



Overeenkomst  
vrijgevestigd huisarts 2019–2020



# Inhoudsopgave

<b>Toelichting bij de overeenkomst vrijgevestigd huisarts 2019–2020</b>	<b>3</b>
<b>Deel II<sup>a</sup></b> Algemene bepalingen huisartsenzorg	<b>8</b>
<b>Deel II<sup>b</sup></b> Zorgverzekeraarspecifiek deel	<b>12</b>
<b>Deel III</b> Verloskundige zorg	<b>17</b>
<b>Deel IV</b> Praktijkondersteuning GGZ (POH-GGZ)	<b>18</b>
<b>Deel V</b> Stoppen met roken	<b>20</b>
<b>Bijlagen</b>	<b>22</b>
<b>Deel I</b> Bijlage 1 : Tarieven	<b>22</b>
<b>Deel II</b> Bijlage 1 : Verrichtingen	<b>24</b>
<b>Deel II</b> Bijlage 2 : Prestaties resultaatbeloning en zorgvernieuwing (S3)	<b>30</b>
<b>Deel II</b> Bijlage 3 : Aandachtspunten Farmacie-Huisartsenzorg	<b>40</b>

# Toelichting bij de overeenkomst vrijgevestigd huisarts 2019–2020

Voor u ligt de overeenkomst vrijgevestigd huisarts voor de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2020. In deze toelichting staan de belangrijkste ontwikkelingen die voor u van toepassing (kunnen) zijn. U vindt hier ook de belangrijkste wijzigingen in de overeenkomst ten opzichte van 2018.

## Totstandkoming overeenkomst

Bij het maken van de overeenkomst 2019 – 2020 werkte CZ groep net als ieder jaar samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Huisartsenkring Haaglanden. In 2018 zijn wederom bijeenkomsten georganiseerd met de leden van de expertgroep. Signalen uit deze bijeenkomsten en de uitkomsten van de diverse landelijke overleggen zijn voor zover mogelijk uitgewerkt in deze overeenkomst.

## Informatiebijeenkomst

Omdat we u een nieuwe overeenkomst toesturen, willen wij tijdens een aantal informatiebijeenkomsten deze overeenkomst toelichten. Een van deze bijeenkomsten organiseert CZ groep centraal op haar kantoor in Tilburg.

Plaats, datum, locatie en tijdstip van bijeenkomst:

Informatiebijeenkomst			
Plaats	Datum	Tijdstip	Locatie
Tilburg	Donderdag 11 oktober 2018	19.00-20.30 uur	CZ, Ringbaan West 236, 5038 KE

U kunt zich uiterlijk 1 oktober 2018 voor de bijeenkomst in Tilburg aanmelden via het volgende e-mailadres: **inge.hufkens@cz.nl**.

Daarnaast sluit CZ groep aan bij ledenraadvergaderingen in de volgende regio's om een toelichting te geven op de nieuwe overeenkomst:

- Kring West-Brabant, 18 september. Huisartsen lid van de kring Zeeland en Zuid-Hollandse eilanden worden hiervoor ook uitgenodigd.
- Kring Nijmegen, datum wordt nog gepland.
- Kring Limburg, datum wordt nog gepland.
- Huisartsenkring Haaglanden, datum wordt nog gepland.

De uitnodiging hiervoor volgt via de ledenraad.

## Wijzigingen overeenkomst 2019–2020 ten opzichte van de overeenkomst 2018

### Ontwikkeling tarieven

De tarieven van de M&I verrichtingen, de verbruiksmaterialen en de individuele stoppen met roken begeleiding zijn verhoogd met 3,96%. Dit percentage is conform de verhoging van de inschrijf- en consulttarieven in de Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019 van de NZa.

### S3 prestaties

De S3 prestaties in deze overeenkomst zijn voor 2 jaar vastgesteld. Tevens is aansluiting gezocht bij de thema's die benoemd zijn in het Hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg 2019-2022. De S3-prestaties zijn onderverdeeld in de volgende thema's:

#### Vermindering werkdruk en meer tijd voor de patiënt

Onder dit thema vallen de prestaties Praktijkmanager, POH-S CVA, Inzet praktijkscan, Service en bereikbaarheid en Verbetering van de praktijkorganisatie.

#### POH-S CVA

De prestatie POH-S CVA kan alleen worden gecontracteerd door huisartsen, die niet deelnemen aan de DBC VRM. De prestatie POH-S CVA vervalt per 1 januari 2021.

#### Prestaties Inzet praktijkscan, Service en bereikbaarheid en Verbetering van de praktijkorganisatie

De prestatie Inzet praktijkscan wordt in deze overeenkomst voor het eerst geïntroduceerd. Doel van deze prestatie is de praktijkvoering en processen in de praktijk inzichtelijk te maken voor de huisarts. De praktijkscan

kan verbeterpunten opleveren die kunnen bijdragen aan de vermindering van de werkdruk. De prestatie Service en bereikbaarheid en de prestatie Verbetering praktijkorganisatie kunnen vervolgens aangevraagd worden voor het aanpakken van de verbeterpunten uit de praktijkscan.

Dit betekent dat de prestatie Service en bereikbaarheid per 1 januari 2019 vervalt voor alle huisartsen die in 2018 aan deze prestatie deelnamen. Als na het uitvoeren van een praktijkscan blijkt dat service en bereikbaarheid één van de verbeterpunten is, kan de prestatie opnieuw aangevraagd worden.

#### Stimuleren samenwerking en juiste zorg op de juiste plek

De prestaties Ouderenzorg, ICT-tool, Ouderenzorg transmuraal, Stimuleren samenwerking en zorg voor kwetsbare groepen en Zorginnovatie zijn onder dit thema opgenomen.

#### Prestatie Stimuleren samenwerking en zorg voor kwetsbare groepen

De komende jaren is de verwachting dat de zorggroepen zich ontwikkelen in de richting van regionale samenwerkingsverbanden. Projecten die binnen deze context worden opgepakt, kunnen met ondersteuning van een samenwerkingsverband vertaald worden naar een prestatie voor de huisartsenpraktijk via de prestatie Stimuleren samenwerking en zorg voor kwetsbare groepen.

#### Prestatie Zorginnovatie

De prestaties Ontwikkeling 1,5 lijnszorg en Meekijkconsult en E-health uit de huisartsenovereenkomst 2016-2018 zijn samengevoegd tot de prestatie Zorginnovatie.

Binnen de prestatie Zorginnovatie bieden we onder andere ruimte aan projecten op het gebied van horizontaal verwijzen tussen huisartsenpraktijken. Horizontaal verwijzen tussen huisartsenpraktijken kan de huisarts en de patiënt veel voordeel opleveren. Door middel van horizontale verwijzing tussen praktijken of naar een kaderhuisarts kunnen huisartsen gebruik maken van elkaars expertise. Daarnaast zorgt horizontaal verwijzen ervoor dat de patiënt zijn eigen risico niet hoeft aan te spreken en dat de wachttijd voor behandeling wordt verkleind. Ook voor reguliere M&I verrichtingen kan horizontaal verwijzen ingezet worden.

#### Kwaliteit

De prestaties Kwaliteit en Stimuleren van gebruik beslissingsondersteunend instrument vallen onder het thema kwaliteit.

#### Doelmatigheid

Onder dit thema zijn de prestaties Formulariumgericht voorschrijven en Vergoeding DTO opgenomen.

#### Prestatie Formulariumgericht voorschrijven

De prestatie Doelmatig voorschrijven vervalt per 1 januari 2019 en wordt vervangen door de prestatie Formulariumgericht voorschrijven. Deze prestatie is per 1 januari 2018 opgenomen in de overeenkomst huisartsenzorg. De prestatie is ontwikkeld door de landelijke werkgroep (LHV, Nivel en ZN). Op het moment van schrijven van deze overeenkomst heeft de landelijke werkgroep de ontwikkelagenda en de uitwerking van deze prestatie voor de jaren 2019 en 2020 nog niet vastgesteld. Zodra deze bekend zijn, worden deze gepubliceerd op onze website.

### **Prestatie Vergoeding DTO**

Voor 2019 gaan wij ervan uit dat u minimaal 2x per jaar aan een DTO deelneemt.

### **Vervallen prestaties**

Per 1 januari 2019 vervallen de S3 prestaties Digitaal orderen eerstelijnsdiagnostiek met behulp van Zorg-Domein en Inzet screeningstool POH-GGZ.

## **Ontwikkelingen in landelijk beleid**

### **Wijzigingen in beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg**

De beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg is voor 2019 op verschillende onderdelen gewijzigd ten opzichte van 2018. We lichten er drie wijzigingen uit:

- 1 herijking van de postcodelijst voor de verdeling van de opslag voor achterstandswijken;
- 2 aangepaste declaratievoorwaarden voor het passantentariaf;
- 3 introductie prestatie consult korter dan 5 minuten.

### **Herijking postcodelijst opslag voor achterstandswijken**

De elementen die achterstandsproblematiek voorspellen zijn opnieuw bekeken. Vanaf 2019 kan een huisarts een opslag in rekening brengen voor inwoners van wijken waarin het aandeel lage inkomens, mensen zonder baan en mensen met een niet-Nederlandse achtergrond relatief het grootst is. De mate van bebouwing van een gebied ('omgevingsadressendichtheid') was tot en met 2018 hierin ook een factor, maar dit is met ingang van 2019 niet meer het geval.

### **Passantentariaf**

Het passantentariaf kon tot en met 2018 alleen gedeclareerd worden wanneer een patiënt buiten de gemeentegrens woont van de vestigingsgemeente van de huisartsenpraktijk. Per 1 januari 2019 vervalt deze voorwaarde. Als de zorg acuut en incidenteel is, kan het passantentariaf vanaf 2019 ook voor patiënten woonachtig binnen de gemeentegrens gedeclareerd worden.

### **Consult korter dan 5 minuten**

De verrichtingen telefonisch consult en e-mailconsult worden per 1 januari 2019 vervangen door een prestatie consult korter dan 5 minuten. De daadwerkelijk bestede tijd aan patiëntcontact wordt leidend voor de declaratie van een consult in plaats van het middel waarmee dit contact plaatsvindt. Dit biedt meer ruimte voor de inzet van e-health in de huisartsenpraktijk.

### **De Juiste zorg op de juiste plek (ZOJP)**

De essentie van de Juiste zorg op de juiste plek is: het voorkomen van (duurdere) zorg, verplaatsen van zorg (dichterbij mensen thuis) en het vervangen van zorg (door andere zorg zoals e-health).

In het onderhandelaarsakkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022 en het onderhandelaarsakkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022 is juiste zorg op de juiste plek een prominent aandachtspunt. Juiste zorg op de juiste plek wordt in algemene zin als volgt omschreven:

Partijen committeren zich aan de gewenste transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek. Het rapport 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek – wie durft' (april 2018) van de gelijknamige Taskforce fungeert hierbij als een

belangrijke inspiratiebron. Het vertrekpunt is het functioneren van mensen, lichamelijk, psychisch en sociaal. Niet op elke behoefte van mensen past een medisch antwoord. Het gaat erom goed functioneren te bevorderen (preventie) en in geval van ziekte de gevolgen daarvan te beperken en zo mogelijk te keren (via ondersteuning, begeleiding en behandeling). Dit vraagt om tijdige signalering, gezondheidsvaardigheden van patiënten, brede triage op het juiste moment, meer tijd voor patiënten, consultatieve samenwerking en goede vervolg- en gespecialiseerde zorg waarin de zorgbehoefte van mensen en de mogelijkheden om weer zelf regie te krijgen over hun functioneren centraal staan (eigenaarschap). Het vormgeven van deze transformatie in de praktijk vraagt om commitment van mensen zelf, van zorgprofessionals en hun organisaties en van de inkopers van zorg en ondersteuning.

