

Zorgvereenkomst

Deel II - Algemeen Deel

Overeenkomst Huisartsenzorg 2021-2022



OHRA Direct
geregeld

N nationale
nederlanden

Inhoudsopgave

INFORMATIEKAART	3
DEEL II ALGEMEEN DEEL HUISARTSENZORG	4
DEEL II, BIJLAGE 1 LANDELIJKE UNIFORME DECLARATIEPARAGRAAF	13
DEEL II, BIJLAGE 2 VERRICHTINGEN, S3- EN OVERIGE PRESTATIES	19
DEEL II, BIJLAGE 3 STOPPEN MET ROKEN (SMR) BEGELEIDING IN DE HUISARTSENPRAKTIJK	20
DEEL II, BIJLAGE 4 VERLOSKUNDIGE ZORG	21
DEEL II, BIJLAGE 5 AANDACHTSPUNTEN FARMACIE-HUISARTSENZORG	22

Informatiekaart

- De landelijke uniforme bepalingen en de zorgverzekeraarspecifieke bepalingen zijn dit jaar per artikel samengevoegd om de leesbaarheid te vergroten.
- Het is vanaf 2020 voor zorgverzekeraars verplicht de uniforme declaratieparagraaf te gebruiken. Deze is voor alle zorgaandachtsgebieden van toepassing. Wijzigingen en/of onderdelen die specifiek zijn voor het betreffende zorgaandachtsgebied, zijn volgens uniforme, landelijke regels toegepast. Dit onderdeel is als aparte bijlage in Deel II opgenomen.
- CZ groep contracteert huisartsenzorg vanaf 2021 op praktijkniveau. Om de kwaliteit van zorg volgens wet- en regelgeving binnen de huisartsenpraktijken te kunnen borgen, zijn er een aantal lidnummers aan de artikelen toegevoegd.
- De zorgverzekeraarspecifieke bepalingen worden jaarlijks getoetst en waar nodig herzien op basis van wet- en regelgeving.
- Voor de in het buitenland gecontracteerde Huisartsenpraktijk dient daar waar verwezen wordt naar wet- en regelgeving, indien relevant, (ook) gelezen te worden de toepasselijke wet- en regelgeving van het land waarin de Huisartsenpraktijk gevestigd is en de Zorg wordt geleverd.

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.¹
- **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.
- **Huisartsenpraktijk:**
bedrijf dat bestaat uit een Huisarts of een samenwerkingsverband van meerdere Huisartsen en hun ondersteunend personeel en dat in het kader van deze overeenkomst verantwoordelijk is voor het organiseren en verlenen van Huisartsenzorg.
- **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.

¹ Zorgverzekeraars mogen een fraudeonderzoek starten als er een vermoeden bestaat van fraude. Zorgverzekeraars spreken van fraude als er sprake is van de volgende drie kenmerken: opzet (bewust handelen) én overtreden van een regel én (financieel) wederrechtelijk voordeel. De Nederlandse Zorgautoriteit houdt toezicht op hoe Zorgverzekeraars hun controlerende taak uitvoeren.

- **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.
- **Tarieven:**
de tussen de Zorgverzekeraar en Zorgaanbieder in Deel I van deze overeenkomst overeengekomen prijzen voor prestaties dan wel geheel van prestaties.
- **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 restitutie-aanspraak kan doen gelden (verzekerde Zorg).
- **Zorgaanbieder:**
de natuurlijke persoon, rechtspersoon, maatschap of personenvennootschap die deze overeenkomst is aangegaan en die tevens Huisarts kan zijn, dit conform het beleid van de individuele Zorgverzekeraar; tevens de Zorgaanbieder als bedoeld in rubriek B van deel I (individueel deel) van deze overeenkomst.
- **Zorgverzekeraar:**
de Zorgverzekeraar als bedoeld onder A van deel I (individueel deel) van deze overeenkomst.

Artikel 2. Zorgverlening

Landelijke uniforme bepalingen

1. De Zorgaanbieder levert Huisartsenzorg aan de Verzekerden van de Zorgverzekeraar.
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.
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.
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.

5. Indien een Zorgaanbieder Zorg in rekening brengt bij de Zorgverzekeraar waarvoor een bijzondere bekwaamheid nodig is, dient de zorgverlener die de Zorg feitelijk zal verlenen te voldoen aan de door de beroepsgroep gestelde voorwaarden waaronder de inschrijving in de specifieke registers.
6. De Zorgaanbieder vervult zijn poortwachtersrol met inachtneming van de uitgangspunten genoemd in dit artikel.
7. De Zorgaanbieder verleent de Zorg in een adequaat ingerichte en geoutilleerde praktijkruimte die voor de patiënt goed bereikbaar en toegankelijk is.
8. De Zorgaanbieder is bereikbaar en beschikbaar conform de vigerende richtlijnen van de beroepsgroep.
9. De Zorgaanbieder beschikt over een klachtenprocedure en hanteert daartoe een reglement voor klachtbehandeling dat voldoet aan de wettelijke eisen.

