnodig belastend zijn en zich niet verder uitstrekken dan voor het doel van de controle noodzakelijk is.
12. De zorgverzekeraar neemt bij de uitoefening van de controle de bij of krachtens wet gestelde voorschriften ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer in acht, alsmede de (nadere) regels die worden gesteld in artikel 87 zorgverzekeringswet, hoofdstuk 7 van de Regeling Zorgverzekering en het Protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland.
13. De zorgverzekeraar is gerechtigd ten onrechte uitbetaalde declaraties en overige opeisbare vorderingen terug te vorderen of te verrekenen met nog af te wikkelen declaraties van de zorgaanbieder (inclusief doorberekeningen van de wettelijke rente). De zorgverzekeraar



zal de resultaten van de achterafcontrole schriftelijk kenbaar maken aan de zorgaanbieder. Tevens geeft de zorgverzekeraar aan op welke wijze de financiële afhandeling zal plaatsvinden.

14. Indien de zorgaanbieder niet (volledig) of niet tijdig voldoet aan de schriftelijk bepaalde verplichtingen, bestaat de mogelijkheid de ontstane vordering te verrekenen met toekomstige declaraties. Indien de zorgverzekeraar voornemens is een bedrag te verrekenen, stelt de zorgverzekeraar de zorgaanbieder hiervan vooraf in kennis en geeft hem de gelegenheid hierop te reageren.
15. Individuele zorgaanbieders kunnen over de afhandeling van de declaraties een verzoek tot controle van de zorgverzekeraar indienen bij de vertegenwoordigers van hun beroepsgroep.

### Artikel 10. Fraude

1. Onder fraude wordt verstaan het onder valse voorwendzelen of op oneigenlijke grond en/of wijze (trachten te) verkrijgen van een vergoeding van de zorgverzekeraar. Dit omvat het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering door de zorgaanbieder, bij de totstandkoming en/of uitvoering van deze overeenkomst, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat. In ieder geval wordt hieronder verstaan het opzettelijk geven van een verkeerde voorstelling van zaken of het opzettelijk doen van een onjuiste of onvolledige weergave van de feiten ten aanzien van de feitelijk verleende zorg en de ingediende declaratie en/of het verzwijgen van feiten die voor de zorgverzekeraar van belang kunnen

zijn (geweest) bij de beoordeling van de vergoeding van de verleende zorg.

2. De zorgaanbieder verliest bij fraude het recht op vergoeding uit hoofde van deze overeenkomst (betreffende het gedeelte waarop de fraude betrekking heeft) ongeacht de geleverde zorg.
3. In geval van fraude kan de zorgverzekeraar:
  - a. de ten onrechte uitgekeerde betalingen en gemaakte onderzoekskosten bij de zorgaanbieder terugvorderen;
  - b. deze overeenkomst met onmiddellijke ingang beëindigen;
  - c. registratie van fraude doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
  - d. een klacht indienen bij een tuchtrechtelijke instantie waarbij de zorgaanbieder is aangesloten;
  - e. melding c.q. aangifte doen bij de FIOD-ECD en/of het Openbaar Ministerie.
4. De in lid 3 van dit artikel beschreven sancties laten het recht van de zorgverzekeraar om nakoming, beëindiging en/of schadevergoeding te vorderen onverlet.
5. De zorgverzekeraar spant zich in om onterechte declaraties en fraude in de zorg zoveel mogelijk te bestrijden. Om die reden legt de zorgverzekeraar (persoons)gegevens vast en kan de zorgverzekeraar de gegevens delen met bevoegde derden waarmee de zorgverzekeraar samenwerkt in het kader van veiligheid en integriteit van de zorgverzekeraar en de branche.

## Artikel 11. Duur en einde van de overeenkomst.

1. De overeenkomst treedt in werking en eindigt op de in Deel I onder rubriek D van de overeenkomst genoemde data.
2. De overeenkomst neemt eerder een einde:
  - a. met wederzijds goedvinden;
  - b. indien bij gerechtelijke tussenkomst de overeenkomst wordt ontbonden.
3. De overeenkomst kan verder al dan niet met onmiddellijke ingang, zonder rechterlijke tussenkomst, geheel of gedeeltelijk worden opgezegd:
  - a. indien de zorgaanbieder een persoon is: door faillissement of overlijden van de zorgaanbieder of als de persoon is toegelaten tot de Wsnp;
  - b. indien de zorgaanbieder een rechtspersoon is: door faillissement of ontbinding van de rechtspersoon;
  - c. door faillissement of ontbinding van de rechtspersoon van de zorgverzekeraar;
  - d. door een der partijen als de wederpartij (voorlopige) surseance van betaling verkrijgt;
  - e. door een der partijen als de wederpartij zich in staat van kennelijk onvermogen bevindt of het onderwerp uitmaakt van een procedure tot faillissement, gerechtelijk akkoord, vereffening, beslaglegging of van elke andere soortgelijke procedure;
  - f. door de zorgverzekeraar als de onderneming van of de beroepsuitoefening door de zorgaanbieder beëindigd wordt of aan een derde wordt overgedragen;
  - g. door de zorgverzekeraar indien de zorgaanbieder zijn schorsing zoals bedoeld in artikel 4 onder D. lid 2 van deze overeenkomst niet conform de daar opgenomen verplichtingen onmiddellijk heeft gemeld aan de zorgverzekeraar;
  - h. indien de zorgaanbieder is geschrapt uit het toepasselijke beroepenregister; bij schorsing behoudt de zorgverzekeraar zich het recht de overeenkomst te ontbinden;
  - i. door een der partijen als de wederpartij haar verplichtingen uit de zorgovereenkomst na een deugdelijke ingebrekestelling voor zover vereist, niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomt;
  - j. indien voor een der partijen sinds het sluiten van de overeenkomst zich onvoorzienne omstandigheden hebben voorgedaan, welke van dien aard zijn dat de wederpartij naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid instandhouding van de overeenkomst niet mag verwachten;
  - k. door een der partijen, als de wederpartij in een situatie van overmacht verkeert en aan te nemen is dat deze langer zal duren dan dertig kalenderdagen;
  - l. door beide partijen in een situatie als bedoeld in artikel 13 lid 3 van deze overeenkomst (overleg tussen partijen bij wetswijzigingen);
  - m. als één der partijen zich tegenover de andere partij schuldig maakt aan een (poging tot) misdrijf, overtreding, fraude, dwang of bedreiging;
  - n. wanneer één der partijen niet meer voldoet aan de definities in artikel 1 van de overeenkomst.

## Artikel 12. Geschillen

1. Partijen zullen zich tot het uiterste inspannen om de uit deze overeenkomst voortvloeiende geschillen in gezamenlijk overleg tot een oplossing te brengen. Voor zover dit niet mogelijk blijkt te zijn, worden geschillen berecht en beslist door de Nederlandse burgerlijke rechter.

2. Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

### Artikel 13. Slotbepalingen

1. De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om een overeenkomst die is voorzien van doorhalingen en/of mededelingen van de zorgaanbieder, van welke aard dan ook, als ongeldig te beschouwen. In dat geval zal de zorgverzekeraar de zorgaanbieder eenmalig de overeenkomst alsnog toezenden en in de gelegenheid stellen binnen een termijn van drie weken door ondertekening en terugzending aan de zorgverzekeraar de overeenkomst alsnog tot stand te brengen.
2. Als wettelijke wijzigingen aanpassing van deze overeenkomst noodzakelijk maken, treden de partijen zo snel mogelijk met elkaar in overleg om de bepalingen die gewijzigd moeten worden aan te passen. Dit met inachtneming van de oorspronkelijke bedoeling van partijen. Indien er geen overeenstemming wordt bereikt, kan elk der partijen de overeenkomst met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden ontbinden. Tussenkost van de rechter is hier niet noodzakelijk.
3. Indien één of meer bepalingen van deze overeenkomst nietig zijn of niet rechtsgeldig worden verklaard, zullen de overige bepalingen van de overeenkomst van kracht blijven. Partijen zullen over de bepalingen die nietig zijn of niet rechtsgeldig worden verklaard, overleg plegen teneinde een vervangende regeling te treffen, zodanig dat in zijn geheel de strekking van deze overeenkomst behouden blijft.

4. De zorgaanbieder verbindt zich jegens de zorgverzekeraar om bij praktijkbeëindiging 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 vergoeding voor roerende of onroerende materiële (praktijk)zaken die overgedragen worden.  
De zorgaanbieder die zich vestigt, verklaart dat hij aan de zorgaanbieder die zijn praktijk beëindigd heeft in generlei vorm vergoeding van goodwill heeft betaald voor het geheel of gedeeltelijk overnemen van diens praktijk.

## Deel III verloskundige hulp

### 1. Definities

In aanvulling op de definities in artikel 1 van deze overeenkomst wordt verstaan onder verloskundige hulp:

hulp ter zake van zwangerschap, verleend tijdens zwangerschap, bevalling en/of kraamperiode.

### 2. Zorgverlening

Deel III heeft betrekking op het verlenen van verloskundige hulp door de zorgaanbieder aan:

- op hun naam ingeschreven verzekerden;
- passanten.