Deze transformatie heeft als effect:

- I het voorkomen van (duurdere) zorg;
- II het verplaatsen van zorg, (dichter) bij mensen thuis als dat kan dan wel verder weg (geconcentreerd) als het omwille van de kwaliteit en doelmatigheid moet;
- III het vervangen van zorg door andere zorg, zoals e-health, met een gelijkwaardige of betere medisch-inhoudelijke kwaliteit van de zorg.

### **Verloskunde**

In de beleidsregel huisartsenzorg van de NZa zijn geen tarieven meer opgenomen voor verloskundige zorg. Indien u verloskundige zorg verleent, kunt u hiervoor de tarieven vanuit de beleidsregel verloskunde declareren.

### **Landelijke vragenlijst**

De LHV en zorgverzekeraars hebben in 2016 het digitale platform van Vektis voor de gegevensuitvraag bij



huisartsen gelanceerd. Zo worden uw (praktijk)gegevens, of de praktijk open is voor nieuwe patiënten, de voorzieningen en diensten volledig en uniform getoond in Zorgvinder. Door in te loggen op [www.vecozo.nl](https://www.vecozo.nl) met uw persoonlijke certificaat kunt u uw gegevens aanvullen en/of wijzigen. Voor meer informatie kunt u de kennisbank raadplegen via: <https://www.vecozo.nl/diensten/zorgpartijen/kennisbank.aspx?id=3968>.

### **Volgsystematiek**

In het Zorginkoopportaal van Vecozo is het mogelijk om uw contractafspraken automatisch door te laten sturen naar de verre zorgverzekeraars. Het doorsturen van de contractafspraken kan na acceptatie van de huisartsen-overeenkomst in de contracteermodule van Vecozo. Bij eventuele wijzigingen of aanvullingen op uw overeenkomst worden alle contractafspraken opnieuw doorgestuurd naar de verre zorgverzekeraars. Uw opgegeven antwoord blijft het hele kalenderjaar bewaard. U moet deze keuze eenmaal per kalenderjaar opnieuw bevestigen.

### **Praktijkspiegel**

In de Praktijkspiegel kunnen huisartsen spiegelinformatie over hun praktijk raadplegen. Op <https://huisartsen.zorgprisma.nl> kunt u de Praktijkspiegel inzien.

## **Ontwikkelingen CZ groep**

### **Delta Lloyd zorgverzekering wordt Nationale-Nederlanden Zorg**

Per 1 juli 2018 wordt Delta Lloyd zorgverzekering, uitgevoerd door Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. (onderdeel van CZ groep) Nationale-Nederlanden Zorg. Deze naamswijziging komt voort uit het samengaan van

Delta Lloyd en Nationale-Nederlanden. De naamswijziging van Delta Lloyd zorgverzekering heeft geen gevolgen voor onze verzekerden. Vanuit CZ groep blijven wij dezelfde service en diensten verlenen. Alleen de naam van het merk verandert. Ook in de samenwerking met relaties verandert er niets. Alle contactgegevens blijven ongewijzigd. Wel wordt de naam van de juridische entiteit binnen CZ groep aangepast; Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. wordt per 1 juli 2018 Centrale Ziektekostenverzekering NZV N.V.

### **Dementie**

CZ groep wil een bijdrage leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun mantelzorgers. Met het programma Dementie willen we de totale keten van dementie verbeteren zodat de juiste zorg, door de juiste zorgaanbieder op het juiste moment wordt verleend. Dit doen wij o.a. op de volgende manieren:

- Onze ambitie is om via ons zorginkoopbeleid 1) goede ketenzorg te realiseren door betere afstemming en samenwerking, 2) stepped care bij diagnostiek en verwijzing te ontwikkelen en 3) de patiëntgerichtheid te verbeteren door het stimuleren van persoonsgerichte zorg door de inzet van casemanagement.
- Via [www.cz.nl/dementie](https://www.cz.nl/dementie) bieden we diensten aan voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. Als zorgverlener kunt u uw patiënten en mantelzorgers verwijzen naar deze diensten.
- In 3 experimentregio's werken we samen aan het realiseren van state-of-the-art dementiezorg (Maastricht, Zeeland en Moerdijk). De leerervaringen in de experimentregio's leiden tot de ontwikkeling van een toolbox om ook andere regio's te ondersteunen bij het optimaliseren van de ketensamenwerking.

Ketens die interesse hebben in deze toolbox, kunnen dit aangeven bij hun zorginkoper.

Onze visie op dementie vindt u in het **visiedocument Dementie 2018**.

### **Meer informatie**

De veranderingen in de overeenkomst staan in de nieuwe brochure "Aanvullende mogelijkheden bij de zorgverlening voor uw patiënten" en is via [www.cz.nl/huisarts](https://www.cz.nl/huisarts) te downloaden. Op deze website vindt u niet alleen deze brochure, maar ook informatie over onder andere prestaties, declaraties, het beleid van CZ groep en veel gestelde vragen.

## Overzicht contactgegevens CZ

### Contactinformatie, aanvraagformulieren en beleid:

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

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

### Vragen over de overeenkomst en aanvullende prestaties

#### Afdeling Relatiebeheer Zorgverleners

E-mail [rz.huisartsen@cz.nl](mailto:rz.huisartsen@cz.nl)

Telefoonnummer (0113) 27 49 91

### Vragen over declaraties

#### Afdeling declaraties

E-mail [huisartsen@cz.nl](mailto:huisartsen@cz.nl)

Telefoonnummer (046) 459 58 93

### Vragen over ION correcties

E-mail [ion.huisartsen@cz.nl](mailto:ion.huisartsen@cz.nl)

### Voor afstemming met uw regionale zorginkoper

#### Zorginkoopondersteuning

E-mail [zorginkoophuisartsenzorg@cz.nl](mailto:zorginkoophuisartsenzorg@cz.nl)

## Regionale zorginkopers

Naam	Regio('s)
Dhr. Martin Wijnen	Zuid-Limburg (HOZL)
Dhr. Casper Besters	Midden-Brabant Zuidoost-Brabant (PoZoB, DOH en Elan)
Mw. Marian Jacobs	Noordoost-Brabant (Synchroon) Zuidoost-Brabant (Syntein) Noord- en Midden-Limburg (Medita en Cohesie) Nijmegen e.o.
Mw. Gaby Prins-Siemons	West-Brabant (Het Huisartsenteam, HZG Breda en Zorroo) Den Haag e.o. (m.u.v. Zoetermeer)
Dhr. Paul Raaijmakers	Zuid-Holland-Zuid Zoetermeer (SGZ)
Dhr. Michel Rouss	Noordoost-Brabant (Chronos, Beroemd)
Mw. Jonneke Klingens	West-Brabant (Zorggroep West-Brabant) Zeeland

## Contactgegevens ondersteuning eerstelijns gezondheidszorg

Website	<a href="http://www.rosrobust.nl">www.rosrobust.nl</a>
Telefoonnummer	(085) 401 81 85
E-mail	<a href="mailto:info@rosrobust.nl">info@rosrobust.nl</a>

Website	<a href="http://www lijn1haaglanden.nl">www lijn1haaglanden.nl</a>
Telefoonnummer	(070) 300 87 77
E-mail	<a href="mailto:info@lijn1haaglanden.nl">info@lijn1haaglanden.nl</a>

Website	<a href="http://www.stichtingkoel.nl">www.stichtingkoel.nl</a>
Telefoonnummer	(078) 619 30 68
E-mail	<a href="mailto:info@stichtingkoel.nl">info@stichtingkoel.nl</a>

Website	<a href="http://www.sgzros.nl">www.sgzros.nl</a>
Telefoonnummer	(079) 320 86 86
E-mail	<a href="mailto:ros@sgzoetermeer.nl">ros@sgzoetermeer.nl</a>

Meer informatie over versterking van de eerstelijnszorg in de regio Zuid-Nederland: Versterking Eerstelijns Zuid-Nederland (VEZN), zie [www.versterkingeerstelijns.nl](http://www.versterkingeerstelijns.nl)

## Deel II<sup>a</sup> – Algemene bepalingen huisartsenzorg

### Uitgangspunten

De algemene bepalingen huisartsenzorg bevatten het landelijk geüniformeerde deel van de overeenkomsten zorgverzekeraar – huisarts, zoals bedoeld in het document “Het Roer moet om” (versie oktober 2015). In de overeenkomsten zorgverzekeraar – huisarts (waaronder tevens dient te worden verstaan de algemene voorwaarden die van toepassing zijn op de overeenkomst zorgverzekeraar – huisarts) kan niet van deze algemene bepalingen worden afgeweken, tenzij dit uitdrukkelijk bij een artikellid van deze algemene bepalingen is bepaald.

### Artikel 1. Definities

- **Detailcontrole:** onderzoek door de Zorgverzekeraar naar bij de Zorgaanbieder berustende persoonsgegevens met betrekking tot eigen Verzekerden ten behoeve van Materiële controle of Fraudeonderzoek.
- **Formele controle:** een onderzoek waarbij de Zorgverzekeraar nagaat of het tarief dat door een Zorgaanbieder voor een prestatie in rekening is gebracht:
  - a) een prestatie betreft, die is geleverd aan een bij die Zorgverzekeraar verzekerde persoon;
  - b) een prestatie betreft, die behoort tot het verzekerde pakket van die persoon;
  - c) een prestatie betreft, tot levering waarvan de Zorgaanbieder bevoegd is, en
  - d) een tarief betreft, dat voor die prestatie krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg is goedgekeurd of vastgesteld of een tarief is dat voor die prestaties met de Zorgaanbieder is overeengekomen.
- **Fraudeonderzoek:** een onderzoek waarbij de Zorgverzekeraar nagaat of de Verzekerde of de Zorgaanbieder valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden of verduistering pleegt of tracht te plegen ten nadele van bij de totstandkoming of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties met het doel een prestatie, vergoeding, betaling of ander voordeel te krijgen waarop de Verzekerde dan wel de Zorgaanbieder geen recht heeft of recht kan hebben.
- **Huisarts:** een in Nederland gevestigde arts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die is ingeschreven als Huisarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld register van erkende huisartsen van de KNMG.
- **Huisartsenzorg:** Zorg zoals Huisartsen die plegen te bieden zoals bedoeld in het Besluit zorgverzekering (Bzv) en nader gespecificeerd in regelgeving van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).
- **Materiële controle:** een onderzoek waarbij de Zorgverzekeraar nagaat of de door de Zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de patiënt.
- **Professionele standaard:** richtlijnen, modules, normen, zorgstandaarden, zoals in ieder geval de NHG-standaarden, dan wel



organisatiebeschrijvingen die betrekking hebben op het gehele zorgproces of een deel van een specifiek zorgproces en die vastleggen wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de patiënt goede Zorg te verlenen.

- **Zorgaanbieder:** de natuurlijke persoon, rechtspersoon of maatschap die deze overeenkomst is aangegaan en die tevens huisarts kan zijn, dit conform het beleid van de individuele Zorgverzekeraar; de Zorgaanbieder wordt in bilaterale overeenkomsten ook wel met de term contractant of huisarts aangeduid.

