

Overeenkomst

-

vrijgevestigd huisarts

2013

Inhoudsopgave

Toelichting bij de overeenkomst Vrijgevestigd huisarts 2013.....	3
DEEL II: ALGEMEEN DEEL OVEREENKOMST HUISARTSENZORG.....	9
DEEL III VERLOSKUNDIGE HULP	19
DEEL IV OVEREENKOMST PRAKTIJKONDERSTEUNING GGZ	21
Deel I, bijlage 1: Tarieven.....	25
Deel I, bijlage 2: Postcodes achterstandswijken	25
Deel II, bijlage 1: M&I Verrichtingen	26
Deel II, bijlage 2: M&I Modules.....	36
Deel II, bijlage 3: Controleplan CZ/ Delta Lloyd/ OHRA	49
Deel II, bijlage 4: Aandachtspunten Farmacie-Huisartsenzorg.....	51

Toelichting bij de overeenkomst Vrijgevestigd huisarts 2013

Voor u ligt de overeenkomst vrijgevestigd huisarts voor de periode van 1 januari 2013 tot en met 31 december 2013. In deze toelichting wordt u geïnformeerd over belangrijke ontwikkelingen die voor u van toepassing (kunnen) zijn. Tevens worden de belangrijkste wijzigingen in de overeenkomst en het inkoopbeleid ten opzichte van 2012 toegelicht.

Zorg

1. Stoppen met roken

De verwachting is dat de NZa de prestatiebeschrijving hiervoor eind december gereed heeft. Indien mogelijk zullen wij u eind dit jaar verder informeren over de mogelijkheden en voorwaarden rondom de stoppen met roken zorg.

2. Vergoeding verbruiksmaterialen

Het tarief voor het verbruiksmateriaal blaaskatheter is aangepast. Het betreft een verhoging van € 2,50 naar € 7,50.

3. M&I modules

- **POH-S**

CZ heeft vanaf 1 januari 2012 een nieuwe financieringssysteem geïntroduceerd voor de praktijkondersteuner somatiek. Voor de overeenkomst 2013 zijn er een aantal wijzigingen in deze financiering doorgevoerd:

- de tarieven binnen de module POH-S, zijn conform de CAO huisartsenzorg, omhoog gegaan.
- de financiering van de diabetisch melitus maakt met ingang van 1 januari 2013 geen onderdeel meer uit van de financiering voor de POH-S.
- de financiering van de VRM is aangepast.

De financiering van de VRM is aangepast, omdat CZ de VRM niet meer volledig inkoop bij de zorggroepen. De primaire preventie binnen de VRM koopt CZ alleen nog maar in via de huisartsenovereenkomst. Hiervoor is een apart tarief opgenomen in de module POH-S. Indien u dit zorgprogramma uitvoert in uw praktijk, kunt u hiervoor financiering aanvragen. Daarnaast kunnen huisartsen, die het zorgprogramma VRM niet uitvoeren via de zorggroep, de VRM secundaire preventie aanvragen via de module POH-S. De vergoeding VRM 33%, 66% en 100% vervalt hiermee. *De huisartsen, die in 2012 VRM financiering via de module POH-S hebben aangevraagd, ontvangen hierover nog een aparte brief.*

Indien er geen wijzigingen in uw praktijk hebben plaatsgevonden op het gebied van POH-S, dan loopt de financiering in 2013 automatisch door. U ontvangt dan van CZ een brief met daarin het tarief voor 2013. Hierin verwerken wij automatisch het verhoogde tarief voor 2013.

Indien er wel wijzigingen hebben plaatsgevonden op het gebied van de POH-S, dan dient u vóór 1 december 2012 een wijzigingsformulier op te sturen. Dit formulier kunt u vinden op de website voor zorgverleners van CZ.

- **POH-GGZ**

Met ingang van 1 januari 2013 wordt de POH GGZ regeling verruimd. De huidige norminzet van 4,5 uur POH GGZ per week per 2350 patiënten wordt verhoogd naar 9 uur per week per 2350 patiënten. Deze wijziging is pas recent bekend gemaakt. CZ zal u hierover verder informeren en het beleid POH GGZ 2013 publiceren. In het beleidsdocument zal CZ ook aangeven welke voorwaarden CZ stelt om in aanmerking te komen voor uitbreiding van het aantal (in 2012) gecontracteerde uren POH GGZ.

- *Module ouderenzorg*

De module ouderenzorg maakt sinds 2010 onderdeel uit van de huisartsenovereenkomst. In de doorontwikkeling van deze module zijn er vanaf 1 januari 2013 twee uitbreidingsmogelijkheden:

A. ICT-Tool (digitaal portaal/netwerk): Huisartsen die gebruik maken van ICT ondersteuning (digitaal portaal/netwerk) om de communicatie en samenwerking tussen eerstelijns hulpverleners te verbeteren, kunnen in aanmerking komen voor een opslag.

B. Ouderenmodule Transmuraal: Deze uitbreiding is bedoeld voor huisartsen die samenwerken met ziekenhuizen waar de zorg voor kwetsbare ouderen met risico op functieverlies extra aandacht krijgt. <http://www.cz.nl/zorgaanbieder/huisartsenzorg/huisarts-en-gezondheidscentrum/beleid>.

Het gaat om kwetsbare ouderen die, al dan niet acuut, in het ziekenhuis worden opgenomen en risico lopen op functieverlies.

Voor de ouderenmodule Transmuraal worden extra interventies van de huisartsenpraktijk verwacht zowel voor opname als de eerste weken tot maanden direct na opname. Dit om functieverlies (achteruitgang in ADL) en heropnames te voorkomen.

- *Module ZorgDomein*

De nieuwe module ZorgDomein ondersteunt de implementatie/ invoering van het digitale verwijzingsproces tussen de eerste- en tweedelijnszorg met een internetgebaseerde verwijzingsapplicatie en slaat daarmee een brug tussen de huisarts en het ziekenhuis. Deze module maakt voor het jaar 2013 en 2014 onderdeel uit van de individuele huisartsenovereenkomst; er kan echter maar **1 jaar** gebruik worden gemaakt van de financiering van ZorgDomein via deze module.

4. M&I verrichtingen

- *Kwaliteit*

Om de kwaliteit te borgen worden er bij sommige M&I verrichtingen extra kwaliteitseisen (bijv. CHBB registratie) gesteld. Wij verzoeken u nadrukkelijk om de teksten bij deze M&I verrichtingen goed na te lezen en in de lijn van de omschrijving te handelen.

- *Vervallen M&I verrichtingen:*

Met ingang van 1 januari 2013 zijn ten gevolge van de doorontwikkeling van de ketenzorg de M&I verrichtingen 13029 (Diabetes begeleiding per jaar) en 13031 (COPD gestructureerde zorg per jaar) vervallen. Daarnaast is de M&I verrichting 13020 (varices sclerosering) vervallen op aanwijzing van de NZa.

5. Bereikbaarheid

Het onderwerp bereikbaarheid is in de afgelopen periode uitvoerig besproken tussen de vertegenwoordigers van de LHV, Zorgbelang en CZ. In de aanscherping van het onderwerp bereikbaarheid is besloten dat er wordt verwezen naar de richtlijnen van de beroepsgroep (in de overeenkomst staat dit omschreven bij de paragraaf m.b.t. kwaliteit van zorg, art 4.E).

6. Aanvragen diagnostiek:

A. MRI

Sinds 1 januari 2011 kan een huisarts enkel een MRI aanvragen voor de knie en dan alleen bij verdenking op een meniscusletsel bij de niet traumatische knie. Bij overige problemen van de knie of andere gewrichten is de MRI aangevraagd door de huisarts geen verzekerde zorg (tenzij dit op uitdrukkelijk verzoek van de specialist is aangevraagd).

Mochten er nieuwe standaarden verschijnen waarin de MRI aangevraagd door de huisarts wordt aanbevolen, dan gelden deze als uitgangspunt.

B. DXA

Indien in het kader van fractuurpreventie volgens de NHG-standaard een DXA is geïndiceerd, kan de huisarts dit in eigen beheer aanvragen. Doorverwijzing naar de 2^e lijn vindt slechts plaats bij die indicaties die in de NHG-standaard worden genoemd.

7. Integrale zorgprogramma's

Sinds 1 maart 2007 voert CZ actief beleid op het gebied van integrale zorg. Ook in 2013 bestaat er een betaaltitel voor de DBC Diabetes, de DBC VRM en de DBC COPD en is het mogelijk voor (startende) zorggroepen zich aan te melden bij CZ voor integrale zorgprogramma's op het gebied van Diabetes, VRM (alleen de secundaire preventie) en COPD.