### 3. Samenwerking

De zorgaanbieder die verloskundige hulp verleent, draagt zorg voor een samenhangend geheel van regionale afspraken met alle relevante disciplines in de eerste en tweede lijn. Deze afspraken omvatten de samenhang en kwaliteit van de hulpverlening en een afdoende regeling van de waarneming.

De zorgaanbieder draagt ook zorg voor:

- één aanspreekpunt voor de zwangere ongeacht degene die de consulten doet;
- individueel zorgdossier;
- structureel overleg met ketenpartners (VSV, kraamzorgoverleg);
- implementatie van protocollen op het gebied van overdracht (tweede lijn) en samenwerking (tweede lijn en kraamzorg);
- op indicatie vervroegd inzetten van de kraamverzorgende tijdens de bevalling, bijvoorbeeld bij heel angstige vrouwen (partusassistentie).

### 4. Standaarden en richtlijnen

De verloskundig actieve zorgaanbieder conformiert zich wat de zorgverlening betreft aan alle vigerende standaarden, het betreft hier:

- NHG-standaard;
- normen en richtlijnen van de Vereniging van Verloskundig Actieve Huisartsen (VVAH);
- het landelijk indicatieprotocol kraamzorg om de kraamzorgaanbieder in staat te stellen de behoefte aan uren kraamzorg vast te stellen;
- het meeste recente Verloskundig Vademecum.

### 5. Registratie

De verloskundig actieve zorgaanbieder neemt deel aan de registratie van de Perinatale Registratie Nederland (PRN) voor de onderdelen waarvoor deze beschikbaar is.

### 6. Tarieven

De tarieven voor verloskundige hulp zijn conform de vigerende NZa-beschikking.

## Deel IV praktijkondersteuning ggz (poh-ggz)

### 1. Uitgangspunten POH-GGZ

- Zorgverzekeraars investeren in een sterke eerste lijn. Voor een sterke toekomstgerichte eerste lijn is innovatie nodig. Taakherschikking en taakverdeling binnen de huisartsenpraktijk zijn hierbij kernbegrippen, waarbij praktijkondersteuners GGZ een grote rol spelen. Doel van deze ondersteuning is om de zorg die in de eerste lijn geboden kan worden, ook in de eerste lijn te houden en de zorg die niet in de eerste lijn geboden kan worden adequaat en voorzien van de volledige informatie te verwijzen naar de juiste instantie in de gespecialiseerde GGZ.
- Het is van belang dat een huisarts patiënten met psychische problematiek goed herkent, meer patiënten zelf gaat behandelen en/of patiënten gerichter zal verwijzen naar de generalistische basis GGZ (BGGZ) of de gespecialiseerde GGZ (SGGZ). Door het organiseren van een adequate ondersteuningsfunctie (POH-GGZ) bij de huisarts, hebben huisartsen meer mogelijkheden om bijvoorbeeld patiënten te stimuleren tot meer zelfzorg (e-health), de screeningsfunctie te verbeteren, consultatie van een specialist aan te vragen of tijd te maken om de patiënt zelf te behandelen. Indien er geen sprake is van psychische problematiek, is het nodig te kijken of de problemen binnen het eigen netwerk zijn op te lossen of dat een verwijzing nodig is naar andere hulpverleners, zoals algemeen maatschappelijk werk (AMW) of andere hulpverlenende instanties.
- De normpraktijk, zoals genoemd in de tekst van deel IV, is gebaseerd op 2350 patiënten, zoals is vastgesteld in vigerend NZa-beleid.
- In het beleidsdocument Beleid CZ praktijkondersteuning huisartsen GGZ (POH-GGZ) 2016 zijn de eisen en voorwaarden waaraan de praktijkondersteuner GGZ moet voldoen omschreven. Dit beleidsdocument maakt deel

uit van de overeenkomst en kunt u vinden op de website: [www.cz.nl/huisarts](http://www.cz.nl/huisarts).

### 2. Inzet per normpraktijk, screening, consultatie en e-health

CZ verhoogt de personele inzet POH-GGZ per 1 januari 2016 van 9 naar 12 uur per week per 2350 patiënten. Ook is 3 uur voor e-health, consultatie en gebruik van een beslissingsondersteunend instrument beschikbaar. Eventuele onderbesteding in 2016 van de hiervoor ter beschikking gestelde middelen worden verrekend.

Indien de inzet van 12 uur POH-GGZ per week en de 3 uren voor e-health, consultatie en gebruik van beslissingsondersteunend instrument volgens de huisarts onvoldoende is om aan de zorgvraag te kunnen voldoen, kan de huisarts een verzoek indienen voor uitbreiding van deze uren bij de regionale zorginkoper.

#### Consultatie

De huisarts maakt zelf afspraken met de gespecialiseerde hulpverleners over inhoud en financiering van de consultatie. De huisarts maakt via het wijzigingsformulier POH-GGZ een inschatting van het aantal consultaties op jaarbasis.

#### E-health

De huisarts is zelf verantwoordelijk voor het inkopen van evidence based e-health-trajecten. De e-health die door de huisarts ingezet wordt, is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. De huisarts blijft tijdens een e-health-behandeling eindverantwoordelijk. De huisarts maakt via het wijzigingsformulier POH-GGZ een inschatting van het aantal e-health-trajecten op jaarbasis.

#### Beslissingsondersteunende instrumenten

De huisarts verwijst onderbouwd en specifiek naar één van de vier producten van de generalistische basis GGZ of naar de gespecialiseerde GGZ.

De verwijzing is geobjectiveerd en is naast een diagnostisch gesprek gebaseerd op gegevens verkregen uit een af te nemen oriënterend onderzoek, bij voorkeur een (digitaal) gevalideerd beslissingsondersteunend instrument. Uit dit oriënterend onderzoek is gebleken dat bij de verzekerde sprake is van een vermoeden van een psychiatrische stoornis welke qua ernst behandeld dient te worden binnen de generalistische basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ.

De huisarts stemt bij voorkeur met de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ af welke beslissingsondersteunende instrumenten gebruikt worden. Indien de huisarts voor deze vergoeding in aanmerking wenst te komen, is het nodig via het wijzigingsformulier POH-GGZ aan te geven:

- welk digitaal beslissingsondersteunend instrument ingezet wordt;
- hoe vaak het instrument ingezet wordt;
- welke kosten hieraan op jaarbasis verbonden zijn.

### **3. Aanstelling praktijkondersteuner/vergoeding**

Het moduletariaf is gebaseerd op een vergoeding van maximaal 1,0 FTE (=36 uur per week) praktijkondersteuning GGZ per 2350 patiënten. De zorgverzekeraar contracteert in eerste instantie maximaal 12 uur per normpraktijk voor personele inzet praktijkondersteuner GGZ (zie ook artikel 2). Praktijken die aan deze norm voldoen ontvangen maximaal 33% van het wettelijk vastgestelde (maximum) moduletariaf. Indien de huisarts kiest voor een inzet minder dan 12 uur per week, per 2350 patiënten, wordt het tarief POH-GGZ procentueel evenredig verlaagd.

CZ informeert de huisarts over het tarief POH-GGZ dat op basis van het wijzigingsformulier is vastgesteld.

### **4. Administratieve bepalingen**

1. De tarieven praktijkondersteuning worden vanaf de eerste dag van het volgende kwartaal uitbetaald.  
Indien een praktijkondersteuner halverwege een kwartaal start, kan de zorg uitsluitend vanaf de eerste dag van het volgende kwartaal gedeclareerd worden.
2. De huisarts geeft de volgende wijzigingen door:
  - wijzigingen die leiden tot een ander tarief;
  - wijzigingen in de samenstelling van het samenwerkingsverband;
  - inhoudelijke wijzigingen waardoor niet langer aan de instroomvoorwaarden wordt voldaan.
3. Voor overige administratieve bepalingen zie Deel II van de overeenkomst vrijgevestigd huisarts 2016-2018.
4. Het inhoudelijk jaarverslag vervalt. Daarnaast is het aanleveren van diploma's en arbeids-overeenkomsten niet meer van toepassing. CZ controleert dit achteraf in de vorm van een steekproef.

## Deel V stoppen met roken

### 1. Uitgangspunten stoppen-met-roken-begeleiding

Voor CZ verzekerden worden de kosten van één stoppen-met-rokenprogramma (SMR-programma) per jaar vergoed vanuit de basisverzekering. Optimale toegang tot de integrale stoppen-met-rokenzorg wordt vormgegeven door middel van het stepped-care principe. Dit houdt in dat de daadwerkelijke zorg en begeleiding op de persoon wordt afgestemd. Waar nodig, past de zorgverlener het zorgproces geleidelijk aan.

### 2. Stoppen met roken in de huisartsenpraktijk

De begeleiding bij het stoppen met roken binnen de huisartsenpraktijk valt onder de beleidsregel van het stoppen-met-rokenprogramma. Het dient hiermee te voldoen aan de inhoudelijke criteria zoals omschreven in art. 4. Het adviseren en motiveren om te stoppen met roken valt expliciet niet onder de beleidsregel van het stoppen-met-rokenprogramma en is geduid als zorg zoals huisartsen (en andere zorgverleners) die regulier bieden. Bij advisering kunt u hierbij denken aan het kortdurend stopadvies.