## Artikel 2. Zorgverlening

- 2.1 De Zorgaanbieder levert Huisartsenzorg aan de Verzekerden van de Zorgverzekeraar.
- 2.2 De Zorgaanbieder levert Huisartsenzorg voor zover de patiënt daar redelijkerwijs op is aangewezen. De inhoud en omvang van de Zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate Zorg en diensten.
- 2.3 De Zorgaanbieder neemt bij het verlenen van Zorg de eisen in acht die volgens de algemeen aanvaarde professionele standaard redelijkerwijs aan de te leveren Zorg mogen worden gesteld en handelt in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving waaronder privacywetgeving en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Het voorgaande

laat onverlet dat bilateraal aanvullende afspraken gemaakt kunnen worden.

- 2.4 De Zorgaanbieder biedt goede Zorg aan. Onder goede Zorg wordt conform de Wkkgz verstaan: Zorg van goede kwaliteit en van een goed niveau die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt, waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard en waarbij de rechten van de patiënt zorgvuldig in acht worden genomen en de patiënt ook overigens met respect wordt behandeld.
- 2.5 Indien een Zorgaanbieder Zorg in rekening brengt bij de Zorgverzekeraar waarvoor een bijzondere bekwaamheid nodig is, dient de Zorgaanbieder die de Zorg feitelijk zal verlenen te voldoen aan de door de beroepsgroep gestelde voorwaarden waaronder de inschrijving in de specifieke registers.
- 2.6 De Zorgaanbieder vervult zijn poortwachtersrol met inachtneming van de uitgangspunten genoemd in dit artikel.
- 2.7 De Zorgaanbieder verleent de Zorg in een adequaat ingerichte en geoutilleerde praktijkruimte die voor de patiënt goed bereikbaar en toegankelijk is.
- 2.8 De Zorgaanbieder is bereikbaar en beschikbaar conform de vigerende richtlijnen van de beroepsgroep.

- 2.9 De Zorgaanbieder beschikt over een klachtenprocedure en hanteert daartoe een reglement voor klachtbehandeling dat voldoet aan de wettelijke eisen.

## Artikel 3. Continuïteit van zorg

- 3.1 De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de continuïteit van de te leveren zorg 7x24-uur. De Zorgaanbieder heeft het recht met andere zorgverleners een schriftelijke regeling te treffen voor de avond-, nacht-, en weekenduren (ANW-uren). De Zorgaanbieder verstrekt een kopie van deze schriftelijke regeling indien daar aanleiding toe bestaat desgevraagd aan de Zorgverzekeraar.
- 3.2 Om de continuïteit van de Zorg te waarborgen zorgt de Zorgaanbieder ook voor waarneming in geval van afwezigheid buiten ANW-uren.
- 3.3 De Zorgaanbieder is bevoegd zich bij afwezigheid, als bedoeld in artikel 3.2, te laten waarnemen. Hij stelt zijn patiënten op de hoogte van de waarneming en de naam (namen) en adres(sen) van de waarnemer(s). De maximale duur van een aaneengesloten periode van waarneming bedraagt zes maanden. Bij overschrijding van deze termijn neemt de Zorgaanbieder contact op met de Zorgverzekeraar en worden in goed overleg nadere afspraken gemaakt om misstanden uit te sluiten.
- 3.4 Bij het einde van zijn praktijk spant de Zorgaanbieder zich in om de bij hem ingeschreven patiënten aan een opvolger over te dragen.

3.5 Behoudens overmacht informeert de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar zo snel mogelijk, doch uiterlijk 3 maanden voor de beëindigen van zijn praktijk over de voorgenomen beëindiging.

3.6 De Zorgaanbieder kan het aangaan van een behandelrelatie met een patiënt slechts weigeren of de behandelrelatie slechts beëindigen wegens gewichtige redenen conform de 'Richtlijn niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst' van de KNMG.

## Artikel 4. Informatievoorziening en gegevensbeheer

### Informatievoorziening aan de patiënt

4.1 De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat zijn patiënten conform de geldende NZa-regels worden geïnformeerd over de Zorg die hij als huisarts levert, de daarbij behorende prestaties en tarieven – waaronder de eigen bijdragen – en wachttijden.

4.2 Bij de inschrijving op naam informeert de Zorgaanbieder de patiënt mondeling en/of schriftelijk over de werkwijze, klachtenregeling en openingstijden.

4.3 De Zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn Verzekerden conform de NZa-regels worden geïnformeerd over de zorgprestaties die voor vergoeding in aanmerking komen en de wijzigingen hierin.

### Gegevensbeheer en -uitwisseling

4.4 Partijen leggen passende technische en organisatorische maatregelen aan om persoonsgegevens te beveiligen tegen verlies of tegen enige vorm van onrechtmatige verwerking. Ook bij uitwisseling van persoonsgegevens worden de gegevens voldoende beveiligd.

### Praktijk- en patiëntenregistratie

4.5 Alle aanpassingen van persoons-, praktijk- en/of relatiegegevens van de Zorgaanbieder worden tijdig kenbaar gemaakt aan de patiënt en bij Vektis via [www.agbcode.nl](http://www.agbcode.nl).

4.6 De Zorgaanbieder zorgt voor de registratie van zijn patiënten in de landelijke ION-database ([www.inschrijvingopnaam.nl](http://www.inschrijvingopnaam.nl)).

### Privacy en dossiervorming

4.7 De Zorgaanbieder richt een dossier in conform de eisen van de Wgbo. De Zorgaanbieder houdt bij de verwerking van persoonsgegevens in dit dossier de eisen van de Wgbo en de AVG in acht.

## Artikel 5. Controle

5.1 De Zorgverzekeraar voert Formele en Materiële controles met inachtneming van de eisen van de Zvw, de Rzv en het Protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland.

5.2 De Zorgverzekeraar streeft ernaar controles zo snel mogelijk uit te voeren.

## Artikel 6. Fraude

6.1 De Zorgverzekeraar neemt bij de uitvoering van fraudeonderzoek het bepaalde bij of krachtens de Wbp, de Zvw en de Rzv in acht.

6.2 De Zorgverzekeraar informeert de Zorgaanbieder schriftelijk over de zakelijke inhoud van de voorgenomen uitkomsten van het onderzoek en stelt de Zorgaanbieder in de gelegenheid daarop te reageren. De Zorgverzekeraar betreft deze reactie van de Zorgaanbieder bij de vaststelling van de definitieve uitkomsten van het onderzoek en bericht deze schriftelijk aan de Zorgaanbieder.

6.3 Indien de Zorgverzekeraar heeft aangetoond dat de Zorgaanbieder Fraude heeft gepleegd, verliest hij aanspraak op vergoeding van dat deel van de declaratie waarbij Fraude is vastgesteld. Daarnaast kan de Zorgverzekeraar:

- a zijn overeenkomst met de Zorgaanbieder met onmiddellijke ingang beëindigen;
- b registratie van fraude doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
- c melding c.q. aangifte doen bij de FIOD-ECD en/of het Openbaar Ministerie.

## Artikel 7. Wijzigingen in de overeenkomst

- 7.1 Indien wijzigingen in wet- en/of regelgeving aanpassing van de overeenkomst noodzakelijk maken, treden partijen met elkaar in overleg om de betreffende bepalingen in de overeenkomst zoveel mogelijk aan te passen aan de nieuwe wet- en regelgeving, met instandhouding van de overige bepalingen.
- 7.2 Wijzigingen in de overeenkomst kunnen uitsluitend worden aangebracht met wederzijds goedvinden.

## 8 Geschillen

- 8.1 In geval van een geschil tussen partijen zal worden getracht dit eerst in onderling overleg op te lossen.
- 8.2 Een geschil is aanwezig zodra een van de partijen dit schriftelijk aan de andere partij kenbaar maakt.
- 8.3 Geschillen die niet in onderling overleg kunnen worden opgelost, kunnen worden voorgelegd aan de Onafhankelijke Geschilleninstantie zorgcontractering zoals ondergebracht bij het Nederlands Arbitrage Instituut dan wel aan de bevoegde rechtbank.

## 9 Verzekering en vrijwaring

- 9.1 De Zorgaanbieder sluit een aansprakelijkheidsverzekering af die een dekking biedt tot een bedrag en onder voorwaarden die gebruikelijk zijn voor zorgaanbieders in de zin van de overeenkomst.

9.2 Indien de Zorgverzekeraar door een patiënt aansprakelijk wordt gesteld voor toerekenbare tekortkomingen in de Zorgverlening, zal de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar vrijwaren voor schade die de patiënt lijdt als gevolg van een tekortkoming in de nakoming van enige verbintenis die op de Zorgaanbieder rust.

# Deel II<sup>b</sup> – Algemene bepalingen huisartsenzorg; zorgverzekeraarspecifiek deel

## Artikel 1. Definities

- **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.
- **Zorg:**  
de door de Zorgaanbieder te verlenen huisartsgeneeskundige zorg waarop de Verzekerde op grond van de Zorgverzekeringswet of de verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen van de Zorgverzekeraar een natura- of restitutieaanspraak kan doen gelden (verzekerde Zorg).
- **Zorgverzekeraar:**  
de Zorgverzekeraar als bedoeld onder A van deel I (individueel deel) van deze overeenkomst.

## Artikel 2. Machtigingen

- 2.1 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.
- 2.2 De Zorgaanbieder stelt de Verzekerde voorafgaand aan het verlenen van de Zorg op de hoogte van de eis van akkoordverklaring en dat zonder deze akkoordverklaring de kosten van de zorg niet door de Zorgverzekeraar worden vergoed.

## Artikel 3. Declaratie

- 3.1 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.
- 3.2 De declaraties van het inschrijvingstarief en overeengekomen prestaties resultaatbeloning en zorg-

vernieuwing 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.

- 3.3 De Zorgverzekeraar controleert de declaraties van het inschrijvingstarief aan de hand van de registratie in de landelijke ION-database. Declaraties voor Verzekerden die niet staan ingeschreven in deze database worden aan de eerst declarerende Zorgaanbieder uitbetaald.

- 3.4 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 afreken-specificatie.
- 3.5 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.
- 3.6 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.
- 3.7 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.
- 3.8 De Zorgaanbieder controleert via de COV-check (controle op verzekeringsrecht) het verzekeringsrecht van de Verzekerde in VECOZO. Als peildatum wordt de prestatiedatum gehanteerd.
- 3.9 De Zorgaanbieder vergewist zich ervan dat geen zorg bij de Zorgverzekeraar gedeclareerd wordt als bedoeld in artikel 3.1.1. Wlz.
- 3.10 De Zorgaanbieder draagt zorg voor inhoudelijk kwalitatief goede declaraties. Bij een grotendeels 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 artikel 4.6 van dit deel.
- 3.11 Onverminderd zijn verplichting de (her)declaraties tijdig in te dienen conform lid 3.2 en 3.5 van dit deel, 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.
- Artikel 4. Honorering**
- 4.1 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.
- 4.2 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.
- 4.3 De Zorgverzekeraar zal het debiteurenrisico overnemen ten aanzien van het eigen risico dat door de Zorgverzekeraar bij de Verzekerde in rekening gebracht zal worden.
- 4.4 De Zorgverzekeraar zal de declaraties die voor betaling in aanmerking komen binnen vijftien dagen na ontvangst betaalbaar stellen aan de Zorgaanbieder, mits de Zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden gesteld in artikel 3.2 en 3.5 van dit deel. Indien de Zorgaanbieder niet voldoet aan deze voorwaarden, wordt de declaratie binnen dertig dagen betaalbaar gesteld. Onder betaalbaarstelling wordt verstaan het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank om tot betaling van de declaratie over te gaan.
- 4.5 De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om ten onrechte gedane betalingen terug te vorderen of te verrekenen met nieuwe declaraties aan elk van de in deel I genoemde Zorgverzekeraars individueel of gezamenlijk.
- 4.6 Voor declaraties die via VECOZO worden ingediend, stelt de Zorgverzekeraar 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.
- 4.7 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.