8. Farmacie: Voorschrijfgedrag

In het convenant huisartsenzorg VWS/ LHV wordt ruim aandacht besteed aan de afgesproken prestatie op het gebied van doelmatig voorschrijven.

In Deel II, bijlage 4 (nieuw) staan een aantal uitgangspunten op het gebied van doelmatig voorschrijven waar CZ nadrukkelijk uw aandacht voor vraagt. Deze bijlage is bedoeld als herinnering bij het onderwerp doelmatig voorschrijven en heeft daarnaast duidelijke raakvlakken met de opdracht uit het convenant VWS/ LHV.

Algemeen

9. Variabilisering

Volgens afspraken tussen LHV en ZN (Zorgverzekeraars Nederland) worden de variabiliseringsgelden 2013 besteed aan het verbeteren van de elektronische dossiervorming bij de huisarts volgens de ADEPD richtlijn van het NHG. ADEPD staat voor Adequate Dossiervorming Elektronisch PatiëntenDossier.

10. Aansluiting op en gebruik van het Service Centrum Zorgcommunicatie (SCZ), voorheen genoemd Landelijk SchakelPunt (LSP)

De zorgverzekeraar stimuleert en ondersteunt de realisatie van de benodigde infrastructuur voor elektronische uitwisseling van (medische) informatie van patiënten. De zorgaanbieder spant zich in om deze informatie via elektronische weg met andere zorgaanbieders uit te wisselen. De zorgaanbieder kan zich rechtstreeks dan wel via een regionale communicatiedienst aansluiten bij de landelijke communicatiedienst. Bij de elektronische uitwisseling van gegevens houdt de zorgaanbieder zich aan de voor zijn beroepsgroep vastgestelde standaarden (te raadplegen via Nictiz) en neemt hij de regels die gelden ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van patiënten in acht. De zorgaanbieder is zich er van bewust dat in de toekomst de rechtstreekse dan wel indirecte aansluiting op de landelijke communicatiedienst niet meer vrijblijvend is.

11. Terugkoppelingsinformatie (TKI)

CZ gaat eind 2012 terugkoppelingsinformatie verstrekken per huisartsenpraktijk. Op basis van een aantal criteria wordt besloten of uw praktijk deze informatie ontvangt (zoals het aantal CZ verzekerden). CZ heeft er voor gekozen om deze informatie digitaal te verstrekken. Daarom willen wij u verzoeken om vóór 1 december het juiste e-mailadres van uw praktijk door te geven bij Vektis. Het blijkt dat het overgrote deel van de huisartsen het e-mail adres niet heeft geregistreerd bij Vektis.

Als u vóór 1 december 2012 uw juiste e-mailadres bij Vektis registreert, kunnen wij er voor zorgen dat u uw TKI op een correcte wijze kunt ontvangen.

12. Presenteer uw praktijk op 'Zorgzoeker' (voorheen 'Zoek een dokter')

Voor haar verzekerden heeft CZ de internetzoekmachine 'Zorgzoeker' ontwikkeld. Hiermee kan men snel een zorgaanbieder in de buurt vinden. Ook huisartsen zijn hierin opgenomen. CZ vult deze database met de basisgegevens en aanvullende gegevens worden aangeleverd door de zorgverleners. Op dit moment wordt deze database onvoldoende ingevuld door de huisartsen. Dit wordt regelmatig bevestigd door klachten van verzekerden. CZ verwacht van u als huisarts dat u zelf aanvullende informatie en gegevens van uw praktijk op deze site presenteert.

Via <https://zoekendokter.cz.nl> (gehele adres, inclusief "s" intypen) komt u terecht op de invoermodule.

Tot op heden moest u via deze link alle informatie van uw praktijk invullen. Sinds kort is het ook mogelijk dat u hierbij een link naar de website van uw praktijk invoert zodat uw gegevens optimaal worden gepresenteerd. Wij gaan er van uit dat wij hiermee de vullingsgraad van de 'Zorgzoeker' op een aannemelijk niveau krijgen.

13. Een Internationale Second Opinion door Best Doctors

Sinds 2008 biedt CZ haar verzekerden vanuit de basisverzekering de mogelijkheid voor een Internationale Second Opinion door Best Doctors. De mening van een tweede arts over de gestelde diagnose of voorgestelde behandeling kan iets toevoegen, of kan de patiënt geruststellen. De samenwerking tussen CZ en Best Doctors betekent niet dat CZ het oordeel van Nederlandse artsen in twijfel trekt. Maar twee weten meer dan één.

Een second opinion van Best Doctors bestaat uit een (schriftelijke) evaluatie van bestaand onderzoek, gestelde diagnose en voorgestelde behandeling. Uitkomst van de evaluatie kan variëren van een bevestiging van de diagnose en voorgestelde behandelmethodes tot bijstelling van de diagnose, advies tot nader onderzoek, of het aanbieden van alternatieve behandelmethoden. Dit altijd op basis van de hoogste Evidence Based Standaarden. Best Doctors stimuleert de verzekerde altijd om het besluit tot second opinion door Best Doctors en het rapport met de eigen arts te bespreken. Met toestemming van de patiënt wordt een kopie van het rapport naar de huisarts gestuurd.

Uitgebreide informatie over Best Doctors en de samenwerking met u als arts is te vinden op <http://www.cz.nl/consument/zorgadvies/advies-en-begeleiding/second-opinion/wat-is-best-doctors>

Administratieve aandachtspunten

14. Vektis registratie

Uit de registratie van Vektis blijkt dat de koppeling tussen de huisarts en de huisartsendienstenstructuur vaak niet juist gemaakt is. Hierdoor kunnen declaraties niet juist verwerkt worden. Recentelijk is duidelijk geworden dat deze registratie ook door de huisartsendienstenstructuur kan worden gevuld. CZ verzoekt u om samen met de directie van uw huisartsendienstenstructuur de koppeling met de huisartsendienstenstructuur alwaar u bij bent aangesloten in Vektis te controleren en zo nodig aan te (laten) passen. Deze procedure staat beschreven op de website voor zorgaanbieders van CZ <http://www.cz.nl/zorgaanbieder/gegevens-zorgzoeker-aanpassen>.

15. Preferente zorgverzekeraar en contractering (15% regeling)

Zorgverzekeraars hebben de vrijheid om zorgverleners een eigen overeenkomst aan te bieden. Ook wanneer de zorgverzekeraar geen groot marktaandeel heeft. CZ biedt, namens de drie labels (CZ, Delta Lloyd en ORHA), huisartsen die in 2012 een overeenkomst voor het primaire werkgebied hebben ontvangen ook in 2013 de overeenkomst primair werkgebied aan. Op verzoek van een huisarts is CZ bereid de overeenkomst met een andere zorgverzekeraar te volgen wanneer de huisarts aangeeft een andere zorgverzekeraar als preferent te beschouwen én aantoonbaar dat in de betreffende praktijk minder dan 15% CZ, Delta Lloyd en OHRA verzekerden op naam zijn ingeschreven. Een huisarts kan ook met meerdere preferente zorgverzekeraars een overeenkomst afsluiten. De huisarts kan in dat geval zelf de keuze maken welke overeenkomst wordt opgestuurd naar verre zorgverzekeraars.

Een aanvraagformulier 'Andere preferente zorgverzekeraar -15%-regeling' is verkrijgbaar via rz.huisartsen@cz.nl.

Meer weten over declareren? Bezoek www.cz.nl/zorgaanbieder

Overzicht contactgegevens CZ

Contactinformatie, aanvraagformulieren en beleid: www.cz.nl/zorgaanbieder

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

Afdeling Relatiebeheer Zorgverleners

Voor vragen met betrekking tot de overeenkomst of het aanvragen van formulieren:

E-mail	rz.huisartsen@cz.nl
Telefoonnummer	Tel. 076- 524 3258
Adresgegevens	CZ Relatiebeheer Zorgverleners Postbus 5130 5004 EC TILBURG

Zorginkopers

Regio West Brabant en Den Haag e.o.	Mw. Gaby Prins-Siemons	gaby.siemons@cz.nl
Regio Zuid Hollandse eilanden en Zeeland	Mw. Nathalie van Schoonhoven	nathalie.van.schoonhoven@cz.nl
	Arjan Lagro (a.i. tot medio februari 2013)	arjan.lagro@cz.nl
Regio Midden Brabant, Noordoost Brabant, Noord-Limburg en Nijmegen e.o.	Dhr. Michel Rouss	michel.rouss@cz.nl
Regio Zuidoost Brabant en Midden Limburg	Dhr. Rob Dokter	rob.dokter@cz.nl
Regio Zuid Limburg	Dhr. Martin Wijnen	martin.wijnen@cz.nl