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

10. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de geleverde Zorg, ook indien deze Zorg door de Zorgaanbieder ingeschakeld ondersteunend personeel wordt verleend. Dit houdt onder meer in dat de Zorgaanbieder gehouden is beroepsbeoefenaren en personeel die in de praktijk van de huisarts Zorg verlenen te controleren op bevoegdheid en bekwaamheid en indien nodig te zorgen voor de noodzakelijke bijscholing.

Artikel 3. Continuïteit van zorg

Landelijke uniforme bepalingen

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.
2. Om de continuïteit van de Zorg te waarborgen zorgt de Zorgaanbieder ook voor waarneming in geval van afwezigheid buiten ANW-uren.
3. De Zorgaanbieder is bevoegd zich bij afwezigheid, als bedoeld in lid 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.
4. Bij het einde van zijn praktijk spant de Zorgaanbieder zich in om de bij hem ingeschreven patiënten aan een opvolger over te dragen.
5. Behoudens overmacht informeert de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar zo snel mogelijk, doch uiterlijk 6 maanden voor de beëindiging van zijn praktijk over de voorgenomen beëindiging.
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.

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

7. Als ondersteunend personeel (zoals POH-GGZ, POH-S, praktijkmanager) waarvoor de Zorgaanbieder een vergoeding ontvangt tijdelijk of blijvend geen werkzaamheden meer uitoefent en het niet lukt deze te vervangen, meldt de Zorgaanbieder dit binnen twee maanden bij de Zorgverzekeraar.

Artikel 4. Informatievoorziening en gegevensbeheer

Landelijke uniforme bepalingen

Informatievoorziening aan de patiënt

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 (voor zover van toepassing) - en wachttijden.
2. Bij de inschrijving op naam informeert de Zorgaanbieder de patiënt mondeling en/of schriftelijk over de werkwijze, klachtenregeling en openingstijden.
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. 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.

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

5. De Zorgaanbieder spant zich in om medische informatie zoveel mogelijk op elektronische wijze uit te wisselen, bij voorkeur door gebruik te maken van het Landelijk Schakelpunt (LSP). Het onderling uitwisselen van recepten en verwijzingen dient conform gemaakte afspraken in de keten plaats te vinden.
6. De Zorgaanbieder spant zich in om het programma OPEN te implementeren, voor het ontsluiten van patiëntgegevens voor patiënten waarbij inzicht in de eigen medische gegevens hen kan helpen in de omgang met hun eigen gezondheid.

Landelijke uniforme bepalingen

Praktijk- en patiëntenregistratie

7. 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.
8. De Zorgaanbieder zorgt voor de registratie van zijn patiënten in de landelijke ION-database (www.inschrijvingopnaam.nl).

Landelijke uniforme bepalingen

Privacy en dossiervorming

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

Artikel 5. Machtigingen

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

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. 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 6. Controle

Landelijke uniforme bepalingen

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

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

3. De Zorgverzekeraar kan een controle uitoefenen ten aanzien van de uitvoering van deze overeenkomst door de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder dient hier zijn medewerking aan te verlenen. De Zorgverzekeraar kan de controle uitvoeren al dan niet naar aanleiding van een vermoeden van niet (juiste) nakoming van de in onderhavige overeenkomst opgenomen verplichtingen door de Zorgaanbieder. De Zorgverzekeraar meldt schriftelijk een voorgenomen controle bij de Zorgaanbieder ten minste 14 dagen voor het tijdstip dat de controle zal plaatsvinden, tenzij er reden is van die termijn af te wijken.
4. Afhankelijk van de ernst en zwaarte van het geconstateerde feit kan de Zorgverzekeraar bij controle één of meer van de volgende, niet limitatieve, maatregelen nemen:
 - a) het opleggen van een waarschuwing;
 - b) het vastleggen van een verbeterafpraak;
 - c) de controletermijn verlengen met een maximum van vijf jaar;
 - d) het terugvorderen van ten onrechte uitgekeerde betalingen.

Artikel 7. Fraude

Landelijke uniforme bepalingen

1. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitvoering van Fraudeonderzoek het bepaalde bij of krachtens de AVG, de Zvw en de Rzv in acht.
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.