4.8 Indien de Zorgverzekeraar door een oorzaak gelegen in zijn risicosfeer er niet in slaagt de declaratie binnen de in lid 4.4 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.

4.9 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.

4.10 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 hiervoor moet maken volledig voor rekening van de Zorgaanbieder.

## Artikel 5. Duur en einde van de overeenkomst

5.1 De overeenkomst treedt in werking en eindigt op de in Deel I onder D genoemde data.

5.2 De overeenkomst neemt eerder een einde:

- a met wederzijds goedvinden;
- b indien bij gerechtelijke tussenkomst de overeenkomst wordt ontbonden;
- c indien de Zorgaanbieder een instelling is in de zin van de WTZi: indien de toelating van de Zorg-

aanbieder op grond van de WTZi is ingetrokken of indien de Zorgaanbieder niet langer voldoet aan de vereisten zoals gesteld in de WTZi of indien na het vervallen van de WTZi niet binnen de voor de Zorgaanbieder geldende termijn zoals gesteld in de Wtza een toelating wordt verleend op grond van de Wtza.

5.3 De overeenkomst kan verder al dan niet met onmiddellijke ingang, zonder rechterlijke tussenkomst, geheel of gedeeltelijk worden opgezegd:

- a door een der Partijen als de wederpartij (voorlopige) surseance van betaling verkrijgt;
- b door een der Partijen als de wederpartij zich in staat van kennelijk onvermogen om aan zijn financiële verplichtingen te voldoen bevindt of het onderwerp is van een procedure tot faillissement, gerechtelijk akkoord, vereffening, beslaglegging waardoor de verlening van Zorg (mogelijk) in gevaar komt of van elke andere soortgelijke procedure;
- c door de Zorgverzekeraar indien de Zorgaanbieder een natuurlijk persoon is: door faillissement of overlijden van de Zorgaanbieder of indien de persoon is toegelaten tot de Wsnp;
- d door de Zorgverzekeraar indien de Zorgaanbieder een rechtspersoon is: door faillissement of ontbinding van de rechtspersoon;
- e door de Zorgverzekeraar als de onderneming van of de beroepsuitoefening door de Zorgaanbieder beëindigd wordt dan wel ontbonden of (een deel daarvan) aan een derde wordt overgedragen en hiervoor voorafgaand geen instemming is gegeven door de Zorgverzekeraar;

- f door de Zorgverzekeraar indien de zeggenschapsverhouding binnen de instelling van de Zorgaanbieder naar het oordeel van de Zorgverzekeraar significant wijzigt door bijvoorbeeld overdracht van aandelen, omzetting, splitsing of fusie, tenzij de Zorgverzekeraar na voorafgaand overleg hiertegen geen bezwaar heeft;
- g door een der Partijen als de wederpartij haar verplichtingen uit de zorgovereenkomst na een ingebrekestelling (voor zover vereist), niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomt, al dan niet blijkend uit de uitkomsten van een controle;
- h 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;
- i indien de Zorgaanbieder is doorgehaald in het toepasselijke beroepenregister;
- j als een der Partijen zich tegenover de wederpartij schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, dwang of bedreiging;
- k wanneer één der partijen niet meer voldoet aan de definities in Deel II A artikel 1 respectievelijk Deel II B artikel 1 van deze overeenkomst.

5.4 De Zorgverzekeraar is bij beëindiging van deze overeenkomst op grond van een van de situaties zoals genoemd in lid 5.2 en 5.3 van dit artikel geen schadevergoeding uit welke hoofde dan ook aan de Zorgaanbieder verschuldigd.

5.5 De opzegging van de overeenkomst, alsmede de eventueel daaraan voorafgaande ingebrekestelling, geschiedt schriftelijk aan de wederpartij.



5.6 Rechten en plichten die naar hun aard bestemd zijn om ook na beëindiging van deze overeenkomst voort te duren, blijven na beëindiging van deze overeenkomst bestaan. Tot deze verplichtingen behoren onder meer aansprakelijkheid en geheimhouding.

5.7 In het geval de Zorgaanbieder of een aan de Zorgaanbieder verbonden beroepsbeoefenaar krachtens een uitspraak gedaan op grond van de Wet BIG of het Wetboek van Strafrecht is geschorst in de uitoefening van zijn bevoegdheid, dan wel hem de uitoefening van zijn beroep is ontzegd en dit gevolgen heeft voor de te leveren Zorg door de Zorgaanbieder aan de Verzekerden en/of dit gevolgen heeft voor de kwaliteit van de zorg, meldt hij dit onverwijld aan de zorgverzekeraar. Indien de Zorgverzekeraar toestaat dat de zorgaanbieder gedurende de schorsing c.q. ontzegging wordt waargenomen, is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor regeling van een adequate waarneming.

5.8 De Zorgaanbieder stelt de Zorgverzekeraar direct in kennis en verstrekt een (voor zover relevant, geanonimiseerd) afschrift van ieder (niet) openbaar rapport van de IGJ dat de Zorgaanbieder betreft voor zover relevant voor de uitvoering van de overeenkomst.

## Artikel 6. Hoofdelijke aansprakelijkheid

6.1 Indien de Zorgaanbieder de rechtsvorm van een maatschap, cv of vof heeft, zijn de maten respectievelijk vennoten ieder hoofdelijk aansprakelijk voor de verplichtingen die voortvloeien uit deze overeenkomst. Indien de Zorgverzekeraar aan zijn verplichtingen

voortvloeiende uit deze overeenkomst voldoet jegens één van de maten dan wel vennoten, gelden deze verplichtingen als geheel voldaan jegens de Zorgaanbieder en kunnen afzonderlijke maten of vennoten geen vorderingen instellen voor de nakoming van (een deel) van deze verplichtingen door de Zorgverzekeraar.

6.2 De Zorgverzekeraar kan niet gebonden worden door onderlinge afspraken tussen de maten of vennoten, met betrekking tot de onderlinge verdeling dan wel de afdwingbaarheid van uit de overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen.

## Artikel 7. Slotbepalingen

7.1 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.

7.2 Als wettelijke wijzigingen aanpassing van deze overeenkomst noodzakelijk maken, treden 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. Tussenkomen van de rechter is hier niet noodzakelijk.

7.3 Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Zorgverzekeraar is het de Zorgaanbieder, met uitzondering van het vestigen van pandrechten, niet toegestaan rechten en verplichtingen uit deze overeenkomst geheel dan wel gedeeltelijk over te dragen aan derden of door derden te laten overnemen. Aan de toestemming kan de Zorgverzekeraar voorwaarden verbinden.

7.4 Ten aanzien van communicatie-uitingen (zoals reclame) geldt:

- a het is de Zorgaanbieder toegestaan het beeldmerk van de Zorgverzekeraar te gebruiken in communicatie-uitingen zolang het gebruik plaatsvindt in overeenstemming met het beleid van de Zorgverzekeraar. Het beleid inzake het gebruik van het logo is te vinden op de website van de Zorgverzekeraar;
- b indien (het logo van) de Zorgverzekeraar in communicatie-uitingen van de Zorgaanbieder wordt gebruikt of genoemd, mag dit gebruik geen verband houden met doelen die niet verenigbaar zijn met het beleid en doelstellingen van de Zorgverzekeraar. Tevens mag het gebruik niet leiden tot verwarring bij de Verzekerden ten aanzien van onder andere de vergoeding van Zorg of de kosten van het zorggebruik.

7.5 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.

7.6 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 zorg

### Definities

In aanvulling op de definities in artikel 1 van deze overeenkomst wordt verstaan onder verloskundige zorg: zorg ter zake van zwangerschap, verleend tijdens zwangerschap, bevalling en/of kraamperiode.

### Zorgverlening

Deel III heeft betrekking op het verlenen van Verloskundige zorg door de Zorgaanbieder aan:

- op hun naam ingeschreven Verzekerden;
- passanten.

### Samenwerking

De Zorgaanbieder die Verloskundige zorg 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;

- een individueel zorgdossier;
- structureel overleg met ketenpartners (VSV, kraamzorgoverleg);
- implementatie van protocollen op het gebied van overdracht (tweede lijn) en samenwerking (tweede lijn, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg);
- op indicatie vervroegd inzetten van de kraamverzorgende tijdens de bevalling, bijvoorbeeld bij heel angstige vrouwen (partusassistentie).

### Standaarden en richtlijnen

De verloskundig-actieve Zorgaanbieder conformeert 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;
- Zorgstandaard Integrale Geboortezorg.

### Registratie

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

### Tarieven

In de beleidsregel huisartsenzorg van de NZa zijn per 1 januari 2019 geen tarieven meer opgenomen voor verloskundige zorg. Indien u verloskundige zorg heeft verleend, kunt u hiervoor de tarieven uit de beleidsregel verloskunde declareren.

## Deel IV – Praktijkondersteuning GGZ (POH-GGZ)

### Uitgangspunten POH-GGZ

- Zorgverzekeraars investeren in een sterke eerste lijn. Voor een duurzame 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 GGZ zorg die niet in de eerste lijn geboden kan worden adequaat en voorzien van de volledige informatie te verwijzen naar de juiste instantie.
- 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 van de patiënt zijn op te lossen of dat een verwijzing nodig is naar andere hulpverleners, zoals Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) of andere hulpverlenende instanties.

- In het beleidsdocument *Beleid zorgverzekeraar Praktijkondersteuning Huisartsen GGZ (POH-GGZ) 2019-2020* zijn de eisen en voorwaarden omschreven waaraan voldaan moet worden voor de inzet van een POH-GGZ. Dit beleidsdocument maakt deel uit van de overeenkomst en is te vinden op de website [www.cz.nl/huisarts](http://www.cz.nl/huisarts).

### Berekening tarief POH-GGZ

Met behulp van het door de Huisarts ingevulde aanvraagwijzigingsformulier stelt de Zorgverzekeraar jaarlijks het tarief POH-GGZ vast. Dit is een tarief per op naam ingeschreven patiënt bij de Zorgverzekeraar. Het tarief POH-GGZ kan uit de volgende drie componenten bestaan:

- 1 Een opslagmodule op het inschrijftarief. Het maximumtarief voor de opslagmodule biedt ruimte om 12 uur per week per 2.350 patiënten (inclusief afspraken over e-health, consultatie en triage) een POH-GGZ in te zetten. Het tarief dekt daarbij zowel de kosten van de ondersteuner, de aanvullende managementtijd van de

Huisarts en infrastructurele voorzieningen behorende bij de inzet van aanvullend POH-GGZ personeel. Inzet onder deze 12 uur per 2.350 patiënten leidt tot een naar rato verlaagd moduletariaf.

- 2 Een tarief voor de kosten die de Huisarts maakt voor consultatie, e-health en digitale verwijzingsondersteuning.
- 3 Een aanvullend moduletariaf voor een inzet tot maximaal 36 uur POH-GGZ per 2.350 patiënten. Dit aanvullend moduletariaf geldt indien Zorgverzekeraar en Zorgaanbieder dit contractueel overeenkomen. Afspraken boven het niveau van 12 uur inzet POH-GGZ per week per 2.350 patiënten worden via segment 3 binnen de prestatie zorgvernieuwing vormgegeven.

Via [www.cz.nl/huisarts](http://www.cz.nl/huisarts) kunt u het actuele aanvraagwijzigingsformulier downloaden.