Afdeling declaraties

Voor vragen met betrekking tot declaraties

E-mail	huisartsen@cz.nl
Informatielijn declaraties huisartsen	Tel. 046-45 95 740

Voor vragen met betrekking tot ION correcties

E-mail	ion.huisartsen@cz.nl
--------	--

Contactgegevens ondersteuning eerstelijns gezondheidszorg

Website	www.rosrobuust.nl
Telefoonnummer	Tel. 040- 294 9977
E-mail	info@rosrobuust.nl

Website	www.stichtingkoel.nl
Telefoonnummer	Tel. 078- 619 3068
E-mail	info@stichtingkoel.nl

Website	www.lijn1haaglanden.nl
Telefoonnummer	Tel. 070- 300 8777
E-mail	info@lijn1haaglanden.nl

Website	www.sgzros.nl
Telefoonnummer	Tel. 079- 320 8686
E-mail	ros@sgzoetermeer.nl

Voor formulieren en toelichtingen zie www.cz.nl/zorgaanbieder

DEEL II: ALGEMEEN DEEL OVEREENKOMST HUISARTSENZORG

Artikel 1. Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

a. medisch adviseur

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

b. partijen

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

c. passant

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

d. praktijkgebied

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

e. tarieven

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

f. verzekerde

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

g. zorg

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

h. zorgaanbieder

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

i. zorgverzekeraar

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

Artikel 2. Zorg

1. De Zorgaanbieder verplicht zich de Zorg of een nader overeengekomen deel daarvan te verlenen aan de Verzekerde die als zodanig recht heeft op de Zorg en zich tot hem wendt. De Zorgaanbieder verleent de Zorg, met inachtneming van de relevante bepalingen die bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en de algemene voorwaarden van de Zorgverzekeraar aan de Zorg worden gesteld, alsmede met hetgeen Partijen hieromtrent bij of krachtens deze overeenkomst zijn overeengekomen.
2. De verleende Zorg is Zorg van een goed niveau die doeltreffend, doelmatig, professioneel, verantwoord en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële zorgbehoefte en zorgvraag van de patiënt. De Zorgaanbieder past daartoe de voor zijn beroepsgroep geldende protocollen, richtlijnen en standaarden toe. Leidend is daarbij een afweging tussen de effectiviteit van de Zorg, de belangen van de patiënt en de kosten.
3. De Zorgaanbieder verleent de Zorg met de bij de omstandigheden passende zorgvuldigheid.
4. a. De Zorgaanbieder verleent de Zorg persoonlijk, met uitzondering van het bepaalde in artikel 2, alsmede het bepaalde in artikel 4, onder F (waarneming).
b. De Zorgaanbieder mag met toestemming van de Zorgverzekeraar de Zorg laten verlenen door een of meer derden, waaronder beroepsgenoten in dienstverband. De samenwerking tussen Zorgaanbieder en die derde(n) wordt bij nadere overeenkomst geregeld, waarbij de bepalingen uit deze overeenkomst deel uit maken van de overeenkomst tussen de Zorgaanbieder en derde.
5. De Zorgaanbieder behandelt de Verzekerde op individuele basis, tenzij Partijen de mogelijkheid van groepsbehandeling hebben geregeld bij nadere overeenkomst, die integraal deel uitmaakt van deze overeenkomst.

Artikel 3. Weigering zorgverlening

De Zorgaanbieder kan de Zorg weigeren of de aangevragen Zorg voortijdig beëindigen indien er redenen bestaan op grond waarvan verlening van de Zorg redelijkerwijs niet van hem kan worden verlangd, ondanks het (voort)bestaan van een indicatie. In dat geval doet de Zorgaanbieder, zo mogelijk vooraf en schriftelijk, melding aan de Verzekerde van de weigering c.q. beëindiging als ook de redenen die daaraan ten grondslag liggen. De Zorgaanbieder neemt tevens contact op met de Zorgverzekeraar teneinde gezamenlijk te trachten (de continuïteit van) de Zorgverlening te waarborgen.

Artikel 4. Kwaliteit van de zorg

A. Privacy en dossiervorming

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

B. Patiëntbejegening

1. De Zorgaanbieder neemt in zijn relatie tot de Verzekerde de algemeen aanvaarde patiëntenrechten in acht.
2. De Zorgaanbieder draagt zorg voor goede voorlichting aan de Verzekerde over de aan hem te verlenen Zorg.
3. De Zorgaanbieder dient te beschikken over een interne klachtenprocedure en hanteert daartoe een reglement voor klachtbehandeling dat voldoet aan de eisen welke daaraan gesteld worden in de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector.

C. Opleiding/nascholing, inhoudelijke professionele kwaliteit

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

D. Continuïteit

1. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de continuïteit van de 24-uurs Zorg van de bij hem ingeschreven patiënten. Omdat de Zorgaanbieder niet zelf onafgebroken deze Zorg kan leveren is hij lid van een waarneemgroep en/of aangesloten bij een huisartsendienstenstructuur waarin hij toerbeurt door de deelnemende huisartsen avond-, nacht- en weekenddiensten worden verricht. Tarieven met betrekking tot prestaties in avond, nacht en weekend kunnen alleen in rekening worden gebracht indien het spoedeisende Zorg betreft. Indien er omstandigheden zijn die de continuïteit in gevaar brengen, meldt de Zorgaanbieder dit aan de Zorgverzekeraar.
2. Ingeval de Zorgaanbieder of een aan hem verbonden beroepsbeoefenaar in loondienst, krachtens een uitspraak gedaan op grond van de Wet BIG onderscheidenlijk het Wetboek van Strafrecht is geschorst in de uitoefening van zijn bevoegdheid, dan wel hem de uitoefening van zijn beroep is ontzegd, meldt hij dit onverwijld aan de Zorgverzekeraar.
3. De Zorgaanbieder neemt, voor zover nodig vanwege de directe patiëntenzorg, actief deel aan samenwerkings- en overlegstructuren met collega huisartsen en overige eerstelijns-hulpverleners. Dit met de bedoeling om de kwaliteit van de geleverde Zorg te waarborgen en te verbeteren en het functioneren van de huisartsgeneeskundige zorg binnen de totale zorg te optimaliseren.
4. Tenzij de Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar daarover andere afspraken maken, neemt de Zorgaanbieder deel aan farmacotherapeutisch overleg.

E. Bereikbaarheid

Het onderwerp bereikbaarheid is in de afgelopen periode uitvoerig besproken tussen de vertegenwoordigers van de LHV en Zorgbelang. In de aanscherping van het onderwerp bereikbaarheid is besloten dat er wordt gewerkt op basis van de richtlijnen van de beroepsgroep.

F. Waarneming

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat waarneming plaatsvindt bij afwezigheid wegens ziekte, vakantie, beroepsgerichte na- of bijscholing en daarmee vergelijkbare omstandigheden.
2. Indien de waarneming langer zal duren dan twee maanden, doet de Zorgaanbieder hiervan schriftelijk mededeling aan de Zorgverzekeraar onder vermelding van de vermoedelijke duur van de waarneming en de naam (namen) en adres(sen) van de waarnemer(s). Hernieuwde mededeling is vereist indien de waarneming langer duurt dan aanvankelijk was opgegeven.

3. De waarneming kan in beginsel niet langer duren dan twaalf aaneengesloten maanden. Daarna volgt een moment van evaluatie door Partijen. Verlenging van de waarneming is slechts mogelijk indien daarover overeenstemming bestaat tussen Partijen.
4. Voor de toepassing van deze overeenkomst is de Zorgaanbieder, onverminderd de eigen verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de waarnemer, ten volle tegenover de Zorgverzekeraar verantwoordelijk en aansprakelijk voor de te verlenen Zorg.

G. Praktijkvoering en praktijkruimte

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

H. Kwaliteit van dienstverlening zorgverzekeraar

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

Artikel 5. Machtigingen

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

Artikel 6. Praktijk- en patiëntenregistratie

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

Artikel 7. Informatie

1. Partijen verschaffen elkaar desgevraagd de inlichtingen die zij redelijkerwijs behoeven voor inzicht in de nakoming van de in deze overeenkomst aangegane verplichtingen.
2. Partijen behandelen de gegevens die zij uitwisselen en onderling ter beschikking stellen vertrouwelijk en met inachtneming van de regels ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de betrokken Verzekerden en de zorgverleners op wie die gegevens betrekking hebben.
3. Aansluiting op en gebruik van het Service Centrum Zorgcommunicatie (SCZ), voorheen genoemd Landelijk SchakelPunt (LSP)
De zorgverzekeraar stimuleert en ondersteunt de realisatie van de benodigde infrastructuur voor elektronische uitwisseling van (medische) informatie van patiënten. De Zorgaanbieder spant zich in om deze informatie via elektronische weg met andere zorgaanbieders uit te wisselen. De Zorgaanbieder kan zich rechtstreeks dan wel via een regionale communicatiedienst aansluiten bij de landelijke communicatiedienst. Bij de elektronische uitwisseling van gegevens houdt de Zorgaanbieder zich aan de voor zijn beroepsgroep vastgestelde standaarden (te raadplegen via Nictiz) en neemt hij de regels die gelden ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van patiënten in acht. De Zorgaanbieder is zich er van bewust dat in de toekomst de rechtstreekse dan wel indirecte aansluiting op de landelijke communicatiedienst niet meer vrijblijvend is.