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

3. In geval van fraude kan de Zorgverzekeraar naar eigen keuze in ieder geval een of meerdere van de hierna beschreven maatregelen treffen:
 - a) de ten onrechte uitgekeerde betalingen en gemaakte onderzoekskosten terugvorderen;
 - b) deze overeenkomst met onmiddellijke ingang beëindigen;

- c) registratie van fraude doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
- d) een klacht indienen bij een tuchtrechtelijke instantie waar de Zorgaanbieder onder valt;
- e) melding c.q. aangifte doen bij enige opsporingsdienst en/of het Openbaar Ministerie.

Artikel 8. Wijzigingen in de overeenkomst

Landelijke uniforme bepalingen

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.
2. Wijzigingen in de overeenkomst kunnen uitsluitend worden aangebracht met wederzijds goedvinden.

Artikel 9. Geschillen

Landelijke uniforme bepalingen

1. In geval van een geschil tussen partijen zal worden getracht dit eerst in onderling overleg op te lossen.
2. Een geschil is aanwezig zodra een van de partijen dit schriftelijk aan de andere partij kenbaar maakt.
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.

Artikel 10. Verzekering en vrijwaring

Landelijke uniforme bepalingen

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.

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

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.

Artikel 11. Duur en einde van de overeenkomst

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

1. De overeenkomst treedt in werking en eindigt op de in Deel I onder D genoemde data.
2. De overeenkomst eindigt tussentijds en zonder dat schriftelijke opzegging is vereist:
 - a) met wederzijds goedvinden;
 - b) indien de Zorgaanbieder een instelling is in de zin van de WTZi: indien de toelating van de Zorgaanbieder op grond van de WTZi is ingetrokken of indien de Zorgaanbieder niet langer voldoet aan de vereisten zoals gesteld in de WTZi;
 - c) indien de zorgaanbieder een instelling is in de zin van de Wtza: indien de Zorgaanbieder niet langer voldoet aan de vereisten zoals gesteld in de Wtza.

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 Wet schuldsanering natuurlijke personen (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 een maatregel is opgelegd die gevolgen heeft voor de uitvoering van deze overeenkomst of 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 artikel 1 van deze overeenkomst;
 - l) door de Zorgverzekeraar als aan de Huisartsenpraktijk geen BIG-geregistreerde Huisarts is verbonden. Indien de Zorgaanbieder deze situatie aan ziet komen, neemt de Zorgaanbieder maatregelen om onmiddellijk een Huisarts te werven en waarschuwt hij de Zorgverzekeraar onverwijld.
4. De Zorgverzekeraar is bij beëindiging van deze overeenkomst op grond van een van de situaties zoals genoemd in lid 2 en 3 van dit artikel geen schadevergoeding uit welke hoofde dan ook aan de Zorgaanbieder verschuldigd.
5. De opzegging van de overeenkomst, alsmede de eventueel daaraan voorafgaande ingebrekestelling, geschiedt schriftelijk aan de wederpartij.
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.
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.

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 12. Hoofdelijke aansprakelijkheid

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

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.
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 13. Slotbepalingen

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

1. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om een overeenkomst die is voorzien van doorhalingen en/of mededelingen van de Zorgaanbieder, van welke aard dan ook, als ongeldig te beschouwen. In dat geval zal de Zorgverzekeraar de Zorgaanbieder eenmalig de overeenkomst alsnog toezenden en in de gelegenheid stellen binnen een termijn van drie weken door ondertekening en terugzending aan de Zorgverzekeraar de overeenkomst alsnog tot stand te brengen.
2. Als wettelijke wijzigingen aanpassing van deze overeenkomst noodzakelijk maken, treden partijen zo snel mogelijk met elkaar in overleg om de bepalingen die gewijzigd moeten worden aan te passen. Dit met inachtneming van de oorspronkelijke bedoeling van partijen. Indien er geen overeenstemming wordt bereikt, kan elk der partijen de overeenkomst met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden ontbinden. Tussenkost van de rechter is hier niet noodzakelijk.
3. 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.
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.

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.
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.