### 3. Andere vormen van begeleiding bij stoppen met roken

De beleidsregel biedt ook mogelijkheden voor telefonische begeleiding en e-health ondersteuning. Voor de intensieve begeleiding bij het stoppen met roken is groepstraining mogelijk. Om voor vergoeding in aanmerking te komen, is het nodig te voldoen aan de inhoudelijke criteria zoals omschreven in art. 4. Daarnaast is het hierbij nodig de minimale dataset stoppen met roken in te vullen. De minimale dataset en de wijze van aanleveren staan omschreven in art. 9.

### 4. Kwaliteitscriteria stoppen-met-roken-programma's

Het SMR-programma is een integraal, stepped-care programma, dat voldoet aan evidence based medicine. Specifieke kernelementen waaraan een integraal programma moet voldoen om in aanmerking te komen voor een vergoeding door CZ, staan in de CBO Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving herziening 2009, de zorgmodule Stoppen met Roken (2009) en het kwaliteitsregister ([www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl](http://www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl)). Belangrijke elementen van de zorgmodule staan hieronder toegelicht.

#### A. Integraliteit

- het programma bestaat uit gedragsmatige ondersteuning met indien nodig aanvulling van farmacotherapie;
- het programma wordt als integraal programma (combinatie gedragsmatige ondersteuning en farmacologische behandeling) op geleide van de behoefte aangeboden;
- dit tezamen betekent dat het programma is gebaseerd op het stepped-care principe.

De gedragsondersteuning is onder te verdelen in gedragsmatige en farmacotherapeutische behandeling.

#### B. Minimale criteria gedragsmatige behandeling

- bespreken en vastleggen van de stopdatum;
- bij iedere vorm van begeleiding hoort informatie over farmacotherapie;
- maak voor elke patiënt een individueel zorgplan met daarin afspraken over de behandeling;
- aanbieden van terugvalpreventie;
- de patiënt heeft een vast aanspreekpunt;
- de zorgverlener stimuleert de patiënt;
- een intensieve interventie is minimaal opgebouwd uit vier sessies van 10-20 minuten, verspreid binnen één maand plus vervolg-

bezoeken;

- de zorgverlener die gedragsondersteuning aanbiedt, informeert de patiënt goed over het gebruik van medicamenteuze middelen.

### **C. Minimale criteria farmacologische behandeling**

- tijdens farmacologische behandeling hebben zorgverlener en patiënt minimaal twee keer contact;
- voorlichting over mogelijke medicatie;
- voorlichting over de belangrijkste hinderlijke bijwerkingen;
- de zorgverlener begeleidt de patiënt in het maken van een keuze binnen de beschikbare middelen;
- de zorgverlener geeft de patiënt, indien nodig, een voorschrift/verwijzing mee voor de medicatie;
- de zorgverlener bevordert therapietrouw bij gebruik van de medicatie;
- de zorgverlener ziet toe op medicatiebewaking.

### **D. zorgaanbieder**

- de zorgaanbieder handelt conform de inhoud van de zorgmodule Stoppen met Roken en de CBO Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving;
- de zorgaanbieder is opgeleid voor de Stimedica Intensief, L-MIS of een aantoonbare gelijkwaardige opleiding;
- zorgaanbieders die SMR-ondersteuning geven staan geregistreerd in het kwaliteitsregister Stoppen met Roken;
- zorgaanbieders die telefonische begeleiding bieden, hebben tenminste een HBO-vooropleiding en hebben de basistraining voor Telefonische Coaching van 10 dagdelen gevolgd;
- zorgaanbieders die intensieve interventies uitvoeren, zijn getraind in een motiverende gespreksvoering en in methoden voor gedragmatige ondersteuning;
- zorgaanbieders die groepstraining bieden, hebben een relevante opleiding voor het geven van groepstrainingen (bijvoorbeeld de Pak je Kans opleiding).

## **5. Farmacologische ondersteuning bij alle vormen van stoppen met roken begeleiding**

Naast gedragmatige ondersteuning kan de patiënt aanvullend gebruikmaken van nicotine vervangende (genees)middelen. Vergoeding van deze middelen is alleen mogelijk in combinatie met gedragsondersteuning.

De volgende middelen worden vergoed: nicotine vervangende middelen (kauwgom, pleisters, sublinguale tabletten en zuigtabletten), nortriptyline, bupropion en varenicline.

### **Formulier**

Verzekerden krijgen farmacologische ondersteuning alleen vergoed als wij het landelijk aanvraagformulier 'geneesmiddelen bij stoppen met roken' hebben waarop staat hoe de stoppen-met-roken-begeleiding eruit ziet. Alle nicotine vervangende middelen zijn te bestellen m.b.v. het aanvraagformulier. Download het formulier op de website: [www.cz.nl/huisarts](http://www.cz.nl/huisarts).

## **6. Declareren van alle vormen van stoppen met roken**

CZ heeft het tarief voor de stoppen-met-rokeninterventies vastgesteld op € 58,00. De gedragmatige ondersteuning kan na afloop rechtstreeks worden gedeclareerd. De verrichtingscode is 12850. De datum verrichting is de startdatum waarop de patiënt 'in zorg' treedt. De patiënt is 'in zorg' op het moment dat deze heeft besloten te gaan stoppen met roken en hierbij ondersteuning ontvangt.



## 7. Eigen risico

Voor iedere vorm van begeleiding binnen het stoppen-met-rokenprogramma is het eigen risico van toepassing (met uitzondering van de patiënten die hun zorg ontvangen vanuit de ketenzorg-DBC). Wij vragen u om onze verzekerden bij aanvang van het stoppen-met-rokenprogramma te wijzen op de gevolgen voor het eigen risico.

## 8. 2017 en verder

CZ is van plan om Stoppen met Roken, niet zijnde de individuele gedragsondersteuning in de huisartsenpraktijk, via een aparte overeenkomst Stoppen met Roken te contracteren.

## 9 Minimale Dataset

De aanbieder van stoppen met roken door middel van telefonische begeleiding, e-health of groeps-trainingen is verantwoordelijk voor het vastleggen en aanleveren van de minimale dataset (MDS). De volgende gegevens moeten geregistreerd worden:

- a) AGB-code van de zorgaanbieder;
- b) het Burgerservicenummer van de verzekerde;
- c) geboortedatum en geslacht van de verzekerde;
- d) of de patiënt deelneemt aan het (DBC) zorgprogramma Astma/COPD, Diabetes, CVRM ja/nee;
- e) geleverde begeleiding:
  - 1. groepsbegeleiding;
  - 2. telefonische begeleiding;
  - 3. e-health begeleiding.
- f) stopdatum roken;
- g) reden einde behandeling:
  - 1. begeleiding afgerond;
  - 2. begeleiding voortijdig afgebroken;
  - 3. overlijden;
  - 4. onbekend/overig.
- h) uitkomst behandeling:
  - 1. gestopt met roken;

- 2. niet gestopt met roken;
- 3. onbekend.
- i) ondersteunende middelen:
  - 1. geen;
  - 2. Varenicline (Champix);
  - 3. Bupropion (Zyban);
  - 4. Nortriptyline (Notrilen);
  - 5. nicotinevervangende middelen;
  - 6. combinatietherapie.
- j) uitkomst 1 jaar na stopdatum:
  - 1. nog steeds gestopt met roken;
  - 2. weer begonnen met roken.

Lever deze gegevens (conform de zorgmodule stoppen met roken) in excel aan via:

**smr-zorg@cz.nl**. CZ heeft geen vast format voor de aanlevering van de bovenstaande gegevens.

## Deel I, bijlage 1: Tarieven

Op moment van totstandkoming van deze overeenkomst heeft de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) een nieuwe tariefbeschikking (TB/CU-7123) voor 2016 afgegeven.

Voor de S1-tarieven die vallen in de beleidsregel onder punt 1.1 inschrijving en 1.2 consult hanteert CZ het maximale tarief zoals vastgelegd in de NZa tariefbeschikking (TB/CU-7123).