Artikel 8. Declaratie en honorering

A. Declaratie

1. De Zorgaanbieder verleent de Zorg op basis van deze overeenkomst zonder enige (bij)betaling voor de Zorg door de Verzekerde, tenzij hierna anders wordt overeengekomen.
2. De declaraties van het inschrijvingstarief (inclusief de overeengekomen moduletarieven) worden door de Zorgaanbieder in het betreffende kwartaal ingediend, waarop deze declaraties betrekking hebben. De Zorgaanbieder dient deze declaraties als verzamelnota in, met als prestatiedatum (in HIS) de eerste dag van betreffend kwartaal. Uitgangspunt (peildatum) is het aantal bij de Zorgaanbieder op de eerste dag van het kwartaal ingeschreven Verzekerden. Ingeval de Zorgaanbieder niet voldoet aan deze termijn, is de Zorgverzekeraar niet gehouden de declaraties binnen de in lid B.4 genoemde termijn betaalbaar te stellen.
3. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de Inschrijving Op Naam (ION) van de Verzekerde. De Zorgaanbieder zorgt voor een correcte registratie van zijn patiënten in de landelijke ION-database (www.inschrijvingopnaam.nl). De Zorgverzekeraar gaat ervan uit dat het inschrijvingstarief wordt gedeclareerd voor in de ION-database geregistreerde patiënten. Partijen hebben de intentie om afspraken die binnen de landelijke werkgroep ION worden gemaakt te volgen.
4. Declaraties voor dezelfde Verzekerde voor hetzelfde kwartaal door verschillende declarerende zorgaanbieders worden aan de eerst declarerende Zorgaanbieder uitbetaald. Het betreft de declaraties van het inschrijftarief, modules populatiegebonden vergoedingen, modernisering en innovatie (M&I) en praktijkondersteuning GGZ (POH-GGZ).
5. De Zorgaanbieder die ten onrechte het inschrijftarief krijgt afgewezen, omdat deze 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 zonodig een terugvordering. Het ten onrechte uitgekeerde bedrag wordt, indien mogelijk, verrekend met de eerstvolgende declaratie. De Zorgaanbieder wordt hierover nader geïnformeerd via de afrekenspecificatie.

6. De declaraties van consulten en overige overeengekomen prestaties 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. Ingeval de Zorgaanbieder niet voldoet aan deze termijn, is de Zorgverzekeraar niet gehouden de declaraties binnen de in lid B.4 van dit artikel genoemde termijn betaalbaar te stellen.
7. Indien er sprake is van onderaannemerschap bij een zorggroep, mag de Zorgaanbieder de consulten en verrichtingen die onderdeel zijn van de DBC, waar de Zorgaanbieder als onderaannemer aan deelneemt, niet (rechtstreeks) bij de Zorgverzekeraar declareren.
8. De Zorgaanbieder declareert elektronisch via Vecozo. De Zorgaanbieder maakt gebruik van het meest recente Externe Integratiemodel Huisartsenhulp dat door Vektis is vastgesteld, met vermelding van alle gegevens die hiervoor noodzakelijk zijn.
9. De Zorgaanbieder controleert via de COV-check (Controle Op Verzekeringsrecht) het verzekeringsrecht van de Verzekerde in Vecozo. Als peildatum wordt de prestatiedatum gehanteerd.
10. De Zorgaanbieder vergewist zich er van dat geen Zorg bij de Zorgverzekeraar gedeclareerd wordt als bedoeld in artikel 15 Besluit zorganspraken AWBZ.
11. 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 lid B.6 van dit artikel.
12. Namens de Zorgverzekeraar voert Vecozo technische controles (N1-N5) uit zoals beschreven in de Registratie Bedrijfs en Controleregels (RBC) bij het betreffende Externe Integratiemodel. Indien blijkt dat de declaratie niet geheel voldoet aan deze technische specificaties zal Vecozo het gehele bestand retourneren aan de Zorgaanbieder. In het door Vecozo opgestelde retourbericht staan de geconstateerde fout(en) beschreven.
13. Onverminderd zijn verplichting de (her)declaraties tijdig in te dienen conform lid A.2 en A.6 van dit artikel, zal de Zorgaanbieder de Zorg die hij in enig kalenderjaar heeft geleverd, uiterlijk twaalf maanden na prestatiedatum declareren bij de Zorgverzekeraar. Na die datum ontvangen (her)declaraties neemt de Zorgverzekeraar niet in behandeling, behoudens in geval van overmacht aan de zijde van de Zorgaanbieder.
14. Alle aanpassingen van persoons-, praktijk- en/of praktijkrelatiegegevens dienen tijdig kenbaar te worden gemaakt aan Vektis (www.agbcode.nl). Een voorwaarde om tot declaratieverwerking te kunnen overgaan is dat de gegevens van de (zelfstandige) huisarts, de praktijk of het gezondheidscentrum bij Vektis zijn geregistreerd, voordat de declaraties worden ingezonden.
15. Indien uitbetaling aan een servicebureau gewenst is, wordt hiervoor een ingevuld en ondertekend machtigingsformulier geretourneerd aan CZ, t.a.v. de afdeling Relatiebeheer Zorgverleners.

B. Honorering

1. De Zorgverzekeraar honoreert de Zorgaanbieder ter zake van aan de Verzekerde verleende Zorg op basis van de door Partijen in het individueel deel (bijlage 1 van Deel I) van deze overeenkomst overeengekomen Tarieven, met inachtneming van de overige bepalingen in dit artikel.
2. De module praktijkondersteuning GGZ (POH-GGZ), module populatiegebonden vergoedingen en de module(s) modernisering en innovatie (M&I) worden uitbetaald aan Zorgaanbieders die daarvoor een overeenkomst met de Zorgverzekeraar hebben gesloten. De modules worden uitbetaald conform de afspraken die daarover zijn vastgelegd.
3. De Zorgverzekeraar zal het debiteurenrisico overnemen t.a.v. het eigen risico dat door de Zorgverzekeraar bij de Verzekerde in rekening gebracht zal worden.

4. De Zorgverzekeraar zal de declaraties die voor betaling in aanmerking komen binnen vijftien werkdagen na ontvangst betaalbaar stellen aan de Zorgaanbieder, mits de Zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden gesteld onder artikel 8.A. Indien de Zorgaanbieder niet voldoet aan deze voorwaarden, wordt de declaratie binnen dertig kalenderdagen betaalbaar gesteld. Onder betaalbaarstelling wordt verstaan het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank om tot betaling van de declaratie over te gaan.
5. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om ten onrechte gedane betalingen terug te vorderen of te verrekenen met nieuwe declaraties.
6. Voor declaraties die via Vecozo worden ingediend, stelt de Zorgverzekeraar retourinformatie (zowel afrekenspecificatie als elektronische retourinformatie) volgens het meest recente Externe Integratiemodel van Vektis beschikbaar via Vecozo. De retourinformatie is tot maximaal een jaar na verwerking van de declaratie via Vecozo raadpleegbaar.
7. Declaraties worden uitbetaald op het bij de Zorgverzekeraar bekende rekeningnummer. Dit rekeningnummer is van de huisartsenpraktijk, het gezondheidscentrum, een rechtspersoon of een servicebureau.
8. Indien de Zorgverzekeraar door een oorzaak gelegen in zijn risicosfeer er niet in slaagt de declaratie binnen de in lid B.4 van dit artikel genoemde termijn betaalbaar te stellen, stelt de Zorgverzekeraar een voorschot betaalbaar van 100 % van het gedeclareerde bedrag. De Zorgverzekeraar stelt geen voorschot betaalbaar indien de oorzaak van de vertraging gelegen is in de risicosfeer van de Zorgaanbieder, bijvoorbeeld omdat de declaratie niet voldoet aan de voorwaarden die in deze overeenkomst aan de declaratie worden gesteld.
9. Indien een Verzekerde met een restitutiepolis uitdrukkelijk te kennen geeft zelf de declaratie van de Zorgaanbieder te willen ontvangen, brengt de Zorgaanbieder de declaratie in rekening bij de Verzekerde tegen de Tarieven zoals vastgelegd in deze overeenkomst.
10. Indien onder de Zorgverzekeraar beslag wordt gelegd ter verzekering van de rechten van een schuldeiser van de Zorgaanbieder, komen de extra kosten die de Zorgverzekeraar hier voor moet maken volledig voor rekening van de Zorgaanbieder.