Deze declaratieparagraaf beschrijft hieronder de volgende onderwerpen:

- Artikel 1 Algemeen
- Artikel 2 Controle verzekeringsrecht
- Artikel 3 Declareren
- Artikel 4 Declareren via derden (voor zover van toepassing)
- Artikel 5 Herdeclaraties en correcties
- Artikel 6 Betaling
- Artikel 7 Retourinformatie
- Artikel 8 Beheer en onderhoud gegevens in AGB en UZOVI

Artikel 1. Algemeen

1. Wetgeving, regelgeving (beleidsregels en andere regels), landelijke richtlijnen en overige bilateraal overeengekomen afspraken zijn altijd leidend.
2. De declaratieparagraaf geldt voor:
 - a. het declaratieproces en onderwerpen die daarmee samenhangen, en
 - b. declaraties betrekking hebbende op Zorg, zoals omschreven in de overeenkomst en zoals is verleend aan de Verzekerden van de Zorgverzekeraar.
3. Deze declaratieparagraaf is niet van toepassing op afspraken onder de NZa beleidsregel innovatie, tenzij specifiek afgesproken bij die afspraken onder de beleidsregel innovatie.
4. De declaratieparagraaf is een bijlage bij de individuele zorgovereenkomst tussen de Zorgverzekeraar en de Zorgaanbieder en vormt hiermee één geheel.
5. Het is uitsluitend toegestaan te declareren bij de Zorgverzekeraar dan wel de Verzekerde namens Zorgaanbieder die in de overeenkomst genoemd wordt.

Artikel 2. Controle verzekeringsrecht en BSN

1. De Zorgverzekeraar stelt elke werkdag geactualiseerde gegevens van zijn Verzekerden beschikbaar voor controle op verzekeringsrecht (COV) via VECOZO.
2. De Zorgaanbieder stelt vast dat de patiënt dezelfde persoon is als uit diens legitimatiebewijs blijkt.
3. De Zorgaanbieder controleert het verzekeringsrecht van de patiënt via COV vóór:
 - a. aanvang aanschrijven c.q. behandeling en voor;
 - b. inzending declaratie.Uitzondering hierop geldt bij een acute situatie. In voorkomende gevallen dient dit door de Zorgaanbieder aangetoond te worden.
4. Een COV-bericht via VECOZO dient in overeenstemming te zijn met de meest recente vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is.
5. Door de beschikbaarheid van COV is het slechts mogelijk om in uitzonderlijke situaties gegevens over verzekeringsrecht of Burgerservicenummer (BSN) van een patiënt telefonisch bij de Zorgverzekeraar op te vragen, een en ander overeenkomstig vigerende privacywetgeving.
6. Bij twijfel over de identiteit van de patiënt of wanneer er gerichte aanwijzingen zijn voor fraude, wordt door de Zorgaanbieder een melding gedaan bij de afdeling fraude van de Zorgverzekeraar.