### Administratieve bepalingen

- 1 De tarieven praktijkondersteuning worden vanaf de eerste dag van het volgende kwartaal uitbetaald na vaststelling door de Zorgverzekeraar. 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 voorwaarden POH-GGZ wordt voldaan.
  
- 3 Voor overige administratieve bepalingen zie Deel II A en Deel II B van de overeenkomst vrijgevestigd huisarts 2019-2020.
  
- 4 De Zorgverzekeraar controleert achteraf in de vorm van een steekproef of de aangestelde POH-GGZ voldoet aan de opleidingseisen.

# Deel V – Stoppen met roken begeleiding in de huisartsenpraktijk

## Korte stopadviezen

Korte stopadviezen aan rokers en het stimuleren om te stoppen met roken horen thuis in de dagelijkse praktijk van de Huisarts. Deze adviezen zijn onderdeel van de reguliere zorg en kennen geen losse declaratieprestaties.

## Intensieve begeleiding

Onder intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding verstaan we geaccrediteerde<sup>1</sup> begeleidingstrajecten, waarin Verzekerden in meerdere sessies met een stopcoach proberen te stoppen met roken. Huisartsenpraktijken contracteren wij voor de intensieve begeleidingsvorm individuele begeleiding.

Individuele begeleiding (face-to-face, telefonisch/beeldbellen) in de huisartsenpraktijk bevat minimaal de volgende elementen:

- bespreken van de rookgeschiedenis van de deelnemers en hun motivatie om te stoppen;
- hulp bij het identificeren van risicosituaties;

- het genereren van probleemoplossende strategieën om met deze situaties om te gaan;
- de individuele face-to-face begeleiding bestaat uit minimaal vier contactmomenten van minimaal tien minuten tussen de begeleider en de verzekerde, mogelijk aangevuld met telefonische ondersteuning;
- de telefonische begeleiding bestaat uit minimaal zeven telefonische begeleidingsgesprekken met een coach, volgens een vast stappenplan en over een periode van ongeveer drie maanden;
- er wordt bij voorkeur gebruik gemaakt van motiverende gespreksvoering.

Deze begeleiding kan zowel met als zonder farmacologische ondersteuning plaatsvinden (CBO-richtlijn, 2016).

Groepsbegeleiding is ook een vorm van intensieve begeleiding. In groepstherapieprogramma's kunnen rokers gedragstechnieken voor het stoppen met roken leren en elkaar ondersteunen. De inhoud van groepstherapieprogramma's kan verschillen, maar elk programma bestaat uit minimaal zes bijeenkomsten. Groepsbegeleiding is voorbehouden aan gespecialiseerde stoppen-met-rokenbegeleiders die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister

Stoppen met Roken. Voor Huisartsen is het alleen mogelijk om groepsbegeleiding te leveren als de huisartsengroep of het regionaal samenwerkingsverband een aparte overeenkomst voor deze stoppen-met-rokenbegeleiding aangaat met de Zorgverzekeraar.

## Declareren van individuele stoppen met roken begeleiding

De Zorgverzekeraar heeft het tarief voor de individuele begeleiding in de huisartsenpraktijk vastgesteld op **€ 61,75**. De gedragsmatige 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.

Samenwerkingsverbanden van Huisartsen die stoppen-met-rokenbegeleiding ook via de DBC's DM2, COPD, astma en/of VRM aanbieden, declareren de gespecialiseerde stoppen-met-rokenbegeleiding voor andere patiëntengroepen niet binnen de benoemde DBC-programma's.

<sup>1</sup> Accreditatie van stoppen-met-rokenbegeleiding gebeurt door Partnership Stop met Roken ([www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl](http://www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl)).



## Farmacologische ondersteuning bij alle vormen van stoppen met roken begeleiding

Bij alle vormen van begeleiding bij het stoppen met roken kan een arts geneesmiddelen voorschrijven. Bij korte stopadviezen kan wel farmacologische ondersteuning voorgeschreven worden. De Verzekerde heeft dan alleen geen recht op vergoeding van deze medicatie uit de basisverzekering. Het plaatsen van de letters SMR op het recept is bij een kort stopadvies dan ook niet aan de orde.

Indien er individuele begeleiding in de huisartsenpraktijk plaats vindt worden, indien voorgeschreven met SMR op het recept, de volgende middelen vergoed: nicotine vervangende middelen (kauwgom, pleisters, sublinguale tabletten en zuigtabletten), nortriptyline, bupropion en varenicline. De Verzekerde krijgt de geneesmiddelen volledig vergoed wanneer deze besteld worden bij de twee landelijk gecontracteerde apotheken. Op <https://www.cz.nl/zorgaanbieder/zorginkoopbeleid> kunt u terecht voor meer informatie. Gaat uw patiënt naar de eigen apotheek moet deze (een deel van) de medicatie zelf betalen.

## 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.

## Deel I – Bijlage 1: Tarieven

Op moment van totstandkoming van deze overeenkomst heeft de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) een nieuwe tariefbeschikking (TB/REG-19619) voor 2019 afgegeven.

Voor de S1-tarieven die niet zijn opgenomen in onderstaande tabel hanteert de Zorgverzekeraar het maximum tarief zoals vastgelegd in de NZa tariefbeschikking (TB/REG-19619).

### Maximum tarieven te declareren door huisartsen voor overige prestaties vanaf 1 januari 2019

Verrichtingen	Code verrichting	Tarief M&I
<b>Overige S1 verrichtingen</b>		
Inbrengen IUD	13042	€ 63,53
Therapeutische injectie (Cyriax)	13023	€ 30,42
Chirurgie	13012	€ 83,93
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	13015	€ 60,55
Oogboring	13024	€ 57,57
<b>Prestaties huisartsenzorg eerstelijnsverblijf en intensieve zorg</b>		
Intensieve Zorg, dag	13034	€ 71,70
Intensieve Zorg, ANW	13036	€ 123,99

Verrichtingen	Code verrichting	Tarief M&I
<b>M&amp;I verrichtingen</b>		
Audiometrie	13000	€ 31,15
Diagnostiek met behulp van Doppler	13001	€ 62,29
Tympanometrie	13003	€ 31,15
Longfunctiemeting (spirometrie)	13004	€ 60,07
ECG diagnostiek	13005	€ 49,33
Spleetlamponderzoek	13006	€ 62,29
Bloeddrukmeting gedurende 24 uur, hypertensiemeting	13008	€ 32,23
Teledermatologie	13009	€ 59,90
Cognitieve functietest (MMSE)	13010	€ 62,29
MRSA screening	13027	€ 41,98
Diabetes – instellen insuline	13030	€ 43,88
Euthanasie	13038	€ 242,95
Module Abdominale echografie	13045	€ 70,76
<b>Verrichtingen vanuit aanvullende verzekering</b>		
Reizigersadvisering	13039	€ 29,41
Sterilisatie man (Vasectomie)	13040	€ 348,32
<b>Verbruiksmaterialen</b>		
Atraumatisch hechtmateriaal, waaronder lijmen	12900	€ 11,27
Tapemateriaal ten behoeve van enkeldistorsies	12901	€ 14,09
Zwangerschapsreactie (planotest en dergelijke)	12902	€ 3,39
Dipslides (urinewegsinfecties)	12903	€ 2,26
Teststrips bloedsuikerbepaling diabetespatiënten (o.a. eyetone)	12904	€ 1,19
Vloeibaar stikstof of histofreezer	12905	€ 4,23
Blaaskatheter	12906	kostprijs
CRP-sneltest cassette(s)	12907	€ 5,06
<b>Stoppen met roken (SMR)</b>		
Stoppen-met-rokeninterventies	12850	€ 61,75

Voor de tarieven voor S3 prestaties in 2019-2020 zie bijlage 2 bij Deel II van deze overeenkomst.

## Deel II – Bijlage 1: Verrichtingen

Voor hulp in het kader van de prestatielijst 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.

Verrichting	Omschrijving	Tarief	Code	Voorwaarden
<b>Overige S1 verrichtingen</b>				
Chirurgie	<p>Chirurgie betreft chirurgische ingrepen ter vervanging van behandeling in de 2<sup>e</sup> lijn, zoals:</p> <p>A. excisie van een atheroom, lipoom, chalazion en neavus/multiple naevi</p> <p>B. huidbiopt (stans), elektrochirurgie</p> <p>C. complexe (uitgebreide) wondbehandeling met hechten</p> <p>D. Barron-ligatie</p> <p>E. chirurgische decubitusbehandeling</p> <p>F. nagelchirurgie bijvoorbeeld nagelextractie respectievelijk nagelbedexcisie</p> <p>G. incidering van abces of van een vers getromboseerd hemorrhoid, incisie periaanaal abces/sinus pilonidalis</p> <p>H. ascitespunctie</p> <p>I. verdenking melanoom, basaalcelcarcinoom, plaveiselcarcinoom, overige maligniteiten huid</p> <p>J. hechten grotere/lelijke complexe wonden</p> <p>K. frenulumplastiek</p> <p>L. behandeling van multipele condylomata acuminata met elektrocoagulatie-apparaat.</p> <p>Het verwijderen van wratten of mollusca valt niet onder chirurgie, maar onder het begrip kleine chirurgie in de reguliere consultprestaties.</p>	€ 83,93	13012	De prestatie is inclusief (hecht)materiaal, verwijderen hechtingen en nabehandeling (verwijderen van hechtingen na specialistische behandeling valt hier niet onder).

Verrichting	Omschrijving	Tarief	Code	Voorwaarden
<b>Overige S1 verrichtingen</b>				
Ambulante compressie-therapie bij ulcus cruris	Behandelen van ulcus cruris met behulp van compressietherapie.	€ 60,55	13015	a. indicatie conform NHG-standaard M16; b. de patiënt is niet onder behandeling van een medisch specialist; c. het maken van afspraken met de gespecialiseerde zorgaanbieder/verlener (bijvoorbeeld de wondverpleegkundige) over consulteren en door- en terugverwijzen valt onder de prestatiebeschrijving.
Oogboring	Het verwijderen van een corpus alienum uit het oog.	€ 57,57	13024	Handelingen beschreven in NHG-standaard M57.
Therapeutische injectie (Cyriax)	Een injectie met corticosteroiden of lokaal anestheticum in gewrichten, op peesaanhechtingen of bursa volgens principe van Cyriax.	€ 30,43	13023	
Inbrengen IUD	Het inbrengen van een spiraaltje of etonogestrel implantatiestaafje vanwege anticonceptie.	€ 63,53	13042	