Artikel 9. Achterafcontrole

1. Partijen kunnen, op basis van de NZa-richtlijnen, periodiek controleren of ieders verplichtingen uit deze overeenkomst of uit hoofde van de Zorgverzekeringswet op een juiste wijze nagekomen worden.
2. De Zorgverzekeraar controleert zoveel mogelijk direct tijdens het declaratieproces. Bij resterende risico's wordt ervoor gekozen om achteraf te controleren.
3. In de achterafcontroles onderscheiden we formele (ofwel rechtmatigheids)controles en materiële controles. In de formele controles wordt nagegaan of de door de Zorgaanbieder ingediende declaraties, in overeenstemming zijn met de geldende wet- en regelgeving en de in de gesloten overeenkomst opgenomen voorwaarden. De materiële controle wordt uitgevoerd om vast te stellen of de gedeclareerde Zorg overeenkomt met de werkelijke levering, of de Zorglevering doelmatig is geweest in relatie tot de zorgvraag en of er, mede in relatie tot de declaratie, sprake is van adequate dossiervorming.
4. De digitale en overige gegevens over de declaratieverwerking en -betaling in de bestanden van de Zorgverzekeraar, waaronder begrepen die van Vecozo, strekken Partijen tot volledig bewijs ter uitvoering van de controle, behoudens tegenbewijs door de Zorgaanbieder.
5. De Zorgverzekeraar heeft ten aanzien van de achterafcontroles, zoals bedoeld in de Zorgverzekeringswet, het *Controleplan CZ/Delta Lloyd/OHRA* opgesteld waarin op transparante wijze weergegeven wordt welke procedure de Zorgverzekeraar hanteert bij het uitvoeren van achterafcontroles waarbij aandacht is voor de gehanteerde procedure, de ingezette middelen, de

termijnen waarbinnen de achterafcontroles redelijkerwijs dienen te geschieden en de procedure met betrekking tot de eindrapportage. Het *Controleplan CZ/Delta Lloyd/OHRA* is als bijlage 3 bijgevoegd bij deze overeenkomst.

6. De Zorgaanbieder heeft kennis genomen van het in het vorige lid genoemde *Controleplan CZ/Delta Lloyd/OHRA* en de Zorgaanbieder zal in voorkomende gevallen medewerking, zoals redelijkerwijs van hem verwacht mag worden, verlenen aan achterafcontroles. De resultaten van een achterafcontrole kunnen incidenteel een praktijkbezoek noodzaken. De Zorgverzekeraar meldt een voorgenomen controle in de praktijk ten minste veertien dagen voor het tijdstip dat de controle zal plaatsvinden. De Zorgaanbieder verleent de bevoegde medewerkers van de zorgverzekeraar op werkdagen in overleg toegang tot de praktijk voor de tijd die benodigd is om het praktijkbezoek uit te voeren. Indien ernstige vermoedens van malversaties bestaan, hebben de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar terstond na aankondiging toegang tot praktijk- en patiëntenregistratie van de Zorgaanbieder.
7. Indien de Zorgverzekeraar bij het uitvoeren van een controle informatie opvraagt bij de Zorgaanbieder, zal de Zorgaanbieder deze informatie binnen de in het schriftelijk verzoek gestelde termijn (meestal 3 weken) aanleveren bij de Zorgverzekeraar, tenzij anders is overeengekomen. De gevraagde informatie wordt zodanig aangeleverd, dat controle op eenvoudige wijze mogelijk is.
8. De Zorgverzekeraar zal de Zorgaanbieder schriftelijk in kennis stellen van zijn controlebevindingen die mogelijk leiden tot een terug te vorderen bedrag. De Zorgaanbieder wordt altijd in de gelegenheid gesteld te reageren op de door de Zorgverzekeraar geconstateerde bevindingen. Meer informatie over het controleplan is te vinden op de zorgverlenersite van de Zorgverzekeraar.
9. Indien en voor zover de controle betrekking heeft op de rechtmatigheid van de aanspraken van Verzekerden is de Zorgaanbieder gehouden de Medisch adviseur of de onder verantwoordelijkheid van de Medisch adviseur werkende functionaris van de Zorgverzekeraar inzage te geven in de medische dossiers van de Verzekerden.
10. Alle bescheiden en digitale gegevensbestanden welke ten grondslag liggen aan de declaraties blijven vijf jaar voor de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar beschikbaar voor controledoeleinden, ook nadat deze overeenkomst een einde heeft genomen.
11. De controle zal niet onnodig belastend zijn en zich niet verder uitstrekken dan voor het doel van de controle noodzakelijk is.
12. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitoefening van de controle de bij of krachtens wet gestelde voorschriften ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer in acht, alsmede de (nadere) regels die worden gesteld in artikel 87 Zorgverzekeringswet, hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering en het Protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland.
13. De Zorgverzekeraar is gerechtigd ten onrechte uitbetaalde declaraties en overige opeisbare vorderingen terug te vorderen of te verrekenen met nog af te wikkelen declaraties van de Zorgaanbieder (inclusief doorberekeningen van de wettelijke rente). De Zorgverzekeraar zal de resultaten van de achterafcontrole (zie controleplan, bijlage 3) schriftelijk kenbaar maken aan de Zorgaanbieder. Tevens geeft de Zorgverzekeraar aan op welke wijze de financiële afhandeling zal plaatsvinden.
14. Indien de Zorgaanbieder niet (volledig) of niet tijdig voldoet aan de schriftelijk bepaalde verplichtingen, bestaat de mogelijkheid de ontstane vordering te verrekenen met toekomstige declaraties. Indien de Zorgverzekeraar voornemens is een bedrag te verrekenen, dan stelt de Zorgverzekeraar de Zorgaanbieder hiervan vooraf in kennis en geeft hem de gelegenheid hierop te reageren.
15. Individuele Zorgaanbieders kunnen over de afhandeling van de declaraties een verzoek tot controle van de Zorgverzekeraar indienen bij zijn/haar vertegenwoordigers van hun beroepsgroep.

Artikel 10. Fraude

1. Onder fraude wordt verstaan het onder valse voorwendzelen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een vergoeding van de Zorgverzekeraar.
2. De Zorgaanbieder verliest bij fraude het recht op vergoeding uit hoofde van deze overeenkomst indien hij een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende declaratie of feiten heeft verzwegen die voor de Zorgverzekeraar bij de beoordeling van de declaratie van belang kunnen zijn.
3. In geval van fraude kan de Zorgverzekeraar:
 - a. de ten onrechte uitgekeerde betalingen en gemaakte onderzoekskosten bij de Zorgaanbieder terugvorderen;
 - b. deze overeenkomst met onmiddellijke ingang beëindigen;
 - c. registratie van fraude doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
 - d. melding c.q. aangifte doen bij de FIOD-ECD en/of het Openbaar Ministerie.
4. Bij onjuiste of onvolledige verstrekking van informatie met het doel de Zorgverzekeraar te misleiden teneinde een prestatie vergoed te krijgen, vervalt het recht op vergoeding ter zake volledig.

Artikel 11. Duur en einde van de overeenkomst.

1. De overeenkomst treedt in werking en eindigt op de in Deel I onder rubriek D van de overeenkomst genoemde data.
2. De overeenkomst neemt eerder een einde:
 - a. met wederzijds goedvinden;
 - b. indien bij gerechtelijke tussenkomst de overeenkomst wordt ontbonden;
3. De overeenkomst kan verder al dan niet met onmiddellijke ingang, zonder rechterlijke tussenkomst, geheel of gedeeltelijk worden opgezegd:
 - a. indien de Zorgaanbieder een persoon is: door faillissement of overlijden van de Zorgaanbieder;
 - b. indien de Zorgaanbieder een rechtspersoon is: door faillissement of ontbinding van de rechtspersoon;
 - c. door faillissement of ontbinding van de rechtspersoon van de Zorgverzekeraar.
 - d. door een der Partijen als de wederpartij (voorlopige) surseance van betaling verkrijgt;
 - e. door een der Partijen als de wederpartij zich in staat van kennelijk onvermogen bevindt of het voorwerp uitmaakt van een procedure tot faillissement, gerechtelijk akkoord, vereffening, beslaglegging of van elke andere soortgelijke procedure;
 - f. door de Zorgverzekeraar als de onderneming van of de beroepsuitoefening door de Zorgaanbieder beëindigd wordt of aan een derde wordt overgedragen;
 - g. door een der Partijen als de wederpartij haar verplichtingen uit de zorgovereenkomst na een deugdelijke ingebrekestelling voor zover vereist, niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomt;
 - h. indien voor een der Partijen sinds het sluiten van de overeenkomst zich onvoorziene omstandigheden hebben voorgedaan, welke van dien aard zijn dat de wederpartij naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid instandhouding van de overeenkomst niet mag verwachten;
 - i. 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;
 - j. door beide Partijen in een situatie als bedoeld in artikel 12, eerste lid van deze overeenkomst (overleg tussen Partijen bij wetwijzigingen);
 - k. indien de Zorgaanbieder is geschrapt uit het toepasselijke beroepenregister; bij schorsing behoudt de Zorgverzekeraar zich het recht de overeenkomst te ontbinden.