Artikel 3. Declareren

1. Een declaratie dient in overeenstemming te zijn met de vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen Zorg.

2. De Zorgaanbieder declareert de in het kader van de op grond van deze overeenkomst verleende Zorg zonder tussenkomst van de Verzekerde bij de Zorgverzekeraar met uitzondering van de prestaties die zijn opgenomen in bijlage A.1 Uitzonderde prestaties.
3. Declaraties worden door de Zorgaanbieder via VECOZO digitaal aangeleverd bij de Zorgverzekeraar.
4. De Zorgaanbieder hanteert bij declaratie de UZOVI-code(s) zoals die zijn opgenomen in bijlage A.2 UZOVI-code(s).
5. De Zorgaanbieder levert **per kwartaal voor de inschrijftarieven en maandelijks voor de verrichtingen** de initiële declaraties in leesbare en onbeschadigde staat aan. Indien het declaratiebestand niet leesbaar of beschadigd is, wordt het declaratiebestand afgewezen en is de Zorgaanbieder gehouden zo snel mogelijk een nieuw declaratiebestand aan te leveren.
6. Alleen declaraties die (deels) zijn afgewezen omdat die niet onder de dekking van de verzekering van de Verzekerde vallen, kunnen door de Zorgaanbieder aan de Verzekerde worden voorgelegd. In dat geval voegt de Zorgaanbieder duidelijk op of bij de nota een tekst met onderstaande strekking toe: **“Deze nota is door [NAAM Zorgaanbieder] rechtstreeks ingediend bij uw Zorgverzekeraar. Voor zover u recht heeft op een vergoeding van – het deel – Verzekerde zorg is dat door uw zorgverzekeraar al aan [NAAM Zorgaanbieder] betaald. Het resterende niet voor vergoeding in aanmerking komende bedrag à € [BEDRAG te voldoen] dient u zelf aan [NAAM Zorgaanbieder] te betalen. Stuurt u deze nota dus niet door aan uw zorgverzekeraar”**.
 Alle Zorg die, op basis van de informatie waarover de Zorgaanbieder redelijkerwijs kan beschikken, niet onder de dekking van de verzekering van de Verzekerde valt, kan door de Zorgaanbieder ten laste aan de Verzekerde worden voorgelegd. Dit geldt eveneens voor (deels) afgewezen declaraties. De Zorgaanbieder informeert de patiënt/Verzekerde voorafgaand aan de behandeling-voor zover hij redelijkerwijs over de informatie beschikt - indien een behandeling niet, of niet volledig, voor vergoeding in aanmerking komt op grond van de verzekering. Het voorgaande laat onverlet dat de Zorgaanbieder in ieder geval de patiënt/Verzekerde zal informeren omtrent de vergoeding voor wat betreft de zorgverzekering.
7. Alleen indien er expliciete afspraken zijn gemaakt tussen Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar kan er in uitzonderlijke gevallen een papieren declaratiebericht verstuurd worden. Een papieren declaratiebericht (ook een nota aan de Verzekerde) bevat tenminste een aantal gegevenselementen. Deze moeten voldoen aan de Nadere Regels die de NZa aan de informatieverplichting bij factureren stelt.
8. De Zorgaanbieder declareert ten opzichte van de einddatum van de prestatie **honderd procent binnen twaalf maanden** bij de Zorgverzekeraar.
9. Indien door overmacht de termijn, zoals bedoeld in dit artikel, niet gehaald wordt neemt de Zorgaanbieder contact op met de Zorgverzekeraar met de intentie om alsnog de betreffende declaratie(s) zowel administratief als financieel juist af te handelen. De partij die zich op overmacht beroept moet dat aantonen.
10. De afhandeling van declaratieregels wordt door de Zorgverzekeraar uitgevoerd volgens het principe dat de Zorgverzekeraar foutief aangeleverde regels niet corrigeert en daarom niet verwerkt en/of (gedeeltelijk) uitbetaalt. Bij regelmatige foutieve aanlevering, dan wel hoge uitvalpercentages, neemt de Zorgverzekeraar contact op met de Zorgaanbieder.
11. Indien de Zorgaanbieder een machtiging heeft aangevraagd en verkregen via het zogenoemde machtigingenportaal van VECOZO, vult de Zorgaanbieder bij het declareren het door de Zorgverzekeraar afgegeven machtigingsnummer (en dus niet het VECOZO machtiging-ID) in.

Toevoeging Zorgverzekeraar

12. De Zorgverzekeraar controleert de declaraties van het inschrijftarief aan de hand van de registratie in de landelijke ION-database. Declaraties voor Verzekerden die niet op naam staan ingeschreven in deze database worden aan de eerst declarerende Zorgaanbieder uitbetaald.
13. De Zorgaanbieder die ten onrechte het inschrijftarief krijgt afgewezen omdat dit reeds aan een andere zorgaanbieder is uitbetaald, kan de afwijzing betwisten. De Zorgaanbieder dient hiervoor binnen 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.

14. 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.
15. De Zorgaanbieder vergewist zich ervan dat geen zorg bij de Zorgverzekeraar gedeclareerd wordt als bedoeld in artikel 3.1.1. Wlz.
16. 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.

Artikel 4. Declareren via derden (voor zover van toepassing)

1. Alle bepalingen uit deze declaratieparagraaf zijn onverminderd van toepassing op declaraties via derden. Met derden wordt bedoeld partijen die zich met een AGB-code in het veld als servicebureau identificeren in het voorlooprecord van het declaratiebericht.
2. De Zorgaanbieder is vrij de gehele declaratieprocedure aan een derde partij uit te besteden (ongeacht de wijze waarop). De Zorgaanbieder is er verantwoordelijk voor dat de Zorgverzekeraar formeel en schriftelijk wordt geïnformeerd dat:
 - a. de declaratiewerkzaamheden zijn uitbesteed aan een derde en welke derde;
 - b. en hiermee samenhangend aan wie in het vervolg betaald moet worden.Dit dient tenminste 14 kalenderdagen voorafgaand aan de eerste verzending van de declaratie bij de Zorgverzekeraar bekend te zijn gemaakt.
3. Beëindiging of wijziging van de hiervoor genoemde uitbesteding dient door de Zorgaanbieder zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen de gestelde betaaltermijn, schriftelijk bij de Zorgverzekeraar bekend gemaakt te zijn.
4. De Zorgaanbieder is er tevens verantwoordelijk voor dat de derde gemachtigde de bepalingen uit deze declaratieparagraaf onverkort naleeft. Indien dit onverhoopt niet gebeurt, dan kan de Zorgverzekeraar hier niet aansprakelijk voor worden gesteld.
5. Indien de Zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteedt aan een derde, blijft de Zorgaanbieder te allen tijde zelf volledig verantwoordelijk en aansprakelijk voor naleving van verplichtingen die uit de overeenkomst voortvloeien, ongeacht wat tussen de Zorgaanbieder en de derde partij is overeengekomen. De Zorgaanbieder vrijwaart de Zorgverzekeraar voor het niet of niet juist naleven door een gemachtigde van de bepalingen uit deze declaratieparagraaf.
6. Betaling door de Zorgverzekeraar aan een derde op schriftelijk verzoek en/of met schriftelijke instemming van de Zorgaanbieder, geldt als een bevrijdende betaling aan de Zorgaanbieder.