### De maximaal door huisartsen in rekening te brengen tarieven voor overige prestaties met ingang van 1 januari 2016.

S1 Verrichtingen gedeclareerd via consulten en visites		
Verrichtingen	Code verrichting	Tarief M&I
Verrichting ter vervanging van specialistenbezoek	12001	n.v.t.
Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmateriaal, in de praktijk	12001	n.v.t.
Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmateriaal, thuis	12003	n.v.t.
Trombosebeen	12001	n.v.t.
Aanmeten en plaatsen pessarium	12001	n.v.t.
Overige S1 verrichtingen gedeclareerd via een tarief		
Inbrengen IUD	13042	€ 56,69
Therapeutische injectie (Cyriax)	13023	€ 27,67
Chirurgie	13012	€ 76,37
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	13015	€ 55,07
Oogboring	13024	€ 52,36
Intensieve Zorg, dag	13034	€ 65,25
Intensieve Zorg, ANW	13036	€ 112,83
M&I verrichtingen met tarief per verrichting		
Audiometrie	13000	€ 28,74
Diagnostiek met behulp van Doppler	13001	€ 57,48
Tympanometrie	13003	€ 28,74
Longfunctiemeting (spirometrie)	13004	€ 55,43
ECG diagnostiek	13005	€ 45,52
Spleetlamponderzoek	13006	€ 57,48
Bloeddrukmeting gedurende 24 uur, hypertensiemeting	13008	€ 29,74
Teledermatologie	13009	€ 55,27
Cognitieve functietest (MMSE)	13010	€ 57,48
MRSA screening	13027	€ 38,74
Diabetes - instellen insuline	13030	€ 41,45
Euthanasie	13038	€ 224,19
Abdominale echografie	13045	€ 65,29

<b>Verrichtingen vanuit aanvullende verzekering</b>		
<b>Verrichtingen</b>	<b>Code verrichting</b>	<b>Tarief M&amp;I</b>
Reizigersadvisering	13039	€ 27,63
Sterilisatie man (vasectomie)	13040	€ 221,09
Besnijdenis (circumcisie)	13041	€ 165,81
<b>Verbruiksmaterialen</b>		
atraumatisch hechtmateriaal, waaronder lijmen	12900	€ 10,40
tapemateriaal ten behoeve van enkeldistorsies	12901	€ 13,00
zwangerschapsreactie (planotest en dergelijke)	12902	€ 3,12
dipslides (urine­weginfecties)	12903	€ 2,08
teststrips bloedsuikerbepaling diabetespatiënten (waaronder eyetone-teststrips)	12904	€ 1,09
vloeibaar stikstof of histofreezer	12905	€ 3,90
blaaskatheter	12906	€ 10,40
CRP-sneltest cassette(s)	12907	€ 4,68
<b>Stoppen met roken</b>		
SMR gedragsmatige ondersteuning	12850	€ 58,00

Voor de tarieven voor S3 prestaties in 2016 zie bijlagen 2a en 2b bij Deel II van deze overeenkomst.



## Deel II, bijlage 1: Verrichtingen

Voor hulp in het kader van de prestatie lijst verrichtingen kunnen naast de daarvoor vastgestelde prestaties (tarief) géén andere verrichtingentarieven in rekening worden gebracht.

Alle hieronder vermelde verrichtingen dienen doelmatig uitgevoerd te worden voor indicaties zoals vermeld in de NHG richtlijnen.

S1 Verrichtingen gedeclareerd via consulten en visites			
Verrichting	Omschrijving	Declaratie	code
Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmate- riaal, in de praktijk	Controle wond en verwijderen hechtingen na een electieve chirurgische ingreep op verzoek van de specialist ter vermijding van polikliniek bezoek	Consult 20 minuten en langer	12001
Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmate- riaal, thuis	Controle wond en verwijderen hechtingen na een electieve chirurgische ingreep op verzoek van de specialist ter vermijding van polikliniek bezoek.	Visite 20 minuten en langer	12003
Verrichting ter vervanging van specialistenbezoek	Het verrichten van een behandeling/ingreep op aantoonbaar verzoek van specialist 2e lijn om vernieuwd polikliniek bezoek te voorkomen.	Consult 20 minuten en langer	12001
Trombosebeen	Behandeling en nazorg van diepveneuze trombose- benen met instructie patiënt	Consult 20 minuten en langer	12001
Aanmeten en plaatsen pessarium	Het aanmeten en plaatsen van een steunpessarium bij een blaas- of baarmoederverzakking zonder operatiewens	Consult 20 minuten en langer	12001

**Overige SI verrichtingen gedeclareerd via een tarief**

<b>Verrichting</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Tarief</b>	<b>Code</b>	<b>Voorwaarden</b>
Chirurgie	Chirurgische ingrepen, ter vervanging van behandeling in 2e lijn, die niet binnen de duur van een spreekuurconsult verricht kunnen worden, zoals: <b>A.</b> Excisie van een atheroom, lipoom, chalazion en neavus/multiple naevi; <b>B.</b> huidbiopt (stans), electrochirurgie; <b>C.</b> Complexe (uitgebreide) wondbehandeling met hechten; <b>D.</b> Barron-ligatie; <b>E.</b> Chirurgische decubitusbehandeling; <b>F.</b> Nagelchirurgie bijvoorbeeld nagelextractie respectievelijk nagelbedexcisie; <b>G.</b> Incidering van abces of van een vers getromboseerd hemorrhoid, incisie periaanaal abces/sinus pilonidalis; <b>H.</b> Ascitespunctie; <b>I.</b> verdenking melanoom, basaalcelcarcinoom, plaveiselcarcinoom, overige maligniteiten huid; <b>J.</b> hechten grotere/lelijke complexe wonden; <b>K.</b> frenulumplastiek; <b>L.</b> behandeling van multipole condylomata acuminata met electrocoagulatie-apparaatuur.	€ 76,37	13012	Indicatie: chirurgische ingreep, ter vervanging van behandeling in 2e lijn. Inclusief (hecht-)materiaal, verwijdering hechting en nabehandeling. Barronligatie: conform NHG-bouwsteen en CBO richtlijn. Het betreft een prestatie per verrichting, inclusief materiaal en het verwijderen van hechtingen.
Intensieve zorg, visite, dag	Verlenen van intensieve zorg door de huisarts	€ 65,25	13034	Verlenen van intensieve zorg aan terminale patiënten of patiënten waarvoor het CIZ een ZFP-indicatie met grondslag PG of Somatiek uit de V&V-reeks van 5 of hoger heeft afgegeven en die niet verblijven in een Wlz-instelling met toelating voor Wlz-behandeling. Indien de visite aanvangt tijdens ANW-uren, dan mag de prestatie "intensieve zorg, ANW" in rekening worden gebracht.
Intensieve zorg, visite ANW	Verlenen van intensieve zorg door de huisarts	€ 112,83	13036	Verlenen van intensieve zorg aan terminale patiënten of patiënten waarvoor het CIZ een ZFP-indicatie met grondslag PG of Somatiek uit de V&V-reeks van 5 of hoger heeft afgegeven en die niet verblijven in een Wlz-instelling met toelating voor Wlz-behandeling. Indien de visite aanvangt tijdens ANW-uren, dan mag de prestatie "intensieve zorg, ANW" in rekening worden gebracht.



Compressietherapie bij ulcus cruris	Behandelen van ulcus cruris met behulp van compressietherapie	€ 55,07	13015	Indicatie: zie NHG-standaard M16, niet onder behandeling van specialist
Oogboring	Het verwijderen van een corpus alienum uit het oog	€ 52,36	13024	
Therapeutische injectie (Cyriax)	Een injectie met corticosteroiden of lokaal anestheticum in gewrichten, op peesaanhechtingen of bursa volgens principe van Cyriax	€ 27,67	13023	
Inbrengen IUD	Het inbrengen van een spiraaltje of implanonstaafje vanwege anticonceptie	€ 56,69	13042	

M&I verrichtingen met tarief per verrichting					
Verrichting	Omschrijving	Tarief	Code	Voorwaarden	
Audiometrie	Objectiveren van subjectief verminderd gehoor en bepaling van de mate van slechthorendheid met behulp van audiometer in eigen beheer	€ 28,74	13000	Het betreft een prestatie per verrichting	
Diagnostiek met behulp van Doppler	Opsporen van vaatvernouwingen met behulp van Doppler apparatuur in eigen beheer	€ 57,48	13001	Het betreft een prestatie per verrichting	
Tympanometrie	Het meten van de beweeglijkheid van het trommelvlies met behulp van microtympanometer in eigen beheer ter diagnostiek en vervolgen van gehoorproblemen bij: - Otitis media met effusie langer dan 3 maanden; - Tympanosclerose; - Otosclerose.	€ 28,74	13003	Het betreft een prestatie per meting	
Longfunctiemeting (spirometrie)	Longfunctiemeting met reversibiliteitstest in eigen beheer ter analyse benauwdheidsklachten of bepaling effectiviteit therapeutische interventie bij patiënt met inhalatiemedicatie	€ 55,43	13004	Het betreft een prestatie per meting. Alleen declarabel indien de patiënt niet geïncludeerd is in de DBC COPD en DBC Astma.	
ECG diagnostiek	ECG maken, interpreteren en bespreken met patiënt. Zie NHG-Bouwen Elektrocardiografie in de huisartsenpraktijk	€ 45,52	13005	Het betreft een prestatie per diagnose, die in rekening kan worden gebracht. Prestatie is inclusief verbruiksmateriaal. Alleen declarabel indien de patiënt niet geïncludeerd is in de DBC VRM.	
Spleetlamp-onderzoek	Diagnostiek en controle van een aantal oogheelkundige aandoeningen, met behulp van spleetlamp in eigen beheer	€ 57,48	13006	Het betreft een prestatie per verrichting	
Bloeddrukmeting gedurende 24 uur, hypertensiemeting	In eigen beheer instrueren patiënt en organiseren van de follow-up, plus interpretatie om niet vaststaande hypertensie te evalueren	€ 29,74	13008	Het betreft een prestatie per verrichting	
Teledermatologie	Beoordeling op afstand door dermatoloog van door de huisarts gemaakte digitale beelden van huidafwijkingen, ter vervanging van verwijzing naar 2e lijn voor een dermatologisch probleem waarbij specialistische beoordeling en/of advies noodzakelijk is. Eventuele consulten in verband met de (na)behandeling op basis van advies dermatoloog kunnen separaat gedeclareerd worden.	€ 55,27	13009	Het betreft een tarief per verrichting. Kan niet in rekening worden gebracht indien inspanning huisarts als onderdeel van een andere prestatie reeds wordt vergoed.	
Cognitieve functie-test (MMSE)	Onderzoek naar dementie door afname van MMSE-test	€ 57,48	13010	Het betreft een prestatie per verrichting	
MRSA screening	Afname kweekmateriaal ten behoeve van diagnostiek MRSA	€ 38,74	13027	Het betreft een prestatie per verrichting	