Verrichting	Omschrijving	Tarief	Code	Voorwaarden
<b>Prestaties huisartsenzorg eerstelijnsverblijf en intensieve zorg</b>				
Intensieve zorg, visite, dag	<p>Intensieve zorg betreft het verlenen van intensieve zorg aan terminale patiënten of patiënten waarvoor het CIZ een zorgprofiel heeft toegewezen uit onderstaande reeks verpleging en verzorging. Deze patiënten ontvangen geen verblijf én behandeling van een instelling ingevolge artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a en artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c van de Wet langdurige zorg.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• VV Beschermd wonen met intensieve dementiezorg;</li> <li>• VV Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging;</li> <li>• VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding;</li> <li>• VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging;</li> <li>• VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging;</li> <li>• VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg.</li> </ul>	€ 71,70	13034	<p>Het betreft een prestatie per visite.</p> <p>Indien intensieve zorg conform de prestatiebeschrijving wordt geleverd aan een patiënt die opgenomen is in een setting voor elv, kunnen de prestaties intensieve zorg in rekening worden gebracht.</p> <p>Declaratie van een prestatie intensieve zorg kan niet gelijktijdig met declaratie van een regulier consult of visites.</p> <p>De prestatie intensieve zorg kan niet in rekening worden gebracht indien de patiënt verblijf én behandeling geniet van een instelling ingevolge artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a en artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c van de Wet langdurige zorg.</p>
Intensieve zorg, visite ANW	<p>Intensieve zorg betreft het verlenen van intensieve zorg aan terminale patiënten of patiënten waarvoor het CIZ een zorgprofiel heeft toegewezen uit onderstaande reeks verpleging en verzorging. Deze patiënten ontvangen geen verblijf én behandeling van een instelling ingevolge artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a en artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c van de Wet langdurige zorg.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• VV Beschermd wonen met intensieve dementiezorg;</li> <li>• VV Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging;</li> <li>• VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding;</li> <li>• VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging;</li> <li>• VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging;</li> <li>• VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg.</li> </ul>	€ 123,99	13036	<p>Het betreft een prestatie per visite.</p> <p>Voor de prestatie intensieve zorg geldt dat indien de visite aanvangt tijdens anw-uren, dan het anw-tarief in rekening mag worden gebracht.</p> <p>Het anw-tarief kan niet worden gedeclareerd indien de visite is geleverd tijdens een dienstuur hds.</p> <p>Indien intensieve zorg conform de prestatiebeschrijving wordt geleverd aan een patiënt die opgenomen is in een setting voor elv, kunnen de prestaties intensieve zorg in rekening worden gebracht.</p> <p>Declaratie van een prestatie intensieve zorg kan niet gelijktijdig met declaratie van een regulier consult of visites.</p> <p>De prestatie intensieve zorg kan niet in rekening worden gebracht indien de patiënt verblijf én behandeling geniet van een instelling ingevolge artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a en artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c van de Wet langdurige zorg.</p>



Verrichting	Omschrijving	Tarief	Code	Voorwaarden
<b>M&amp;I verrichtingen</b>				
Audiometrie	Objectiveren van subjectief verminderd gehoor en bepaling van de mate van slechthorendheid met behulp van audiometer in eigen beheer.	€ 31,15	13000	Het betreft een prestatie per verrichting. Handelingen beschreven in NHG-standaard M61.
Diagnostiek met behulp van Doppler	Opsporen van vaatvernauwingen met behulp van Doppler apparatuur in eigen beheer.	€ 62,29	13001	Het betreft een prestatie per verrichting. Handelingen beschreven in NHG-standaard M13.
Tympanometrie	Het meten van de beweeglijkheid van het trommelvlies met behulp van microtympanometer in eigen beheer ter diagnostiek en vervolgen van gehoorproblemen bij: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otitis media met effusie langer dan 3 maanden</li> <li>• Tympanosclerose</li> <li>• Otosclerose</li> </ul>	€ 31,15	13003	Het betreft een prestatie per meting. Handelingen beschreven in NHG-standaard M18.
Longfunctie-meting (spirometrie)	Longfunctiemeting met reversibiliteitstest in eigen beheer ter analyse benauwdheidsklachten of bepaling effectiviteit therapeutische interventie bij patiënt met inhalatiemedicatie.	€ 60,07	13004	Het betreft een prestatie per meting. Handelingen beschreven in NHG-standaard M26. Alleen declarabel indien de patiënt niet geïnccludeerd is in de DBC COPD en DBC Astma.
ECG diagnostiek	ECG maken, interpreteren en bespreken met patiënt.	€ 49,33	13005	Het betreft een prestatie per diagnose. Prestatie is inclusief verbruiksmateriaal. Handelingen beschreven in Elektrocardiografie in de huisartsenpraktijk (NHGBouwsteen voor de praktijkvoering, volume 1) Alleen declarabel indien de patiënt niet geïnccludeerd is in de DBC VRM.
Spleetlamp-onderzoek	Diagnostiek en controle van een aantal oogheelkundige aandoeningen, met behulp van spleetlamp in eigen beheer.	€ 62,29	13006	Het betreft een prestatie per onderzoek.
Bloeddrukmeting gedurende 24 uur, hypertensiemeting	In eigen beheer instrueren patiënt en organiseren van de follow-up, plus interpretatie om niet vaststaande hypertensie te evalueren.	€ 32,23	13008	Het betreft een prestatie per meting. Handelingen beschreven in NHG-richtlijn M84 en zorgstandaard CVR.

Verrichting	Omschrijving	Tarief	Code	Voorwaarden
<b>M&amp;I verrichtingen</b>				
Teledermatologie	Vervaardigen, beveiligd verzenden en opslaan alsmede het laten beoordelen door dermatoloog op afstand van door de huisarts gemaakte digitale beelden van huidafwijkingen ter mogelijke vervanging van verwijzing naar de 2 <sup>e</sup> lijn van een dermatologisch probleem waarbij specialistische beoordeling en/of advies noodzakelijk is. Eventuele consulten in verband met de (na)behandeling op basis van advies dermatoloog kunnen separaat gedeclareerd worden.	€ 59,90	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. Deze prestatie includeert: <ul style="list-style-type: none"> <li>• gebruikmaking van adequate apparatuur, beveiligde verbinding en digitale opslag van informatie;</li> <li>• geprotocolleerde rapportage door dermatoloog.</li> </ul>
Cognitieve functietest (MMSE)	Onderzoek naar dementie door afname van MMSE-test.	€ 62,29	13010	Het betreft een prestatie per verrichting. Handelingen beschreven in NHG-standaard M21.
MRSA screening	Afname kweekmateriaal ten behoeve van diagnostiek MRSA.	€ 41,98	13027	Het betreft een prestatie per verrichting.
Diabetes instellen insuline		€ 43,88	13030	Het betreft een prestatie per verrichting. Alleen declarabel indien de patiënt niet geïnccludeerd is in de DBC DM2.
Euthanasie	Verlenen van euthanasie.	€ 242,95	13038	Het betreft een prestatie per euthanasieverlening. Handelingen beschreven in SCEN regels.
Abdominale echografie	In eigen beheer uitvoeren en interpreteren van abdominale echografie ter voorkoming van onnodige verwijzing naar de tweede lijn.	€ 70,76	13045	Het uitvoeren en interpreteren van abdominale echografie in eigen beheer ter voorkoming van onnodige verwijzing naar de tweede lijn. Bij verwijzing naar de specialist na het onderzoek is het beschikbaar stellen van diagnostische materiaal ten behoeve van de vervolghandeling onderdeel van de prestatie. Het betreft de volgende indicaties: <ul style="list-style-type: none"> <li>• aorta: herkennen aneurysmata</li> <li>• lever: tumoren, metastasen</li> <li>• galblaas: stenen, stuwing</li> <li>• nieren: stuwing, concrementen, cysten, tumoren</li> <li>• uterus: myomen, positie IUD, endometriumdikte</li> <li>• ovaria: cysten</li> <li>• blaas: urineretentie, concrementen</li> </ul> Het betreft uitdrukkelijk niet de echo bij zwangerschap.  Voor het aanmeldingsformulier en de voorwaarden zie <b>www.cz.nl/huisarts</b> of stuur een e-mail naar <b>rz.huisartsen@cz.nl</b> .

Verrichting	Omschrijving	Tarief	Code	Voorwaarden
<b>Verrichtingen vanuit aanvullende verzekering</b>				
Reizigers- advisering	Gestandaardiseerd consult aan de hand van vragenlijst en advies ten aanzien van preventieve vaccinaties en het geven van vaccinaties.	€29,41	13039	<p>Adviesconsult inclusief toedienen vaccinaties volgens richtlijnen in NHG praktijkwijzer Reizigersadvisering Ingeschreven als “reizigersgeneeskundig huisarts” in het register van het CHBB of de LCR</p> <p>Het betreft een prestatie voor advies plus injecties, exclusief vaccin.</p>
Sterilisatie man (Vasectomie)	Gestandaardiseerde ingreep inclusief preoperatief onderzoek en postoperatief spermaonderzoek.	€ 348,32	13040	<p>Deskundigheid, aantoonbare aanvullende opleiding, bijvoorbeeld als assistent chirurgie of vaardigheidstraining. Goed instrumentarium en assistentie</p> <p>Minimaal te behandelen patiënten: 10 per jaar</p> <p>Het betreft een prestatie voor de volledige behandeling, inclusief nacontroles en minimaal 3 keer spermaonderzoek</p>

## Deel II – Bijlage 2: Prestaties resultaatbeloning en zorgvernieuwing (S3)

CZ groep heeft in de overeenkomst 2019-2020 aansluiting gezocht bij de thema's die momenteel een grote rol spelen binnen de huisartsenzorg en onderwerp zijn van de landelijke agenda. De prestaties zijn per thema ingedeeld:

- Vermindering werkdruk en meer tijd voor de patiënt
- Stimuleren samenwerking en zorg op de juiste plek
- Kwaliteit
- Doelmatigheid

### **Vermindering werkdruk en meer tijd voor de patiënt**

De ervaren druk op de huisartsenpraktijk is de laatste jaren toegenomen door o.a. toename van het aantal kwetsbare patiënten, patiënten met een chronische aandoening en de extramuralisatie van zorg. Dit zorgt voor een verhoging van de werkdruk van de huisarts. De zorg voor deze patiënten wordt verleend door de huisarts met de inzet van ondersteunend personeel, waardoor de praktijkvoering is veranderd. Een optimalisatie van de praktijkvoering kan ertoe bijdragen dat de huisarts meer tijd over houdt voor het verlenen van zorg.

CZ groep heeft in de overeenkomst 2019-2020 onderstaande prestaties opgenomen waarmee de huisarts in staat wordt gesteld de praktijkvoering te optimaliseren. De prestatie Inzet praktijkscan wordt in deze overeenkomst voor het eerst geïntroduceerd. Doel van deze prestatie is de praktijkvoering en processen in de praktijk inzichtelijk te maken voor de huisarts. De praktijkscan kan verbeterpunten opleveren die kunnen bijdragen aan de vermindering van de werkdruk. De prestatie Service en bereikbaarheid en de prestatie Verbetering praktijkorganisatie kunnen vervolgens aangevraagd worden voor het aanpakken van de verbeterpunten uit de praktijkscan.