Artikel 5. Herdeclaraties en correcties

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat herdeclaraties/correcties, ten gevolge van eerdere afwijzingen, **conform lid 6** na beschikbaarstelling van de retourinformatie op VECOZO opnieuw worden gedeclareerd.
2. Correcties op declaraties die eerder zijn aangeboden aan en zijn betaald door de Zorgverzekeraar, worden door de Zorgaanbieder door middel van crediteringen via de externe integratie standaard aangeboden.
3. De Zorgverzekeraar is gerechtigd om een uitbetaalde declaratie bij de Zorgaanbieder terug te vorderen indien er sprake is van:
 - ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties;
 - incorrecte tarieven;
 - fraude;
 - dubbel uitbetaalde declaraties.

4. De Zorgverzekeraar stelt de Zorgaanbieder of de derde partij op de hoogte van de door hem geconstateerde ten onrechte of foutief uitbetaalde declaratie(s) ten gevolge van achterafcontroles en de wijze waarop zij de terugvordering voornemens is uit te voeren. Indien de Zorgaanbieder de terugvordering betwist, heeft hij **achtentwintig** kalenderdagen de tijd om de declaratie te motiveren alvorens de Zorgverzekeraar de terugvordering ten uitvoer zal brengen. Indien de (eventueel gedeeltelijke) onrechtmatigheid van de terugvordering is aangetoond, vervalt de vordering (gedeeltelijk).
5. De Zorgaanbieder stelt de Zorgverzekeraar op de hoogte van het intrekken van een factuur met betrekking tot een restitutenota.

Toevoeging Zorgverzekeraar

6. In afwijking van lid 1 geldt het volgende: De Zorgaanbieder herdeclareert/corrigeert ten gevolge van eerdere afwijzingen ten opzichte van de einddatum van de prestatie binnen twaalf maanden bij de Zorgverzekeraar.

Artikel 6. Betaling

1. De Zorgaanbieder informeert de patiënt/Verzekerde voor aanvang behandeling indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat de Verzekerde, op basis van de informatie waarover de Zorgaanbieder redelijkerwijs kan beschikken, mogelijk geen recht op vergoeding heeft op grond van zijn verzekering. Het voorgaande laat onverlet dat de Zorgaanbieder in ieder geval de patiënt/Verzekerde zal informeren omtrent de vergoeding voor wat betreft de zorgverzekering.
2. Indien een zorgovereenkomst is gesloten, vindt uitsluitend betaling van Zorg plaats tegen de in de zorgovereenkomst overeengekomen en/of de wettelijke tarieven waarvoor de Verzekerde bij de Zorgverzekeraar is verzekerd.
3. De Zorgverzekeraar betaalt de goedgekeurde regels van de ingediende declaratie aan de Zorgaanbieder op het door de Zorgaanbieder vooraf aangegeven IBAN. Voor zover de Zorgverzekeraar betalingen verricht, geldt, indien en voor zover van toepassing, dat deze altijd zijn gedaan inclusief btw.
4. Bij digitale declaraties hanteert de Zorgverzekeraar voor de betaalbaarstelling ten opzichte van de datum ontvangst factuur een betaaltermijn van **vijftien** kalenderdagen mits de declaraties zijn ontvangen binnen de overeengekomen declaratietermijn.
5. Declaraties die meer dan **twaalf maanden** na behandeldatum/behandeltraject worden ingediend, komen niet meer voor vergoeding in aanmerking.
6. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat de Verzekerde een eigen risico heeft, zal de Zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag conform overeenkomst uitbetalen en volledig aan de Zorgaanbieder vergoeden conform bijlage A.3 (Betaalafspraken).
7. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat er sprake is van een door de Verzekerde te betalen eigen bijdrage, dan zal de Zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag geheel/gedeeltelijk/niet aan de Zorgaanbieder vergoeden, conform bijlage A.3 (Betaalafspraken).
8. Indien de Zorgverzekeraar bij een door de Zorgaanbieder correct ingediende declaratie niet binnen de overeengekomen betaaltermijnen kan vergoeden, dan gaat de Zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk over tot een voorlopige betaling in de vorm van een voorschot ter hoogte van **100%** van het gedeclareerde bedrag.
9. Als achteraf blijkt dat de Zorgverzekeraar met het voorschot teveel heeft betaald, verrekenet de Zorgverzekeraar het teveel betaalde met de volgende betaling(en). De Zorgverzekeraar verstrekt in dit geval, binnen de overeengekomen betaaltermijn, een duidelijke verreken- of betaalspecificatie.
10. Bij surseance van betaling en/of een – naderend – faillissement worden uitstaande voorschotten aan de Zorgaanbieder direct verrekend met nog openstaande ingediende en/of in te dienen declaraties.