Diabetes instellen insuline	Instelling van DM-patiënt op insuline door de huisarts, waarbij de patiënt in de 1e lijn blijft en dus niet wordt verwezen naar de 2e lijn bij: - nieuwe insuline afhankelijke patiënten - DM type II, die van orale medicatie overgaan op insuline	€ 41,45	13030	Het betreft een prestatie per verrichting. Alleen declarabel indien de patiënt niet geïncludeerd is in de DBC Diabetes.
Euthanasie	Verlenen van euthanasie	€ 224,19	13038	Het betreft een prestatie per euthanasieverlening. N.B. De inzet van de SCEN arts kan apart gedeclareerd worden met code 12815.
Abdominale echografie	In eigen beheer uitvoeren en interpreteren van abdominale echografie ter voorkoming van onnodige verwijzing naar de 2e lijn	€ 65,29	13045	De echografie en interpretatie wordt uitgevoerd door een huisarts, die bij de VEGE en/of CHBB geregistreerd staat als huisarts-echografist. De kwaliteit van het onderzoek en de behandeling op basis van dit echografisch onderzoek dient te voldoen aan hetgeen gebruikelijk is onder de beroepsnoten. Bij verwijzing naar de specialist na het onderzoek zal het diagnostische materiaal beschikbaar worden gesteld ten behoeve van de vervolghandeling. Het betreft de volgende indicaties: - aorta: herkennen aneurysmata; - lever: tumoren, metastasen; - galblaas: stenen, stuwing; - nieren: stuwing, concrementen, cysten, tumoren; - uterus: myomen, positie IUD, endometriumdikte; - ovaria: cysten; - blaas: urineretentie, concrementen. Het betreft uitdrukkelijk niet de echo bij zwangerschap. Voor het aanmeldingsformulier en de voorwaarden zie <a href="http://www.cz.nl/huisarts">www.cz.nl/huisarts</a> of stuur een e-mail naar <a href="mailto:rz.huisartsen@cz.nl">rz.huisartsen@cz.nl</a> .





Verrichtingen vanuit aanvullende verzekering				
Verrichting	Omschrijving	Tarief	Code	Voorwaarden
Reizigersadviesering	Gestandaardiseerd consult aan de hand van vragenlijst en advies ten aanzien van preventieve vaccinaties en het geven van vaccinaties	€27,63	13039	Adviesconsult inclusief toedienen vaccinaties volgens richtlijnen in NHG praktijkwijzer Reizigersadviesering Ingeschreven als “reizigersgeneeskundig huisarts” in het register van het CHBB of de LCR. Het betreft een prestatie voor advies plus injecties, exclusief vaccin
Sterilisatie man (vasectomie)	Gestandaardiseerde ingreep inclusief preoperatief onderzoek en postoperatief spermaonderzoek	€ 221,09	13040	Deskundigheid, aantoonbare aanvullende opleiding, bijvoorbeeld als assistent chirurgie of vaardigheidstraining. -Goed instrumentarium en assistentie. Minimaal te behandel patiënten: 10 per jaar. Het betreft een prestatie voor de volledige behandeling, inclusief nacontroles en minimaal 3 keer spermaonderzoek
Besnijdenis (Circumcisie)	Gestandaardiseerde ingreep besnijdenis	€ 165,81	13041	Betreft een prestatie per ingreep, inclusief nacontrole. Alleen de niet-medische besnijdenis is declarabel.

## Deel II, bijlage 2a: Prestaties resultaatbeloning en zorgvernieuwing (S3) voor één jaar

Voor meer informatie over de inhoud van de prestatie, de honorering, de afspraken en/of te gebruiken (inschrijf)formulieren zie: [www.cz.nl/huisarts](http://www.cz.nl/huisarts).

Prestatie Service en Bereikbaarheid	
Korte omschrijving	De zorgverzekeraar wil de service en bereikbaarheid in de huisartsenpraktijk bevorderen.
Voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het hebben en gebruiken van mogelijkheden tot het aanvragen van herhaalrecepten via mail of website</li> <li>• Deelname aan een (objectief, tenminste eens per 3 jaar uitgevoerd) klanttevredenheidsonderzoek</li> <li>• Het volledig telefonisch bereikbaar zijn op basis van de richtlijn bereikbaarheid van de LHV. <a href="https://www.lhv.nl/service/richtlijnen-bereikbaarheid-en-beschikbaarheid-huisartsenvoorziening">https://www.lhv.nl/service/richtlijnen-bereikbaarheid-en-beschikbaarheid-huisartsenvoorziening</a></li> </ul>
Honorering	€ 0,13 per kwartaal per ingeschreven verzekerde van de zorgverzekeraar. Verrichtingscode: 30121

Prestatie Doelmatig voorschrijven																	
Korte omschrijving	De zorgverzekeraar wil het doelmatig voorschrijven in de huisartsenpraktijk bevorderen.																
Voorwaarden	<p>U hoeft zich voor deze prestatie niet aan te melden.</p> <p>De meetperiode is 1 januari 2016 tot en met 31 december 2016.</p> <p>De afkapwaarden worden bepaald op basis van de resultaten van ijkjaar 2013. Met uitzondering van indicator 16a. Hier wordt ijkjaar 2014 gebruikt. De tabel met afkapwaardes vindt u op onze website: <a href="http://www.cz.nl/huisarts">www.cz.nl/huisarts</a>.</p> <p>Het betaalmoment is 1 juli 2017.</p>																
Honorering	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Code</th> <th>IVM -indicator 2016</th> <th>Prestatietarief</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11a.</td> <td>Voorkeursmiddelen statines – Alle gebruikers</td> <td>Score 0: € 0,00 Score 1: € 0,11 Score 2: € 0,22 Score 3: € 0,33</td> </tr> <tr> <td>16a.</td> <td>Voorkeursmiddelen All-antagonisten – alle gebruikers</td> <td>Score 0: € 0,00 Score 1: € 0,11 Score 2: € 0,22 Score 3: € 0,33</td> </tr> <tr> <td>20a.</td> <td>Voorkeursmiddelen PPI – Alle gebruikers</td> <td>Score 0: € 0,00 Score 1: € 0,11 Score 2: € 0,22 Score 3: € 0,33</td> </tr> <tr> <td>G12.</td> <td>Doelmatig voorschrijven totaal DDD</td> <td>Score 0: € 0,00 Score 1: € 0,11 Score 2: € 0,22 Score 3: € 0,33</td> </tr> </tbody> </table>	Code	IVM -indicator 2016	Prestatietarief	11a.	Voorkeursmiddelen statines – Alle gebruikers	Score 0: € 0,00 Score 1: € 0,11 Score 2: € 0,22 Score 3: € 0,33	16a.	Voorkeursmiddelen All-antagonisten – alle gebruikers	Score 0: € 0,00 Score 1: € 0,11 Score 2: € 0,22 Score 3: € 0,33	20a.	Voorkeursmiddelen PPI – Alle gebruikers	Score 0: € 0,00 Score 1: € 0,11 Score 2: € 0,22 Score 3: € 0,33	G12.	Doelmatig voorschrijven totaal DDD	Score 0: € 0,00 Score 1: € 0,11 Score 2: € 0,22 Score 3: € 0,33	
Code	IVM -indicator 2016	Prestatietarief															
11a.	Voorkeursmiddelen statines – Alle gebruikers	Score 0: € 0,00 Score 1: € 0,11 Score 2: € 0,22 Score 3: € 0,33															
16a.	Voorkeursmiddelen All-antagonisten – alle gebruikers	Score 0: € 0,00 Score 1: € 0,11 Score 2: € 0,22 Score 3: € 0,33															
20a.	Voorkeursmiddelen PPI – Alle gebruikers	Score 0: € 0,00 Score 1: € 0,11 Score 2: € 0,22 Score 3: € 0,33															
G12.	Doelmatig voorschrijven totaal DDD	Score 0: € 0,00 Score 1: € 0,11 Score 2: € 0,22 Score 3: € 0,33															

	<p>Er wordt één totaaltarief uitbetaald voor bovenstaande 4 prestaties.</p> <p>Verrichtingscode: 30111</p> <p>Bedrag per verzekerde op het niveau van huisartsenpraktijk.</p> <p>Tot een huisartsenpraktijk worden praktijken en zorgcentra gerekend.</p> <p>Koppeling van individuele zorgverlener aan huisartsenpraktijk wordt gedaan door Vektis op basis van een samengesteld koppelbestand bestaande uit unieke huisarts-praktijk relaties.</p>
--	--