Prestatie Praktijkmanager	
Korte omschrijving	De financiering van de prestatie Praktijkmanager heeft als doel de huisarts te ontlasten bij niet zorg-gerelateerde werkzaamheden. Door de inzet van een praktijkmanager kan de huisarts zich meer richten op de zorgverlening in zijn praktijk, komt er (extra) ondersteuning voor de interne bedrijfsvoering van de praktijk en wordt, door verdere intensivering van samenwerking met andere eerstelijns hulpverleners, het netwerk rondom de praktijk versterkt.
Voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In het beleidsdocument Beleid zorgverzekeraar Praktijkmanager zijn de eisen en voorwaarden omschreven waaraan voldaan moet worden voor de inzet van een praktijkmanager. Dit beleidsdocument maakt deel uit van de overeenkomst en kunt u vinden op de website <a href="http://www.cz.nl/huisarts">www.cz.nl/huisarts</a>.</li> <li>• De praktijkmanager is (minimaal) hbo-opgeleid en voldoet aan de opleidingseisen, zoals gesteld in het beleidsdocument Beleid zorgverzekeraar Praktijkmanager.</li> <li>• CZ groep hanteert voor de inzet van een praktijkmanager bij één praktijk een minimale inzet van 3 uur per week per normpraktijk.</li> <li>• CZ groep hanteert voor de inzet van een praktijkmanager de minimale omvang van 2 uur per week per normpraktijk voor samenwerkingsverbanden en rechtspersonen.</li> <li>• Jaarlijks houdt CZ groep een aantal gesprekken met huisartsen over de invulling van de prestatie. Tijdens deze gesprekken krijgt CZ groep inzage in de diploma's en (arbeids)overeenkomst van de praktijkmanager en wordt het jaarplan op hoofdlijnen besproken. De huisartsen worden voor deze gesprekken steekproefsgewijs gekozen.</li> <li>• De praktijkmanager kan de huisartsenpraktijk(en) ondersteunen bij het implementeren van adviezen die voortvloeien uit de praktijkscan.</li> </ul>
Honorering	<p>De financiering, die CZ groep via deze prestatie beschikbaar stelt, is bedoeld voor extra ondersteuning in de huisartsenpraktijk, bovenop de basisfinanciering uit het inschrijftarief.</p> <p>De vergoeding die CZ groep financiert via deze prestatie is bedoeld voor de extra taken die een praktijkmanager op zich kan nemen. In het beleidsdocument Beleid zorgverzekeraar Praktijkmanager staan deze taken uitvoerig beschreven.</p> <p>CZ gaat uit van een vergoeding van € 0,99 per ingeschreven patiënt per kwartaal voor de inzet van maximaal 4,5 uur praktijkmanagement per normpraktijk. Indien de huisarts minder uren inzet, gaat het tarief naar rato omlaag.</p> <p>Verrichtingscode: 31174</p>

Prestatie POH-S CVA	
Korte omschrijving	De prestatie POH-S CVA is bedoeld ter stimulering van de inzet van de praktijkondersteuner somatiek voor het zorgprogramma CVA, die in de huisartsenpraktijk buiten de afspraken met de zorggroep om ingezet kan worden.
Voorwaarden	<p><b>Aanvraag en wijzigingen</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>• De huisarts informeert CZ groep bij wijzigingen in de werkzaamheden van de POH-S of als niet meer wordt voldaan wordt aan gestelde voorwaarden.</li> </ul> <p><b>Inhoudelijke voorwaarden POH-S CVA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiënt woont zelfstandig en is hulpbehoevend.</li> <li>• Deelname aan team voor multidisciplinaire zorg (stroke team).</li> <li>• Er is een multidisciplinair overleg in de regio georganiseerd.</li> <li>• Patiënt heeft een individueel zorgplan.</li> <li>• Deelname alleen mogelijk als huisarts niet via samenwerkingsverband deelneemt aan zorgprogramma VRM.</li> </ul>
Honorering	<p>€ 0,26 per kwartaal per ingeschreven verzekerde van de zorgverzekeraar.</p> <p>Voor CVA 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. Vanaf 1 januari 2021 vervalt de prestatie POH-S CVA.</p> <p>Verrichtingscode: 31080</p>

Prestatie Inzet praktijkscan	
Korte omschrijving	Doel is om processen in de huisartsenpraktijk optimaal in te richten en praktijkvoering effectief en kwalitatief hoogstaand te maken.
Voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De huisarts meldt zich aan bij een organisatie, die de praktijkscan uitvoert (bijv. VvAA, Eerstelijnservicepunt of Bloom).</li> <li>• De toetsende organisatie of de huisarts dient de aanvraag bij CZ groep in.</li> <li>• De praktijkscan brengt de volgende onderdelen van de huisartsenpraktijk in kaart: <ul style="list-style-type: none"> <li>– werkwijze praktijk</li> <li>– spreekuuropbouw en planning</li> <li>– bereikbaarheid</li> <li>– personeelsmanagement</li> <li>– consultvoering</li> <li>– (financiële) processen</li> </ul> </li> <li>• De toetsende organisatie of de huisarts stuurt na afloop van de scan en uiterlijk binnen 1 jaar een verbeterplan naar CZ groep op basis van het advies.</li> <li>• CZ groep neemt steekproefsgewijs contact op met de huisartsenpraktijken over de realisatie van de verbeterplannen.</li> </ul>
Honorering	<p>€ 0,20 per kwartaal per ingeschreven verzekerde van de zorgverzekeraar. Het betreft een eenmalige tegemoetkoming in de kosten, per normpraktijk. Maximaal 4 kwartalen. Verrichtingscode: 31384</p>



### Prestatie Service en Bereikbaarheid

Korte omschrijving	Doel is het bevorderen van de service en bereikbaarheid in de huisartsenpraktijk om de toegankelijkheid van zorg zo optimaal mogelijk te houden.
Voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"><li>• Uit de praktijkscan is gebleken dat service en bereikbaarheid als verbeterpunt is opgenomen in het verbeterplan.</li><li>• De huisartsenpraktijk verbetert de service en bereikbaarheid op minimaal 1 van onderstaande items:<ul style="list-style-type: none"><li>– Telefonische bereikbaarheid van minimaal 8,5 uur tussen 08.00 en 17.00 uur voor het stellen van vragen en maken van afspraken.</li><li>– De praktijk biedt de mogelijkheid van een e-consult en online aanvragen van herhaalmedicatie in een beveiligde omgeving.</li><li>– De praktijk biedt de mogelijkheid om online een afspraak te maken.</li></ul></li><li>• CZ groep neemt steekproefsgewijs contact op met de huisartsen over de realisatie van de ingezette verbeteringen.</li></ul>
Honorering	€ 0,20 per kwartaal per ingeschreven verzekerde van de zorgverzekeraar.  Verrichtingscode: 30121

### Prestatie Verbetering praktijkorganisatie

Korte omschrijving	Binnen deze prestatie is het mogelijk financiering aan te vragen voor projecten die ten goede komen aan de verbetering van de praktijkorganisatie, vermindering van de werkdruk of meer tijd voor de patiënt.
Voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"><li>• De huisartsenpraktijk heeft een praktijkscan laten uitvoeren.</li><li>• De huisartsenpraktijk levert een projectplan aan, inclusief een begroting en positieve businesscase.</li><li>• De projectgelden zijn niet bedoeld ter financiering van ondersteuningsactiviteiten die ook door de regionale ondersteuningsstructuur geboden (kunnen) worden.</li><li>• Er is geen sprake van overlap in financiering middels overige financieringsbronnen.</li></ul>
Honorering	Tarief is afhankelijk van de kosten en opbrengsten van het project. Financiering vindt plaats via de huisarts/huisartsenpraktijk.

### Stimuleren samenwerking en zorg op de juiste plek

Om de zorg voor kwetsbaren optimaal vanuit de huisartsenpraktijk te kunnen verlenen, is samenwerking met aanbieders in het medische en sociale domein van groot

belang. Het vormen van een netwerk rondom de patiënt kan ervoor zorgen dat de patiënt de zorg op de juiste plek krijgt. Via onderstaande prestaties kunnen huisartsen de zorg voor de ouderen in hun praktijk optimaliseren en

kunnen regionaal afgesproken projecten op het gebied van zorg op de juiste plek en zorg voor kwetsbare groepen vertaald worden naar een prestatie voor de individuele huisarts.

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	<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><li>• Bij het signaleren van kwetsbaarheid en complexiteit wordt de zorgvraag integraal in kaart gebracht.</li><li>• Er wordt een individueel zorgleefplan opgesteld dat beschikbaar is in de huisartsenpraktijk en dat, indien van toepassing, afgestemd wordt met de wijkverpleegkundige.</li><li>• Voor de patiënt/mantelzorgers dient één aanspreekpunt te zijn, ook wel casemanager genoemd.</li><li>• Er vindt minimaal 6x per jaar een MDO plaats. Het MDO vindt bij voorkeur op wijkniveau plaats. Dit kan tevens een overleg zijn waarin het medische en het sociale domein (WMO) worden afgestemd, zoals een sociaal wijkteam.</li><li>• Er wordt een evaluatie op polyfarmacie uitgevoerd.</li></ul> <p><b>Overige aandachtspunten</b></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 samenwerkingsverband in te zetten om te zorgen dat de organisatorische voorwaarden gerealiseerd worden.</li><li>• Binnen een jaar na de start van de prestatie is een regionaal geriatrisch netwerk aanwezig met vertegenwoordigers van de eerste lijn (de apotheker en eventueel de kaderhuisarts geriatric) en vertegenwoordigers van de tweede lijn (de klinisch geriater of internist ouderenzorg of specialist ouderengeneeskunde).</li></ul>		
Honorering	Het tarief is afhankelijk van het percentage 75+ patiënten in de huisartsenpraktijk. De vergoeding is per kwartaal per ingeschreven verzekerde van de zorgverzekeraar:		
	<b>Prestatie Ouderenzorg</b>	<b>Percentage 75+</b>	<b>Tarief</b>
	Segment A	< 6,0%	€ 0,54
	Segment B	6,0% – 10,0%	€ 1,08
	Segment C	> 10,0%	€ 1,62
	De consulten en visites van de POH en huisarts (patiëntgebonden activiteiten) worden separaat via de reguliere financiering gehonoreerd.		
	Verrichtingscode: 31060		
Evaluatie	Evaluatie gebeurt steekproefsgewijs middels een vragenlijst. De vragenlijst is beschikbaar op onze website: <a href="http://www.cz.nl/huisarts">www.cz.nl/huisarts</a> .		

Prestatie ICT-Tool (digitaal portaal/netwerk)	
Korte omschrijving	Huisartsen die gebruikmaken 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 zorgleefplan 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.</p> <p>Als de ICT-tool wordt aangevraagd door een samenwerkingsverband wordt de honorering gebaseerd op een ingediende begroting.</p> <p>Verrichtingscode 31326</p>

Prestatie Ouderenzorg Transmuraal	
Korte omschrijving	De prestatie is bedoeld voor kwetsbare ouderen geïncorporeerd 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.</li> <li>• Het aanspreekpunt vanuit de huisartsenpraktijk heeft al tijdens de opname contact met het ziekenhuis. Als het moment van opname tijdens de ANW-uren is, dan geldt hier dat er zo snel mogelijk na opname contact is 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>• Vooral 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 generiek middel bij ontslag.</li> <li>• Bij een nieuwe aanvraag geldt implementatie op niveau van adherentiegebied ziekenhuis of samenwerkingsverband.</li> </ul>
Honorering	<p>€ 190,00 per patiënt per ontslagmoment.</p> <p>Verrichtingscode: 31272</p> <p>Als deze verrichting gedeclareerd wordt, kunnen er geen andere consulten en verrichtingen in rekening gebracht worden (bijvoorbeeld voor het huisbezoek).</p>
Evaluatie	Evaluatie gebeurt steekproefsgewijs middels een vragenlijst. De vragenlijst is beschikbaar op onze website: <a href="http://www.cz.nl/huisarts">www.cz.nl/huisarts</a> .

## Prestatie Stimuleren samenwerking en zorg voor kwetsbare groepen

Korte omschrijving	Binnen deze prestatie is het mogelijk financiering aan te vragen voor projecten die ten goede komen aan: <ul style="list-style-type: none"><li>• het stimuleren van de samenwerking tussen de huisartspraktijk en andere (zorg)aanbieders in het sociale en het medische domein;</li><li>• zorg voor kwetsbare groepen, zoals patiënten met psychische problemen of weinig zelfregie. Zorg voor kwetsbare ouderen valt niet onder deze prestatie.</li></ul>
Voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het project moet op het niveau van een samenwerkingsverband aangevraagd worden. Aan het eind van jaar 1 van het project dient daarom minimaal sprake te zijn van een deelname aan het project van ca. 10 huisartsen – of 20.000 op naam ingeschreven patiënten – en aan het eind van jaar 2 van 15 huisartsen – of 30.000 op naam ingeschreven patiënten.</li><li>• Het samenwerkingsverband levert een projectplan aan, inclusief een begroting en positieve businesscase.</li><li>• De projectgelden zijn niet bedoeld ter financiering van ondersteuningsactiviteiten die ook door de regionale ondersteuningsstructuur geboden (kunnen) worden.</li><li>• Er is geen sprake van overlap in financiering middels overige financieringsbronnen.</li></ul>
Honorering	Tarief is afhankelijk van de kosten en opbrengsten van het project. Financiering vindt plaats via de huisarts/huisartsenpraktijk.