- l. als één der Partijen zich tegenover de andere partij schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, fraude, dwang of bedreiging;
- m. wanneer één der Partijen niet meer voldoet aan de definities in artikel 1 van de overeenkomst.

Artikel 12. Geschillen

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

Artikel 13. Slotbepalingen

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

DEEL III VERLOSKUNDIGE HULP

Artikel 1 Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

1. **bevalling:**
het einde van de zwangerschap na de 18^e week;
2. **abortus:**
het einde van de zwangerschap voor de 19^e week;
3. **verloskundige hulp:**
hulp ter zake van zwangerschap, verleend voor, tijdens of na een bevalling dan wel voor, tijdens of na een abortus, alsmede de medicamenteuze hulp, die bij bevalling of abortus en ter zake daarvan wordt verleend.

Artikel 2

Deze overeenkomst heeft betrekking op het verlenen van Verloskundige hulp door de Zorgaanbieder aan:

1. op hun naam ingeschreven Verzekerden;
2. passanten.

Artikel 3

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

Hierbij draagt de Zorgaanbieder tevens zorg voor:

- één aanspreekpunt voor de zwangere ongeacht degene die de consulten doet
- individueel zorgdossier
- structureel overleg met ketenpartners (VSV, kraamzorgoverleg)
- implementatie van protocollen op het gebied van overdracht (tweede lijn) en samenwerking (tweede lijn en kraamzorg)
- bevallende vrouw niet alleen: inspanningsverplichting tussen verloskundige en kraamzorg
- vervroegd partusassistentie invoeren indien geïndiceerd (dat is het inzetten van de kraamverzorgende vroeg tijdens de bevalling, bijvoorbeeld bij heel angstige vrouwen)

Artikel 4 Standaarden en richtlijnen

De Verloskundig actieve huisarts conformeert zich wat de zorgverlening betreft aan alle vigerende standaarden, het betreft hier:

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

Artikel 5 Registratie

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

Artikel 6 Termijnen

De termijnen die in deze overeenkomst worden genoemd ter bepaling van de vordering van de zwangerschap, worden berekend vanaf de 15^e dag na het begin van de laatste menstruatie.

Artikel 7 Tarieven

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

DEEL IV OVEREENKOMST PRAKTIJKONDERSTEUNING GGZ

Partijen bij de overeenkomst

De zorgverzekeraar:

OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA,
OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA, beide statutair gevestigd te Tilburg en tevens kantoorhoudende te Breda, Goes en Sittard;

Delta Lloyd Zorgverzekering N.V., statutair gevestigd te Tilburg;
OHRA Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Tilburg;
OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Tilburg

en

De huisartsen, verenigd in een samenwerkingsverband zoals beschreven in Deel I van de overeenkomst zorgverzekeraar – vrijgevestigde huisarts onder C, Deel IV overeenkomst praktijkondersteuning GGZ:

Overwegende:

1. Dat zorgverzekeraars investeren in een sterke eerste lijn. Voor een sterke toekomstgerichte eerste lijn is het noodzakelijk dat de huidige eerstelijnsfunctionarissen innoveren. Taakverdeling en taakherschikking zijn hierbij kernbegrippen. Praktijkondersteuners GGZ spelen een grote rol bij de taakherschikking/ verdeling van huisartsen. Zorgverzekeraars hebben daarom besloten de instroom van praktijkondersteuners GGZ te stimuleren en financieren.
2. Dat over de implementatie van de praktijkondersteuning GGZ (procedure)afspraken zijn gemaakt met de regionale ondersteuningsstructuur. Om in aanmerking te komen voor deze overeenkomst dient de afgesproken procedure te zijn gevolgd en dienen alle verzoeken om in aanmerking te komen voor POH GGZ getoetst te worden door de toetsingscommissie POH GGZ. De toetsingscommissie brengt een advies uit aan de zorgverzekeraar over het al dan niet contracteren van de POH GGZ. Daarnaast is er een stuurgroep POH GGZ die verantwoordelijk is voor het beleid POH GGZ.
3. Dat een samenwerkingsverband van huisartsen dient te bestaan uit door de zorgverzekeraargecontracteerde huisartsen met samen minimaal 4500 patiënten.

Komen overeen als volgt:

Artikel 1. Overeenkomst zorgverzekeraar- vrijgevestigd huisarts

De huisartsen van het samenwerkingsverband dat deze overeenkomst aangaat, hebben allen een individuele overeenkomst met CZ voor het leveren van huisartsenzorg.

Artikel 2. Samenwerkingsverband

De huisartsen vormen een samenwerkingsverband en hebben hiertoe een samenwerkingscontract gesloten waarin schriftelijk de onderlinge afspraken zijn vastgelegd. De zorgverzekeraar ontvangt een afschrift van deze overeenkomst. In een praktijkplan van de samenwerkende huisartsen is uitgewerkt hoe praktijkondersteuning GGZ binnen de praktijken en het samenwerkingsverband wordt uitgevoerd. Het praktijkplan maakt integraal onderdeel uit van deze overeenkomst.

Artikel 3. Praktijkanalyse

Alle huisartsen van het samenwerkingsverband hebben meegewerkt aan de quickscan. Er is een praktijkplan POHGGZ opgesteld dat door alle samenwerkende huisartsen is ondertekend. In het praktijkplan staat beschreven hoe de functie van POHGGZ vorm gegeven gaat worden in de huisartsenpraktijk. Daarnaast wordt aangegeven hoe de eerstelijns GGZ in de huisartsenpraktijk kwalitatief wordt verbeterd. Dit wordt SMART geformuleerd met daarbij een reële tijdsplanning.

Artikel 4. Gestructureerd werkoverleg

Er is een gestructureerd werkoverleg tussen huisarts, POH GGZ, praktijkassistente en POH somatiek.

Artikel 5. Takenpakket praktijkondersteuner GGZ

De praktijkondersteuner GGZ voert de volgende taken/ werkzaamheden uit:

- ondersteuning van een huisarts (consultatiefunctie)
- vraagverhelderingsgesprekken met patiënten
- triage en doorverwijzen op basis van objectieve criteria (mogelijk te hanteren screeningslijsten worden genoemd in het format jaarplan¹)
- begeleiding van langdurige GGZ-patiënten (die niet staan ingeschreven in de tweede lijn)
- casemanagement (procesbegeleiding, terugkoppeling etc.)
- implementatie van zorgprogramma's
- kortdurende behandeling
- opbouw en onderhouden netwerk eerstelijns GGZ (minimaal huisarts, algemeen maatschappelijk werk, eerstelijnspsycholoog).

Artikel 6. Opleiding praktijkondersteuner

De praktijkondersteuner functioneert op HBO-niveau en volgt een relevante HBO-opleiding of heeft een relevante HBO opleiding afgerond. Om de taken goed uit te kunnen voeren heeft de POH GGZ competenties (kennis, houding en vaardigheden) op het gebied van:

- psychische, psychosociale en psychiatrische problemen/ aandoeningen, psychopathologie;
- ontwikkelingen op het terrein van de generalistische eerstelijns GGZ;
- bekend zijn met de (organisatie van de) eerstelijns- en tweedelijnszorg op het gebied van de GGZ;
- bekend zijn met en inzicht hebben in de (organisatie van) aanpalende voorzieningen op het gebied van preventie;
- kwaliteitsontwikkelingen in de GGZ kunnen implementeren;
- ICT (monitoring en aanleveren beleidsinformatie);
- adviserende en coördinerende kwaliteiten;
- samenwerkingsvaardigheden.

In het beleidsdocument Beleid CZ en UVIT praktijkondersteuning huisartsen GGZ (POHGGZ) 2012 zijn de opleidingseisen verder uitgewerkt.

Artikel 7. Werkruimte

Er is een goed geoutilleerde werkruimte met toegang tot HIS voor de praktijkondersteuner GGZ beschikbaar gedurende de uren dat de praktijkondersteuner werkt.