Prestatie Digitaal ordenen eerstelijnsdiagnostiek m.b.v. ZorgDomein	
Korte omschrijving	De zorgverzekeraar stimuleert het aanvragen van eerstelijnsdiagnostiek met ZorgDomein om de aanvraag en terugrapportage te optimaliseren.
Voorwaarden	De huisarts kan in zijn/haar regio verwijzingen via ZorgDomein, of een soortgelijk systeem, uitvoeren (dit is ervan afhankelijk of de aanbieder(s) van eerstelijnsdiagnostiek in de regio hun zorgaanbod al in ZorgDomein hebben opgenomen). Het betreft ZorgDomein of soortgelijke applicatie, die aan dezelfde eisen voldoet.
Honorering	€ 0,15 per kwartaal per ingeschreven verzekerde van de zorgverzekeraar voor maximaal 1 jaar. Verrichtingscode:31161

Prestatie Vergoeding Diagnostisch Toetsoverleg (DTO) KCL/MMB	
Korte omschrijving	Kwalitatief goed en doelmatig aanvraagdgedrag met betrekking tot KCL en MMB door de huisarts stimuleren.
Voorwaarden	<p>CZ vergoedt aan de huisarts de prestatie DTO als de huisarts ten minste 1x per jaar deelneemt aan een DTO, dat voldoet aan de volgende voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het DTO is een periodieke intervisiebijeenkomst waaraan een groep huisartsen (bijvoorbeeld een HAGRO) en (een) inhoudsdeskundige(n) van de aanbieder van ELD deelneemt.</li> <li>• Het aantal aan het DTO deelnemende huisartsen moet dusdanig van omvang zijn dat intervisie op individueel niveau mogelijk is.</li> <li>• Het DTO is een bijeenkomst waarbij deelnemers fysiek aanwezig zijn.</li> <li>• Ten minste één maal per jaar worden de volgende aspecten actief aan de orde gesteld: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. gerichte scholing/kennisoverdracht met betrekking tot het eigen aanvraagbeleid van de huisarts op thema's.</li> <li>b. bespreking van terugkoppelinformatie in ieder geval op de afgesproken thema's.</li> <li>c. evaluatie van de adviezen in een verbetercyclus om te beoordelen of deze hebben geleid tot beter aanvraagdgedrag.</li> </ul> </li> </ul>
Honorering	€ 0,12 per kwartaal per ingeschreven verzekerde van de zorgverzekeraar. Verrichtingscode: 30003 Verantwoording van deze prestatie wordt opgevraagd bij de laboratoria. Als huisarts ondervindt u geen administratieve last bij de verantwoording van deze prestatie.

Prestatie Ouderenzorg	
Korte omschrijving	De prestatie ouderenzorg faciliteert de huisartsenpraktijk bij het bieden van multidisciplinaire, afgestemde en proactieve zorg aan kwetsbare ouderen met complexe problematiek in de thuissituatie.
Voorwaarden	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <ul style="list-style-type: none"> <li>• De huisarts heeft een praktijkondersteuner die werkzaam is in de praktijk.</li> <li>• De kwetsbaarheid van ouderen wordt vastgesteld middels een gevalideerd meetinstrument.</li> </ul> </li> <li>2. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij het signaleren van kwetsbaarheid en complexiteit wordt de zorgvraag integraal in kaart gebracht.</li> <li>• Er wordt een individueel zorg-leef-plan opgesteld dat beschikbaar is in de huisartsenpraktijk en dat, indien van toepassing, afgestemd wordt met de wijkverpleegkundige.</li> </ul> </li> <li>3. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voor de patiënt/mantelzorgers dient één aanspreekpunt te zijn.</li> <li>• Er vindt minimaal 6x per jaar een MDO plaats. Het MDO vindt bij voorkeur op wijkniveau plaats. Dit mag tevens een overleg zijn waarin het medische en het sociale domein (WMO) in toenemende mate verder worden afgestemd, zoals een sociaal wijkteam.</li> </ul> </li> <li>4. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er wordt een evaluatie op polyfarmacie uitgevoerd.</li> </ul> </li> </ol> <p>Overige aandachtspunten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De afstemming met de wijkverpleegkundige is essentieel. Binnen de keten van de kwetsbare oudere moet bekeken worden welke taken door wie op welk moment uitgevoerd worden.</li> <li>• De huisarts kan ervoor kiezen om een faciliterende organisatie, zoals een zorggroep, in te zetten om te zorgen dat de organisatorische voorwaarden gerealiseerd worden.</li> <li>• Binnen een jaar na de start van de prestatie is er een regionaal geriatrisch netwerk aanwezig met vertegenwoordigers van de 1e lijn (de apotheker en eventueel de kaderhuisarts geriatric) en vertegenwoordigers van de 2e lijn (de klinisch geriatr of internist ouderenzorg of specialist ouderenzorg).</li> </ul>
Honorering	<p>€ 0,92 per kwartaal per ingeschreven verzekerde van de zorgverzekeraar.</p> <p>De consulten en visites van de POH en huisarts (patiënt gebonden activiteiten) worden separaat via de reguliere financiering gehonoreerd.</p> <p>In het 1e kwartaal van 2017 ontvangt de huisarts een vragenlijst. Deze vragenlijst is beschikbaar op onze website: <a href="http://www.cz.nl/huisarts">www.cz.nl/huisarts</a></p> <p>Verrichtingscode 31060</p>

Prestatie ICT-Tool (digitaal portaal/netwerk)	
Korte omschrijving	Huisartsen die gebruik maken van ICT ondersteuning (digitaal portaal/netwerk) om de communicatie en samenwerking tussen eerstelijns hulpverleners te verbeteren, kunnen in aanmerking komen voor een opslag.
Voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De huisarts neemt deel aan de prestatie ouderenzorg.</li> <li>• De tool dient toegankelijk te zijn voor alle hulpverleners die betrokken zijn bij de behandeling van de betreffende patiënt. De tool brengt daarmee hulpverleners in een virtuele omgeving bij elkaar waardoor samenwerking gemakkelijker wordt.</li> <li>• De tool bevat een digitaal zorg-leef-plan dat inzichtelijk en bewerkbaar is voor alle betrokken hulpverleners.</li> <li>• De patiënt en mantelzorger hebben via de tool toegang tot het zorgdossier.</li> </ul>

Honorering	<p>€ 0,13 per kwartaal per ingeschreven verzekerde van de zorgverzekeraar. Dit bedrag wordt toegevoegd aan de honorering prestatie ouderenzorg.</p> <p>Als de ICT-tool wordt aangevraagd door een faciliterende organisatie, zoals een zorggroep, wordt de honorering gebaseerd op een ingediende begroting.</p>
------------	--

Prestatie Ouderenzorg Transmuraal	
Korte omschrijving	De prestatie is bedoeld voor kwetsbare ouderen geïnccludeerd in de prestatie ouderenzorg, die al dan niet acuut, in het ziekenhuis worden opgenomen (m.u.v. een al dan niet geplande dagopname) en risico lopen op functieverlies.
Voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De huisartsenpraktijk neemt deel aan de prestatie ouderenzorg.</li> <li>• De kwetsbare oudere wordt door de huisarts(enpraktijk) actief gescreend op het risico op functieverlies via de vragenlijst ISAR-HP. Bij een acute opname dient dit in het ziekenhuis te gebeuren. <b><a href="http://www.effectieveouderenzorg.nl/Portals/0/ISAR.pdf">www.effectieveouderenzorg.nl/Portals/0/ISAR.pdf</a></b></li> <li>• Het aanspreekpunt vanuit de huisartsenpraktijk heeft al tijdens de opname contact met het ziekenhuis.</li> <li>• Na ontslag is er, binnen een werkdag na ontslag, een contactmoment vanuit de huisarts(enpraktijk) met de kwetsbare oudere om de situatie te inventariseren en indien nodig het zorgplan aan te passen.</li> <li>• Met name de eerste periode na ontslag wordt intensieve zorg verleend om functieverlies of heropname te voorkomen.</li> </ul> <p>Met het ziekenhuis worden er afspraken gemaakt over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het tijdig (binnen 24 uur) overdragen van de patiëntengegevens na ontslag uit het ziekenhuis.</li> <li>• Het aanspreekpunt in het ziekenhuis (bijv. de liaisonverpleegkundige) en de huisartsenpraktijk.</li> <li>• Het actief scoren op het risico op functieverlies en de communicatie hierover.</li> <li>• Het omzetten van een spécialité naar een 1ste lijns/generiek middel bij ontslag.</li> </ul> <p>Voorkeur voor implementatie op niveau van adherentiegebied ziekenhuis.</p>
Honorering	<p>€ 190,00 per patiënt per ontslag moment Verrichtingscode: 31272 Als deze verrichting gedeclareerd wordt, kunnen er geen andere consulten en verrichtingen in rekening gebracht worden (bijvoorbeeld voor het huisbezoek).</p> <p>In het 1e kwartaal van 2017 ontvangt de huisarts een vragenlijst. Deze vragenlijst is beschikbaar op onze website: <a href="http://www.cz.nl/huisarts">www.cz.nl/huisarts</a>.</p>