## Prestatie Zorginnovatie

Korte omschrijving	<p>De prestatie zorginnovatie betreft projecten waarbij gebruik wordt gemaakt van nieuwe methoden van zorgverlening waaronder anderhalvelijnszorg, meekijkconsulten en e-health of 'blended care'.</p> <p><b>Anderhalvelijnszorg</b>  Anderhalvelijnszorg is het onder regie van de huisarts toepassen van medisch specialistische kennis of technologie in een eerstelijnssetting, waardoor verwijzing naar de tweedelijns wordt voorkomen of uitgesteld. Specialismen waar aan valt te denken bij substitutie van zorg zijn, onder andere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dermatologie</li> <li>• Oogheelkunde</li> <li>• Orthopedie</li> <li>• Cardiologie</li> </ul> <p><b>Meekijkconsult</b>  De prestatie Meekijkconsult biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over de inzet van aanvullende tweedelijns (diagnostische) middelen en/of het raadplegen van een medisch specialist of kaderhuisarts zonder de patiënt formeel te hoeven verwijzen.</p> <p><b>E-health</b>  E-health is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. (definitie Nictiz &amp; ZiNL, Evaluatie van e-healthtechnologie, mei 2017). Er zijn vele soorten toepassingen van e-health. Voorbeelden hiervan zijn: portalen (webapplicaties, apps), beeldzorg (teleconsult), sensoren (wearable devices), robotica en serious gaming. CZ groep ziet eHealth als een middel met veel potentie om de huisarts te ontlasten en daarnaast de gezondheidszorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Dit tegen de achtergrond van verwachte tekorten aan zorgaanbieders en stijging van het aantal chronisch zieken. E-health toepassingen met betrekking tot onderstaande thema's worden op andere wijze gefinancierd en kunnen als zodanig niet worden aangevraagd via de prestatie zorginnovatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• POH-GGZ (opslag modulebedrag)</li> <li>• Teledermatologie (M&amp;I-verrichting 13009)</li> <li>• De mogelijkheid van een e-consult en online aanvragen van herhaalmedicatie in een beveiligde omgeving (Prestatie Service &amp; Bereikbaarheid)</li> <li>• Initiatieven op het gebied van zelfmanagement (investeringsfonds Zelfzorg Ondersteund!)</li> </ul> <p><b>Horizontaal verwijzen</b>  Horizontaal verwijzen tussen huisartsenpraktijken kan de huisarts en de patiënt veel voordeel opleveren. Door middel van horizontale verwijzing tussen praktijken of naar een kaderhuisarts kunnen huisartsen gebruik maken van elkaars expertise. Daarnaast zorgt horizontaal verwijzen ervoor dat de patiënt zijn eigen risico niet hoeft aan te spreken en dat de wachttijd voor behandeling wordt verkleind. Ook voor reguliere M&amp;I verrichtingen kan horizontaal verwijzen ingezet worden.</p>
Voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het project moet op het niveau van een samenwerkingsverband aangevraagd worden. Aan het eind van jaar 1 van het project dient daarom minimaal sprake te zijn van een deelname aan het project van ca. 10 huisartsen – of 20.000 op naam ingeschreven patiënten en aan het eind van jaar 2 van 15 huisartsen – of 30.000 op naam ingeschreven patiënten.</li> <li>• Het samenwerkingsverband levert een projectplan aan, inclusief een begroting en positieve businesscase.</li> <li>• De projectgelden zijn niet bedoeld ter financiering van ondersteuningsactiviteiten die ook door de regionale ondersteuningsstructuur geboden (kunnen) worden.</li> <li>• Er is geen sprake van overlap in financiering middels overige financieringsbronnen.</li> </ul>
Honorering	Tarief is afhankelijk van de kosten en opbrengsten van het project. Financiering vindt plaats via de huisarts/huisartsenpraktijk.

## Kwaliteit

CZ groep hecht er grote waarde aan dat binnen de huisartsenpraktijken de kwaliteitscyclus is geborgd. Onderstaande prestaties kunnen daar een bijdrage aan leveren.

Prestatie Kwaliteit	
Korte omschrijving	De zorgverzekeraar wil huisartsen stimuleren structureel en systematisch te werken aan kwaliteitsverbetering in hun praktijk door middel van accreditering en certificering.
Voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"><li>• De huisarts meldt zich aan bij de toetsende instantie (bijv. NPA, DEKRA of HAZO 24).</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 groep declareren.</li><li>• Indien de registratie verloopt, dient de huisarts dit door te geven aan CZ groep.</li><li>• De huisarts behaalt ieder jaar van de cyclus het accreditatiebewijs of kwaliteitscertificaat.</li></ul>
Honorering	€ 0,28 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 stimuleren van gebruik beslissingsondersteunend instrument	
Korte omschrijving	Deze prestatie heeft als doel de kwaliteit van de huisartsenzorg te optimaliseren door het gebruik van beslissingsondersteunende instrumenten in de huisartsenpraktijk te stimuleren.
Voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"><li>• De huisarts gebruikt een beslissingsondersteunend instrument als NHGDoc, Medicom Smart of Pacmed.</li><li>• CZ groep maakt afspraken over monitoring van het gebruik met de instanties, die het beslissingsondersteunend instrument aanbieden.</li><li>• Indien blijkt dat huisartsen het instrument niet hebben ingezet, dient het bedrag van deze prestatie terugbetaald te worden.</li><li>• Inzet van een screener valt niet onder deze prestatie.</li><li>• De bekostiging van een beslissingsondersteunend instrument voor de verwijzing naar de GGZ valt niet onder deze prestatie, maar kan gefinancierd worden vanuit de prestatie POH-GGZ.</li></ul>
Honorering	€ 0,11 per kwartaal per ingeschreven verzekerde van de zorgverzekeraar.  Verrichtingscode: 31385

## Doelmatigheid

Het zo doelmatig mogelijk inzetten van de beperkte middelen in de zorg blijft ook in de toekomst een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar, zorgaanbieder en patiënt. Voor 2019-2020 heeft CZ groep

de volgende prestaties opgenomen, die een bijdrage kunnen leveren aan de verbetering van de doelmatigheid van de zorg.

Prestatie Formularium gericht voorschrijven	
Korte omschrijving	Samen met huisartsen wil CZ groep doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen bevorderen. Formulariumgericht voorschrijven ondersteunt huisartsen bij het maken van een keuze voor doelmatige farmacotherapie volgens de geldende standaarden.
Voorwaarden	CZ volgt de ontwikkelagenda die landelijk afgesproken wordt. Zodra deze bekend is, zullen wij de huisarts nader informeren.
Honorering	Nader te bepalen o.b.v. de landelijke ontwikkelagenda.

Prestatie Vergoeding Diagnostisch Toetsoverleg (DTO) KCL/MMB	
Korte omschrijving	Kwalitatief goed en doelmatig diagnostisch aanvraagdgedrag met betrekking tot KCL en MMB door de huisarts stimuleren.
Voorwaarden	<p>De huisarts neemt 2x per jaar deel aan een DTO. Dit DTO 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 twee maal per jaar worden de volgende aspecten actief aan de orde gesteld:<ol 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></ol></li></ul> <p>Verantwoording van deze prestatie wordt opgevraagd bij de laboratoria. Als huisarts ondervindt u geen administratieve last bij de verantwoording van deze prestatie.</p>
Honorering	€ 0,12 per kwartaal per ingeschreven verzekerde van de zorgverzekeraar.  Verrichtingscode: 30003

## Deel II – Bijlage 3: Aandachtspunten Farmacie-Huisartsenzorg

De samenwerking tussen huisartsen en apotheken voor goede farmaceutische patiëntenzorg staat nog steeds centraal. Veel stappen zijn al gezet, maar een aantal zaken vragen blijvend om aandacht. De administratieve lasten worden in gezamenlijkheid verminderd. Het Ontregel de zorg traject heeft ook invloed op de dagelijkse praktijk in de apotheek en de werkprocessen die lopen tussen de huisarts en de apotheek. Wij vragen u aandacht te besteden aan de onderwerpen waar u als huisarts invloed op uitoefent. De apotheek kan het werk alleen goed uitvoeren als de werkstroom en samenwerking tussen de voorschrijver en de apotheek die de geneesmiddelen verstrekt goed ingericht is. Het gaat dan om onder andere:

- Het aan de apotheek beschikbaar stellen aan van de benodigde laboratoriumuitslagen bij minimaal de 23 indicaties waarvoor dit verplicht is.
- Het aan laten sluiten van de voorschriften bij de landelijke prescriptie regeling is hier ook onderdeel van. Belangrijk aandachtspunt is dat geneesmiddelen ter behandeling van een chronische ziekte, indien inhoudelijk verantwoord en afgestemd met de patiënt, ook voor langer dan 3 maanden verstrekt mogen worden door apotheken. Via <https://www.knmp.nl/downloads/akkoord-afspraken-prescriptieregeling.pdf>

kunt u de landelijke prescriptie regeling raadplegen.

- Het uitvoeren, vastleggen en aanpassen van medicatie bij een medicatiebeoordeling voor de patiënten die deze op uw oordeel, of het oordeel van de apotheek, nodig hebben op basis van de richtlijn polyfarmacie bij ouderen. Als huisarts kunt u voor de werkzaamheden bij een medicatiebeoordeling een consult langer dan 20 minuten declareren.
- Indien patiënten gebruik maken van geneesmiddelen via een geïndividualiseerde distributievorm vragen wij u bij voorschrijven van nieuwe of gewijzigde medicatie (tijdelijk of chronisch) zoveel als mogelijk rekening te houden met de afleveringen van de weekterhandstellingen door de apotheek. Indien een patiënt een aantal dagen/weken kan wachten bij het aanpassen van de medicatie wordt met de eerst volgende nieuwe (meerweekse) rol de aanpassing pas doorgevoerd. Dit om onnodige spillage of risicovolle tussentijdse handmatige aanpassingen door de apotheek te voorkomen.

### **Doelmatig voorschrijven en Medische Noodzaak (MN) op het recept**

Huisartsen schrijven op stofnaam voor op basis van de richtlijnen voor de huisartsenzorg. In het geval van nieuwe medicatie en in het geval van ontslag uit de

tweede lijn, wordt er in beginsel altijd met een generiek geneesmiddel gestart. Indien na gebruik van een door de zorgverzekeraar aangewezen artikel preferente geneesmiddel, of het meest doelmatige geneesmiddel buiten het artikel preferentie assortiment om, objectief zowel door de voorschrijver als door de apotheekhoudende is vastgesteld dat dit middel medisch niet verantwoord is (MN op het recept), vergoedt de zorgverzekeraar het goedkoopste medisch verantwoord alternatief. De apotheker heeft vanuit de WGBO als specialist een eigen verantwoordelijkheid om uw voorschriften te beoordelen, ook op doelmatigheid en rechtmatigheid, ook indien u MN op een recept heeft aangegeven. Wij vragen de huisartsen bereikbaar en bereid te zijn met de apotheker in overleg te gaan over de voorgeschreven medicatie.

De huisarts legt de reden dat het preferente merk medisch niet verantwoord was (MN) vast in het patiëntendossier.