¹ Per 1 juli 2009 is het gebruik van een gevalideerd screeningsinstrument verplicht gesteld, mits dit voorhanden is.

Artikel 8. Aanstelling praktijkondersteuner/ vergoeding

Een samenwerkingsverband dat POH GGZ inzet volgens de norm, kan het wettelijk vastgestelde opslagtarief POH GGZ declareren. Indien minder ingezet wordt dan de norm wordt het opslagtarief POH GGZ evenredig verlaagd. De inzet POH GGZ wordt jaarlijks vastgesteld. .

De Zorgverzekeraar informeert de huisarts schriftelijk over het tarief POH GGZ.

Artikel 9. Samenwerkings- en verwijsafspraken

1. Er worden door de POH GGZ samenwerkings- en verwijsafspraken met de interne disciplines gemaakt (zoals huisarts en POH somatiek). Deze samenwerkingsafspraken worden vastgelegd in protocollen. Er is uiterlijk een jaar na het sluiten van deze overeenkomst een gestructureerde samenwerking met regulier multidisciplinair overleg met minimaal huisarts, algemeen maatschappelijk werk, eerstelijnspsycholoog. Er is een casuïstiekoverleg. De samenwerkingsafspraken zijn schriftelijk vastgelegd. In de samenwerkingsafpraak dient in elk geval een afspraak te zijn gemaakt over de kwaliteit van de te verlenen zorg. De afspraak dient er onder andere toe te leiden dat continue gewerkt wordt aan het verbeteren van de kwaliteit van de eerstelijns keten (GGZ) zorg. Het samenwerkingsverband zal daartoe een zorgvernieuwingthema per twee jaar implementeren.
2. Er zijn binnen het tijdvak zoals vermeld in het praktijkplan concrete werk- en verwijsafspraken gemaakt met de tweedelijns GGZ.

Artikel 10. Administratieve bepalingen

1. De financiële vergoeding voor praktijkondersteuning is uitgewerkt in deel I, bijlage 1 (tarieven).
2. De tarieven praktijkondersteuning worden vanaf de eerste dag van het volgende kwartaal uitbetaald. Indien een praktijkondersteuner halverwege een kwartaal start, kan de zorg uitsluitend vanaf de eerste dag van het volgende kwartaal gedeclareerd worden.
3. De huisarts dient de volgende wijzigingen aan de Zorgverzekeraar door te geven:
 - wijzigingen die leiden tot een ander tarief
 - wijzigingen in de samenstelling van het samenwerkingsverband
 - inhoudelijke wijzigingen waardoor niet langer aan de instroomvoorwaarden wordt voldaan.Voor overige inhoudelijke wijzigingen volstaat verantwoording in het inhoudelijke jaarverslag.
4. Voor overige administratieve bepalingen zie Deel II artikel 8 van de overeenkomst zorgverzekeraar-vrijgevestigd huisarts 2013.

Artikel 11. Evaluatie

Voor de inhoudelijke verslaglegging is een format voor het jaarverslag door partijen opgesteld. De samenwerkingsverbanden sturen via een web-based applicatie de verslaglegging naar de Zorgverzekeraars, die dient te zijn ontvangen voor 1 juli van het volgende jaar.

Artikel 12. Geschillen

De geschillenregeling zoals overeengekomen in de overeenkomst zorgverzekeraar – vrijgevestigde huisarts is van toepassing.

Artikel 13. Aanvang en einde van de overeenkomst

1. Deze overeenkomst is aangegaan voor dezelfde tijd als bepaald in het individueel deel van de individuele overeenkomst en kan tussentijds worden beëindigd op dezelfde wijze als bepaald in het algemeen deel van de individuele overeenkomst. Dit houdt in dat deze overeenkomst eindigt op het moment dat de individuele overeenkomst tussen zorgverzekeraar en de huisarts ophoudt

te bestaan.

2. De overeenkomst eindigt indien:
 - a. De deelnemers van het samenwerkingsverband de verbeterpunten die voortvloeien uit de praktijkanalyse, zoals genoemd in artikel 3, niet binnen de afgesproken periode hebben gerealiseerd.
 - b. De praktijkondersteuner GGZ ontslag neemt en er binnen 1 kwartaal geen opvolger bekend is.
 - c. De overeenkomst zorgverzekeraar - vrijgevestigd huisarts wordt beëindigd.
 - d. Landelijk de financiering voor praktijkondersteuning GGZ stopgezet wordt. Als deze situatie zich voordoet maken partijen in goed overleg afspraken over de concrete afwikkeling hiervan.
3. Bij overlijden van een van de deelnemers van het samenwerkingsverband wordt de regeling toegepast volgens de individuele overeenkomst tussen zorgverzekeraar en huisarts.

Deel I, bijlage 1: Tarieven

Op moment van totstandkoming van deze overeenkomst heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (nog) geen nieuwe tariefbeschikking ('Tarievenlijst huisartsen') voor 2013 afgegeven.

De tariefbeschikking van 1 januari 2012 en bijbehorende bijlage 1 (tarieven), blijft daarom onverminderd van kracht. Indien door de NZa een nieuwe tarievenlijst wordt afgegeven gelden de daarin vermelde tarieven vanaf datum vermeld op de tariefbeschikking.

Voor de tarieven voor prestaties Modernisering en Innovatie in 2013 zie bijlage 1 en 2 bij Deel II van deze overeenkomst.

DE MAXIMAAL DOOR HUISARTSEN IN REKENING TE BRENGEN TARIEVEN VOOR OVERIGE PRESTATIES MET INGANG VAN 1 JANUARI 2013.

Voor de navolgende verbruiksmaterialen (limitatieve lijst) kunnen maximaal de onderstaande tarieven in rekening worden gebracht. Het betreft:

Code	Voor	Tarief
12900	atraumatisch hechtmateriaal, histo-acryllijm, dermabond	€ 10,00
12901	tapemateriaal ten behoeve van enkeldistorsies	€ 12,50
12902	zwangerschapstest medische indicatie	€ 3,00
12903	dipslides (urinewegsinfecties)/uricult	€ 2,00
12904	teststrips bloedsuikerbepaling diabetespatiënten (waaronder eyetone-teststrips)	€ 1,05
12905	vloeibaar stikstof of histofreezer;	€ 3,75
12906	Blaaskatheter	€ 7,50
12907	CRP testmateriaal (per test)	€ 3,90

Deel I, bijlage 2: Postcodes achterstandswijken

Op moment van totstandkoming van deze overeenkomst heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) nog geen nieuwe tariefbeschikking ('Tarievenlijst huisartsen') voor 2013 afgegeven.

De tariefbeschikking van 1 januari 2012 en bijbehorende bijlage 2 (postcodes achterstandsgedebieden), blijft onverminderd van kracht totdat door de NZa een nieuwe tariefbeschikking wordt afgegeven. De daarin vermelde postcodes bij achterstandswijken gelden vanaf de datum vermeld op de tariefbeschikking.

Deel II, bijlage 1: M&I Verrichtingen

Voor hulp in het kader van de verrichtingenlijst module M&I kunnen naast de daarvoor vastgestelde prestaties (tarief) géén andere verrichtingentarieven in rekening worden gebracht.

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

Diagnostische verrichtingen				
Verrichting	Omschrijving	Tarief	EIM	Voorwaarden
Audiometrie	Objectiveren van subjectief verminderd gehoor en bepaling van de mate van slechthorendheid met behulp van audiometer in eigen beheer	€ 27,36	13000	Adequate apparatuur en onderzoeksomgeving(geluidsarm), zie NHG-brochure gehooronderzoek en NHG-standaard M61 Het betreft een prestatie per verrichting
Diagnostiek met behulp van Doppler	Opsporen van vaatvernauwingen met behulp van Doppler apparatuur in eigen beheer	€ 54,72	13001	Indicatie: zie de NHG-standaard M13 Adequate apparatuur Het betreft een prestatie per verrichting
Tympanometrie	Het meten van de beweeglijkheid van het trommelvlies met behulp van microtympanometer in eigen beheer ter diagnostiek en vervolgen van gehoorproblemen bij: -Otitis media met effusie langer dan 3 maanden -Tympanosclerose -Otosclerose	€ 27,36	13003	Maximaal 3 keer per verzekerde per kalenderjaar NHG-standaard M18 Het betreft een prestatie per meting
Longfunctiemeting (spirometrie)	Longfunctiemeting met indien noodzakelijk reversibiliteitstest in eigen beheer ter analyse benauwdheidsklachten of bepaling effectiviteit therapeutische interventie bij patiënt met inhalatiemedicatie	€ 54,88	13004	Indicatie en uitvoering zie NHG-standaard M26 en richtlijn ketenzorg COPD Minimaal FEV1 en (F)VC Het betreft een prestatie per meting, maximaal 3 keer per verzekerde per kalenderjaar. Alleen declarabel indien de patiënt niet geïncludeerd is in de DBC COPD
ECG diagnostiek	ECG maken, interpreteren en bespreken met patiënt. Zie NHG-Bouwsteen Elektrocardiografie in de	€ 43,34	13005	ECG-apparatuur met intelligente interpretatie Duidelijke afspraken met cardioloog Het betreft een prestatie per diagnose, maximaal 3 keer per