Prestatie POH-S													
Korte omschrijving	De Prestatie POH-S is bedoeld ter stimulering van de inzet van de praktijkondersteuner somatiek, die in de huisartsenpraktijk ook buiten de afspraken met de zorggroep om ingezet kan worden.												
Voorwaarden	<p><b>Aanvraag</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De praktijkondersteuner is in het bezit van de HBO-opleiding Praktijkondersteuning. Als de praktijkondersteuner nog in opleiding is, rondt deze (in principe) binnen de gestelde opleidingstijd de studie af, waarbij een uitloop van maximaal een jaar mogelijk is (vanwege herexamen, ziekte, zwangerschap e.d.).</li> <li>Huisartsen die voor het eerst POH-S inzetten, leggen bij de aanvraag de diploma's en arbeidsovereenkomst van de praktijkondersteuner aan CZ voor.</li> </ul> <p><b>Inhoudelijke voorwaarden voor aanvragen per onderwerp 1</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Onderwerp</th> <th>Voorwaarden</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CVA</td> <td>Patiënt woont zelfstandig en is hulpbehoevend. Deelname aan team voor multidisciplinaire zorg (stroke team). Er is een multidisciplinair overleg in de regio georganiseerd. Patiënt heeft een individueel zorgplan.</td> </tr> <tr> <td>Astma</td> <td>Alleen patiënten includeren die worden behandeld met farmacotherapie. Patiënt heeft een individueel zorgplan.</td> </tr> <tr> <td>VRM Primaire preventie</td> <td>Patiënt heeft een individueel zorgplan.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Onderstaande onderwerpen zijn alleen van toepassing wanneer er géén deelname is aan een betreffende DBC binnen een zorggroep. Per 1 januari 2017 vervallen deze onderwerpen binnen de POH-S financiering. Deze onderwerpen zijn alleen te declareren als voorbereiding op DBC-afpraak ketenzorg.</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Astma</td> <td>Alleen patiënten includeren die worden behandeld met farmacotherapie. Patiënt heeft een individueel zorgplan.</td> </tr> <tr> <td>VRM Primaire preventie</td> <td>Patiënt heeft een individueel zorgplan.</td> </tr> </tbody> </table> <p><sup>1</sup> =Bij de gekozen onderwerpen wordt er, indien deze voorhanden zijn, gewerkt op basis van de voorliggende zorgstandaarden</p> <p><b>Financiële randvoorwaarden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Het tarief POH-S wordt jaarlijks per 1 januari door CZ vastgesteld.</li> <li>Indien gedurende het jaar de POH-S werkzaamheden wijzigen, of niet meer wordt voldaan wordt aan gestelde voorwaarden, informeert de huisarts CZ hierover met het wijzigingsformulier op de website.</li> </ul>	Onderwerp	Voorwaarden	CVA	Patiënt woont zelfstandig en is hulpbehoevend. Deelname aan team voor multidisciplinaire zorg (stroke team). Er is een multidisciplinair overleg in de regio georganiseerd. Patiënt heeft een individueel zorgplan.	Astma	Alleen patiënten includeren die worden behandeld met farmacotherapie. Patiënt heeft een individueel zorgplan.	VRM Primaire preventie	Patiënt heeft een individueel zorgplan.	Astma	Alleen patiënten includeren die worden behandeld met farmacotherapie. Patiënt heeft een individueel zorgplan.	VRM Primaire preventie	Patiënt heeft een individueel zorgplan.
Onderwerp	Voorwaarden												
CVA	Patiënt woont zelfstandig en is hulpbehoevend. Deelname aan team voor multidisciplinaire zorg (stroke team). Er is een multidisciplinair overleg in de regio georganiseerd. Patiënt heeft een individueel zorgplan.												
Astma	Alleen patiënten includeren die worden behandeld met farmacotherapie. Patiënt heeft een individueel zorgplan.												
VRM Primaire preventie	Patiënt heeft een individueel zorgplan.												
Astma	Alleen patiënten includeren die worden behandeld met farmacotherapie. Patiënt heeft een individueel zorgplan.												
VRM Primaire preventie	Patiënt heeft een individueel zorgplan.												
Honorering	<p>Per onderwerp is een tarief bepaald, op basis van de gemiddelde tijdsinvestering (indirecte patiëntentijd en niet- patiëntgebonden tijd) en de gemiddelde prevalentie van de betreffende aandoening in de huisartsenpraktijk.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Onderwerp</th> <th>Kwartaaltarief</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CVA</td> <td>€ 0,25</td> </tr> <tr> <td>Astma</td> <td>€ 0,40</td> </tr> <tr> <td>VRM primaire preventie</td> <td>€ 0,80</td> </tr> </tbody> </table> <p>In de vaststelling van het tarief worden de losse tarieven per onderwerp bij elkaar opgeteld. De huisarts ontvangt uiteindelijk een totaal tarief per kwartaal. Verrichtingscode: 31080</p>	Onderwerp	Kwartaaltarief	CVA	€ 0,25	Astma	€ 0,40	VRM primaire preventie	€ 0,80				
Onderwerp	Kwartaaltarief												
CVA	€ 0,25												
Astma	€ 0,40												
VRM primaire preventie	€ 0,80												

## Deel II, bijlage 2b: Prestaties resultaatbeloning en zorgvernieuwing (S3) voor drie jaar

Voor meer informatie over de inhoud van de prestatie, de honorering, de afspraken en/of te gebruiken (inschrijf)formulieren zie: [www.cz.nl/huisarts](http://www.cz.nl/huisarts).

Prestatie Kwaliteit	
Korte omschrijving	De zorgverzekeraar wil huisartsen stimuleren structureel en systematisch te werken aan kwaliteitsverbetering in hun praktijk.
Voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De huisarts meldt zich aan bij de toetsende instantie (bijv. NPA of DEKRA).</li> <li>• De huisarts neemt ieder jaar deel aan accreditering of certificering.</li> <li>• Huisartsen die gestart zijn met accreditering kunnen de Prestatie Kwaliteit aanvragen.</li> <li>• De huisartsen kunnen deze prestatie ook na het eerste jaar bij CZ declareren. Indien de registratie verloopt, dient de huisarts dit door te geven aan CZ.</li> <li>• De huisarts behaalt ieder jaar van de cyclus het accreditatiebewijs of kwaliteitscertificaat.</li> </ul>
Honorering	€ 0,19 per kwartaal per ingeschreven verzekerde van de zorgverzekeraar. Verrichtingscode: 31040 De opslag kan gedeclareerd worden vanaf het eerste kwartaal na aanmelding bij de toetsende instantie.

Prestatie NHGDoc	
Korte omschrijving	NHGDoc is een decision support systeem dat communiceert met en geïntegreerd is in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS). Deze prestatie van CZ heeft als doel de kwaliteit van de huisartsenzorg te optimaliseren door bij de zorgprofessional in de huisartsenpraktijk het gebruik van NHGDoc te stimuleren.
Voorwaarden	De huisarts gebruikt NHGDoc of een soortgelijk systeem.
Honorering	€ 0,05 per kwartaal per ingeschreven verzekerde van de zorgverzekeraar. Verrichtingscode: 14122

Prestatie Inzet screeningstool POH-GGZ	
Korte omschrijving	Voor patiënten met GGZ klachten is het van belang dat ze zo snel mogelijk op de juiste plek behandeld worden (matched care) door accurate diagnostiek en zo nodig verwijzing. Om dit te realiseren stimuleert CZ het gebruik van digitale verwijzondersteuners (zoals bv: TelePsy, Transparant Next, Mirro).
Voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De huisarts gebruikt een digitale verwijzondersteuner.</li> <li>• De digitale verwijzondersteuner is gevalideerd of bevindt zich in de validatiefase.</li> <li>• De digitale verwijzondersteuner wordt minimaal 10 keer ingezet in de huisartsenpraktijk.</li> </ul>
Honorering	€ 0,23 per ingeschreven verzekerde van de zorgverzekeraar. Verrichtingscode: 31000 Het betreft een eenmalige tegemoetkoming voor de opstartkosten.

Prestatie E-health	
Korte omschrijving	Het doel van de prestatie e-health is het stimuleren van de implementatie van e-health-toepassingen die bijdragen aan doelmatige inzet van professionele zorg bij minimaal gelijkblijvende kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.
Voorwaarden	<p>De belangrijkste voorwaarde is dat de e-health-toepassing ingebed wordt in het zorgproces. Dat wil zeggen dat het tot vervanging van face-to-face zorg leidt.</p> <p>Als onderdeel van de aanvraag ontvangt CZ daarom graag een beknopte business case, bestaande uit de volgende punten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• verwacht aantal patiënten;</li> <li>• verwachte kosten per patiënt;</li> <li>• verwacht aantal consulten/visites dat minder zal plaatsvinden.</li> </ul> <p>Een koppeling met het HIS/KIS/patiëntenportaal is van belang om informatie-uitwisseling mogelijk te maken.</p> <p>E-health-toepassingen met betrekking tot onderstaande thema's worden op andere wijze gefinancierd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• POH-GGZ;</li> <li>• teledermatologie (M&amp;I-verrichting 13009);</li> <li>• e-mailconsulten;</li> <li>• herhaalrecepten.</li> </ul>
Honorering	Financiering vindt plaats in de vorm van een prijs per patiënt.