Toevoeging Zorgverzekeraar

11. 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 (inclusief doorberekeningen van de wettelijke rente).
12. Indien onder de Zorgverzekeraar beslag wordt gelegd ter verzekering van de rechten van een schuldeiser van de Zorgaanbieder, kunnen de extra kosten die de Zorgverzekeraar hier voor moet maken volledig voor rekening van de Zorgaanbieder worden gebracht.

Artikel 7. Retourinformatie

1. Ieder retourbericht dient in overeenstemming te zijn met de vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen zorg.
2. Indien een declaratie niet voldoet aan de specificaties van de externe integratie standaard, informeert de Zorgverzekeraar (door middel van de retourinformatie via VECOZO) de Zorgaanbieder hier zo spoedig mogelijk over.
3. De Zorgverzekeraar stelt conform de eisen van de externe integratie standaard de retourinformatie beschikbaar volgens dezelfde versie van de standaard als waarmee het declaratiebericht is verzonden.
4. De Zorgverzekeraar stelt de retourinformatie met betrekking tot via VECOZO ingediende declaraties binnen de overeengekomen betaaltermijn, uiterlijk binnen **vijftien** kalenderdagen, beschikbaar via VECOZO. Tenzij sprake is van een voorlopige betaling in de vorm van een voorschot.

Artikel 8. Beheer en onderhoud gegevens in AGB en UZOVI

1. Het AGB-register van Vektis baseert zich mede op authentieke bronnen. Om problemen met of bij het declareren te voorkomen, is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor het actueel houden van de door en over hem geregistreerde gegevens in AGB.
2. De Zorgaanbieder dient ervoor zorg te dragen dat de gegevens van de bij hem werkzame zorgverleners die voldoen aan de AGB eisen, actueel in AGB vastgelegd zijn. Daarbij in acht nemen dat bij een onderneming/vestiging altijd een bevoegde zorgverlener gekoppeld moet zijn en een zorgverlener ook altijd gekoppeld moet zijn aan een onderneming/vestiging. Ingeval er sprake is van beëindiging van het beroep of bij het aangaan van een nieuwe relatie met een onderneming/vestiging dient dit zo spoedig mogelijk te worden gemeld bij AGB.
3. De Zorgaanbieder dient mutaties van AGB-gegevens zo snel mogelijk door te geven aan AGB (zie hiervoor www.AGBCODE.nl) of te wijzigen via www.vecozo.nl (indien men beschikt over een VECOZO certificaat).
4. De Zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het actueel houden van zijn gegevens behorende bij UZOVI-nummers en zijn raadpleegbaar via UZOVI-register van Vektis.
5. Indien de Zorgverzekeraar wijzigingen in zijn gegevens behorende bij UZOVI-nummers doorvoeren die consequenties hebben voor de Zorgaanbieder, stelt hij de Zorgaanbieder hiervan tijdig én schriftelijk op de hoogte.

Bijlage A: Specifieke afspraken

A.1: Uitgezonderde prestaties

Onderstaande prestaties dienen niet rechtstreeks bij de Zorgverzekeraar te worden gedeclareerd:

Prestatiecode/Declaratiecode	Omschrijving/toelichting
13039	Reizigersadvisering
13040	Sterilisatie man

A.2: UZOVI-code

Overzicht code UZOVI die gehanteerd moeten worden in de declaraties.

UZOVI-code	UZOVI-naam
9664	Centrale Verwerkingseenheid CZ: CZ, Nationale-Nederlanden en OHRA

A.3: Betaalafspraken

Betaalafspraken gelden per code UZOVI, voor alle prestaties en/of op prestatieniveau. Mogelijke betaalafspraken zijn (combinaties zijn mogelijk):

Soorten eigen betalingen	Overname incassoprocedure	Overname Incassorisico	Aanvullend Clausules
Eigen risico	Ja	Ja	Nee
Eigen bijdrage (co-payment)	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
Boven maximale vergoeding (co-insurance)	Ja	Ja	Nee
OnVerzekerde zorg	Nee	Nee	Nee

CZ groep publiceert jaarlijks de tarieven voor de verrichtingen, S3- en overige prestaties via www.cz.nl/huisarts onder Overeenkomst. De Excel Tarievenlijst is te gebruiken voor het vullen van de tarieven in het HIS en het pdf is een printvriendelijke versie. Wij adviseren u deze lijsten jaarlijks te downloaden. De prestaties die hierin niet zijn opgenomen, maken geen deel uit van deze overeenkomst.