Prestatie Zorgvernieuwing en regiospecifieke projecten	
Korte omschrijving	Binnen deze prestatie is het mogelijk financiering aan te vragen voor zorgvernieuwingsprojecten en regiospecifieke projecten.
Voorwaarden	<p>Om de opbrengst van een project tussentijds te kunnen monitoren en na afloop te kunnen evalueren is het noodzakelijk dat voor start van het project aantoonbare doelmatigheid en aantoonbare kwaliteit voor wat betreft de verwachte opbrengsten concreet worden gemaakt aan de hand van indicatoren.</p> <p><b>Financiële randvoorwaarden</b></p> <p>De stimuleringsgelden zijn niet bedoeld ter financiering van ondersteuningsactiviteiten die ook door de regionale ondersteuningsstructuur geboden (kunnen) worden.</p> <p>Er is geen sprake van overlap in financiering middels overige financieringsbronnen.</p>
Honorering	Tarief is afhankelijk van beschikbaar budget en de kosten van het project.



Prestatie Ontwikkeling 1,5-lijnszorg en Meekijkconsult	
Korte omschrijving	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij 1,5-lijnszorg betreft het zorg die de laagdrempeligheid en toegankelijkheid van de eerstelijnszorg combineert met de specifieke kennis en technologie van de tweedelijnszorg.</li> <li>• De prestatie 'Meekijkconsult' biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over de inzet van aanvullende middelen, van waaruit de zorgaanbieder de expertise in kan roepen van gespecialiseerde zorgaanbieders, zoals medisch specialisten en kaderhuisartsen, zonder hierbij tot verwijzing over te hoeven gaan.</li> </ul>
Voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Initiatieven starten vanuit de eerste lijn in samenwerking/afstemming met de tweede lijn.</li> <li>• Er moet sprake zijn van een samenwerkingsverband van huisartsen.</li> <li>• Er is commitment van de eerste lijn en de tweede lijn over de samenwerking en hierover zijn heldere afspraken gemaakt: <ul style="list-style-type: none"> <li>- huisarts heeft de regie bij 1,5-lijns zorg;</li> <li>- specialistische consultatie is vast onderdeel van 1,5-lijns zorg;</li> <li>- zorgpaden/protocollen zijn afgestemd tussen eerste en tweede lijn.</li> </ul> </li> <li>• De uitwerking van de samenwerking moet beschreven zijn in samenspraak met eerste en tweede lijn. Het netwerk geeft duidelijk aan hoe de verantwoordelijkheden in de anderhalvelijn liggen, welke zorgverleners behandelen, welke verwijs- en terugverwijs- en indicatiecriteria worden gehanteerd en waar behandeling plaatsvindt.</li> <li>• De eindverantwoordelijkheid voor de coördinatie van de anderhalvelijnsbehandeling ligt bij de huisarts.</li> <li>• Zorg wordt verschoven vanuit de tweede naar de eerste lijn met de daarbij behorende financiering. Financiering loopt via de eerste lijn.</li> <li>• De zorg die ingekocht wordt bij de 1,5e lijn wordt aantoonbaar cijfermatig/financieel niet meer gedeclareerd in het ziekenhuis.</li> <li>• Er moet vooraf sprake zijn van een positieve businesscase (zowel kwalitatief als financieel)</li> </ul>
Honorering	<p>Uitgangspunt is een functionele financiering. Financiering vindt plaats via de huisarts/huisartsenpraktijk.</p>

## Deel II, bijlage 3: Aandachtspunten Farmacie-Huisartsenzorg

In de afgelopen jaren hebben doelmatigheid en kwaliteit van zorg in de samenwerking tussen huisartsen en apothekers hoog in het vaandel gestaan. Inmiddels wordt er in Nederland jaarlijks een miljard euro minder uitgegeven aan geneesmiddelen.

In het convenant huisartsenzorg 2014/2017 tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) wordt het onderwerp doelmatig voorschrijven expliciet omschreven.

CZ heeft in het kader van het convenant een aantal onderbelichte onderwerpen uit de huisartsenpraktijk geconcretiseerd. Wij vragen u in uw voorschrijfgedrag/doelmatig voorschrijven rekening te houden met:

1. Medische Noodzaak op het recept.
2. Prescriptie-indicatoren.
3. Uitwisseling van laboratoriumuitslagen met de apotheek.
4. Inachtneming van de prescriptieregeling farmacie.
5. Weekterhandstelling.
6. Medicatiebeoordeling.

### 1. Medische Noodzaak (MN) op het recept

Indien na gebruik van een door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, objectief zowel door de voorschrijver als door de apotheehouder is vastgesteld dat het aangewezen middel medisch niet verantwoord is, vergoedt de zorgverzekeraar het goedkoopste medisch verantwoord alternatief. De huisarts legt de reden van de medische noodzaak zodanig vast in het patiëntendossier dat deze bij materiële controles kan worden overlegd.

Tevens vragen wij de huisartsen om het toekennen en verlengen van medische noodzaak geen gedelegeerde taak te laten zijn (bijvoorbeeld van de doktersassistente).

### 2. Prescriptie-indicatoren

Uit onderzoek is gebleken dat de huisarts voornamelijk volgens standaarden voorschrijft bij patiënten met nieuwe medicatie. Bij patiënten met bestaande medicatie wordt een afwijking geconstateerd. Hierin wil CZ graag verandering brengen. CZ zal de wijziging in voorschrijfgedrag monitoren met behulp van prescriptie-indicatoren vergelijkbaar met de indicatoren zoals weergegeven in de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen.

### 3. Uitwisseling van laboratoriumuitslagen met de apotheek

Vanaf 1 augustus 2013 zijn huisartsen en verpleegkundig specialisten wettelijk verplicht om bij 23 geneesmiddelen de reden van voorschrift op het recept te plaatsen. Ook zijn huisartsen verplicht om, na toestemming van de patiënt, (afwijkende) labwaarden te delen met de apotheker. Indien een patiënt een indicatie heeft die door IGZ is aangewezen voor vermelding op het recept, verwacht de zorgverzekeraar dat de huisarts aan deze wettelijke verplichting voldoet.

### 4. Inachtneming van de prescriptieregeling farmacie

Bij het voorschrijven van geneesmiddelen gelden de volgende perioden:

- a) 15 dagen of de kleinste handverpakking voor een geneesmiddel dat nieuw voor de verzekerde is;
- b) 15 dagen voor een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie;

- c) 30 dagen voor slaapmiddelen (hypnotica) en voor geneesmiddelen die angst en onrust verminderen (anxiolytica);
- d) Maximaal 30 dagen voor geneesmiddelen die zijn opgenomen in de Opiumwet met uitzondering van de ADHD-middelen. Hiervoor geldt een maximale aflevertermijn van 3 maanden;
- e) 3 maanden voor geneesmiddelen voor de behandeling van een chronische ziekte;
- f) 12 maanden voor "de pil" (orale anticonceptiemiddelen);
- g) 1 maand wanneer de kosten van het geneesmiddel per maand hoger zijn dan € 1.000,-
- h) 1 maand in andere gevallen.

Als een geneesmiddel in meerdere groepen valt, geldt de kortste periode.

Voor de aflevering van insuline en orale anticonceptiva is geen herhaalrecept vereist. Daarbij geldt dat op basis van een eerste voorschrift de apotheekhoudende kan blijven afleveren.

### **5. Weekterhandstelling**

CZ geeft een nadere invulling aan de weekterhandstelling, waarbij het uitgangspunt de bepalingen in de vigerende beleidsregel zijn. Er is sprake van een weekterhandstelling wanneer voor de situatie van de individuele zelfstandig wonende verzekerde geldt dat:

- hij de medicatie zelf beheert en
- niemand anders verantwoordelijk is om het geneesmiddelenbeheer over te nemen en
- er zich een onaanvaardbaar risico voordoet van verkeerd gebruik of misbruik door de toestand van de verzekerde, gecombineerd met de aard van het geneesmiddel en
- de voorschrijver een weekterhandstelling aangewezen vindt (dit dient vastgelegd te worden in het patiëntendossier) en in afstemming is met de verzekerde.

Er is ook sprake van een weekterhandstelling wanneer de verzekerde verblijft in een AWBZ-instelling en hij niet in staat is zonder een weekdoseerverpakking de terhandgestelde geneesmiddelen bij zichzelf toe te dienen, dan wel te laten toedienen.

CZ vraagt huisartsen bij het voorschrijven van geneesmiddelen die via een weekdoseerverpakking geleverd worden, rekening te houden met bovenstaande invulling en doelmatig met deze dure vorm van farmaceutische zorg om te gaan. De huisarts legt de onderbouwing van de weekterhandstelling zodanig vast in het patiëntendossier dat deze bij materiële controles kan worden overlegd.

### **6. Medicatiebeoordeling**

Het initiatief voor het houden van een medicatiebeoordeling kan zowel door de apotheker als door de huisarts worden genomen. CZ gaat ervan uit dat wanneer de apotheker over een medicatiebeoordeling ruggespraak wil houden, u hieraan onvoorwaardelijke medewerking verleent op basis van de vergoeding van een dubbel consult.