Voor de inhoud van de verrichtingen verwijzen wij u naar de vigerende [NZa-beleidsregel](#).

Voor de inhoud van de S3- en overige prestaties verwijzen wij u naar het boekje 'Voorwaarden S3- en overige prestaties 2021-2022' en het beleidsdocument POH-GGZ 2021-2022 op www.cz.nl/huisarts onder Downloads.

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 geaccrediteerde² 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).

Declareren van individuele stoppen met roken begeleiding

De gedragsmatige ondersteuning kan na afloop rechtstreeks worden gedeclareerd. De verrichtingscode is **12850**. Voor het tarief verwijzen wij naar de tarievenlijst van het desbetreffende kalenderjaar op www.cz.nl/huisarts onder Overeenkomst. 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. Het eigen risico is hierop niet van toepassing.

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.

Farmacologische ondersteuning bij alle vormen van stoppen met roken begeleiding

Bij individuele begeleiding in de Huisartsenpraktijk 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> staat hierover meer informatie. Gaat de patiënt naar de eigen apotheek, dan moet de patiënt (een deel van) de medicatie zelf betalen.

Bij alle vormen van begeleiding bij het stoppen met roken kan een arts geneesmiddelen voorschrijven. Ook bij korte stopadviezen kan 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.

² Accreditatie van stoppen-met-rokenbegeleiding gebeurt door Partnership Stop met Roken (www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl).

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 NZa-beleidsregel huisartsenzorg zijn geen prestaties en tarieven opgenomen voor verloskundige zorg. Indien er verloskundige zorg wordt verleend, kunnen hiervoor de prestaties en tarieven uit de vigerende [NZa-beleidsregel Verloskunde](#) gedeclareerd worden.

De samenwerking tussen Huisartsen en apotheken voor goede farmaceutische patiëntenzorg staat centraal. Er zijn al veel stappen 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. De Zorgverzekeraar vraagt Huisartsen aandacht te besteden aan de onderwerpen waarop zij als poortwachter van de zorg invloed op uitoefenen. 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. De Zorgverzekeraar verwacht van de Huisarts onder andere het volgende::

- Het aan de apotheek beschikbaar stellen van de benodigde laboratoriumuitslagen bij tenminste de 23 indicaties waarvoor dit verplicht is.
- Het aan laten sluiten van de voorschriften bij de landelijke prescriptieregeling. 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> is de landelijke prescriptie regeling te raadplegen.
- Het uitvoeren, vastleggen en aanpassen van medicatie bij een medicatiebeoordeling voor de patiënten die deze naar oordeel van de Huisarts, of het oordeel van de apotheek, nodig hebben op basis van de richtlijn polyfarmacie bij ouderen. Voor werkzaamheden door de Huisarts bij een medicatiebeoordeling kan een consult langer dan 20 minuten worden gedeclareerd.
- Indien patiënten gebruik maken van geneesmiddelen via een geïndividualiseerde distributievorm vraagt de Zorgverzekeraar 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.

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 preferent geneesmiddel, of het meest doelmatige geneesmiddel buiten het 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 voorschriften te beoordelen, ook op doelmatigheid en rechtmatigheid, ook indien MN op een recept is aangegeven. De Zorgverzekeraar vraagt 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 is (MN) vast in het patiëntendossier.

Doelmatig voorschrijven

In 2021 gaat de Zorgverzekeraar verder met het beleid om naast generieke geneesmiddelen ook afspraken te maken over biosimilars en complexe moleculen. Dit is nodig om de kostenstijging op extramurale geneesmiddelen af te remmen en zo ook nieuwe therapieën nu en in de toekomst te kunnen blijven vergoeden. Bij de omzetting van een biological naar een biosimilar is, in tegenstelling tot bij generieke geneesmiddelen, een recept van de Huisarts nodig. De Zorgverzekeraar gaat er vanuit dat zorgverleners zijn preferentiebeleid op biosimilars en complexe moleculen actief zullen ondersteunen. Op deze manier houden we samen de zorg betaalbaar.



Zorg die verder gaat