Diagnostische verrichtingen				
Verrichting	Omschrijving	Tarief	EIM	Voorwaarden
	huisartsenpraktijk			verzekerde per kalenderjaar Prestatie is inclusief verbruiksmateriaal. Dit tarief mag niet in combinatie met het tarief in C.2. (tariefbeschikking NZA) worden gedeclareerd. Alleen declarabel indien de patiënt niet geïncludeerd is in de DBC VRM
Spleetlamponderzoek	Diagnostiek en controle van diverse oogheelkundige aandoeningen, met behulp van spleetlamp in eigen beheer	€ 54,72	13006	Voorwaarden: - Registratie in CHBB De declarerende huisarts staat geregistreerd in het CHBB register oogheeskunde (de zorgverzekeraar controleert periodiek aan de hand van het register op http://chbb.lhv.nl) Zie NHG-standaard M12 Het betreft een prestatie per onderzoek, maximaal 3 keer per verzekerde per kalenderjaar
Bloeddrukmeting gedurende 24 uur, hypertensiemeting	In eigen beheer instrueren patiënt en organiseren van de follow-up, plus interpretatie om niet vaststaande hypertensie te evalueren.	€ 27,36	13008	Het betreft een prestatie per meting, maximaal 2 keer per verzekerde per kalenderjaar De thuisbloeddrukmeting heeft de voorkeur. De 24 uren RR meting reserveren voor specifieke doeleinden: -als alternatief voor thuismetingen (bijv. bij beperkt ziekte-inzicht, obsessief meetgedrag en angst) -therapie resistentie -verdenking hypotensieve episodes
Teledermatologie	Beoordeling op afstand door dermatoloog van door de huisarts gemaakte digitale beelden van huidafwijkingen, ter vervanging van verwijzing naar 2 ^e lijn voor een dermatologisch probleem waarbij specialistische beoordeling en/of advies noodzakelijk is	€ 54,72	13009	Adequate apparatuur Met uitsluiting indien al op projectbasis (of via DBC /DOT) gefinancierd Het betreft een prestatie per verrichting
Cognitieve functie test	Onderzoek naar dementie door	€ 54,72	13010	Conform NHG-standaard M21

Diagnostische verrichtingen				
Verrichting	Omschrijving	Tarief	EIM	Voorwaarden
(MMSE)	afname van MMSE-test			Het betreft een prestatie per verrichting
Chirurgie	<p>Chirurgische ingrepen, ter vervanging van behandeling in 2^e lijn, die niet binnen de duur van een spreekuurconsult verricht kunnen worden, zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Excisie van fibroom, huidbiopt (stans), electrochirurgie, hechten van wond met minimaal 3 hechtingen. - Excisie van een atheroom, lipoom, chalazion en neavus/multiple naevi - Complexe (uitgebreide) wondbehandeling met hechten meer dan 3 hechtingen - Barron-ligatie - Chirurgische decubitusbehandeling - Nagelchirurgie bijvoorbeeld nageextractie respectievelijk nagelbedexcisie - Incidering van abces of van een vers getromboseerd hemorrhoid, incisie periaanaal abces/sinus pilonidalis - Ascitespunctie <p>NB: het verwijderen van wratten of mollusca valt hier niet onder, maar onder het begrip kleine chirurgie, in regulier consult</p>	€ 65,45	13012	<p>Indicatie: chirurgische ingreep, ter vervanging van behandeling in 2^e lijn Inclusief (hecht-)materiaal, verwijdering hechting en nabehandeling Barron ligatie: conform NHG-bouwsteen en CBO richtlijn</p> <p>Het betreft een prestatie per verrichting, inclusief materiaal en het verwijderen hechtingen</p>

Tapen	Behandeling enkeldistorsie, fractuur, tendinitis met tapebandage ter vervanging van behandeling in 2 ^e lijn	€ 41,04	13014	Het betreft een prestatie per verrichting Exclusief materiaal, NHG-standaard M04
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	Behandelen van ulcus cruris met behulp van compressietherapie	€ 54,72	13015	Indicatie: zie NHG-standaard M16, niet onder behandeling van specialist Het betreft een prestatie per therapie, maximaal 9 keer per verzekerde per kalenderjaar
Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmateriaal, in de praktijk	Controle wond en verwijderen hechtingen na een electieve chirurgische ingreep op verzoek van de specialist ter vermindering van polikliniek bezoek. Dit om de patiënt te ontlasten door zorg dichtbij huis te bieden. Het gaat hierbij om wonden zoals na een heupvervangende operatie, chirurgische ingreep in buik enz. Declarabel vanaf 10 hechtingen.	€ 27,36	13016	Het betreft een prestatie per verrichting die niet binnen de duur van een spreekuurconsult verricht kan worden
Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmateriaal, thuis	Controle wond en verwijderen hechtingen na een electieve chirurgische ingreep op verzoek van de specialist ter vermindering van polikliniek bezoek. Dit om de patiënt te ontlasten door zorg dichtbij huis te bieden. Het gaat hierbij om wonden zoals na een heupvervangende operatie, chirurgische ingreep in buik enz. Declarabel vanaf 10 hechtingen.	€ 40,51	13017	Het betreft een prestatie per verrichting bij de patiënt thuis die niet binnen de duur van een visite verricht kan worden
Verrichting ter vervanging specialistenbezoek	Het verrichten van een behandeling/ingreep op aantoonbaar verzoek van specialist 2 ^e lijn om vernieuwd polikliniek bezoek te voorkomen. Dit om de patiënt te ontlasten door zorg dichtbij huis te bieden. Het gaat hier om verrichtingen zoals het doen van een zoladex-injectie en EPO	€ 27,36	13018	Het betreft een prestatie per verrichting

Trombosebeen	Behandeling en nazorg van diepveneuze trombose benen thuis met instructie patiënt	€ 27,36	13019	Het betreft een prestatie per visite
Desensibilisatiekuur	Vaccinatie voor vermindering van overgevoeligheid. -Desensibilisatie voor IgE gemedieerde allergie voor pollen, huisstofmijt/katextract, insecten -Indicatie en 1 ^e kuur door specialist (dermatoloog, allergoloog)	€ 27,36	13022	Bewaken van patiënt na injectie Het betreft een prestatie per verrichting
Therapeutische injectie (Cyriax)	Injecties met corticosteroïden of lokaal anestheticum in gewrichten, op peesaanhechtingen of bursa volgens principe van Cyriax	€ 27,36	13023	Het betreft een prestatie per verrichting, maximaal op 3 locaties en maximaal 3 keer per locatie per verzekerde per kalenderjaar Huisarts moet aantoonbaar (ervaring/ specifieke scholing) geschoold zijn in deze verrichting
Oogboring	Verwijdering corpus alienum uit het oog	€ 54,72	13024	Het betreft een prestatie per verrichting
Aanmeten en plaatsen pessarium	Het aanmeten en plaatsen van een steunpessarium bij een blaas- of baarmoederverzakking zonder operatiewens	€ 31,17	13025	Beschikbaar hebben van set paspessaria Het betreft een prestatie per verrichting Maximaal 3 keer per verzekerde per kalenderjaar
MRSA screening	Afname kweekmateriaal ten behoeve van diagnostiek MRSA	€ 27,36	13027	Het betreft een prestatie per verrichting

Diabetes consult instellen insuline	Instelling van DM-patiënt op insuline door de huisarts, waarbij de patiënt in de 1 ^e lijn blijft en dus niet wordt verwezen naar de 2 ^e lijn bij: - nieuwe insuline afhankelijke patiënten - DM type II, die van orale medicatie overgaan op insuline	€ 41,04	13030	Zie NHG-standaard M01 Het betreft een prestatie per verrichting, maximaal 4 keer per patiënt per kalenderjaar Alleen declarabel indien de patiënt niet geïncludeerd is in de DBC Diabetes
Intensieve Zorg, visite, dag, korter dan 20 minuten	Verlenen van intensieve zorg door de huisarts Deze M&I is bedoeld voor complexe visites met veel regelzaken eromheen.	€ 43,31	13034	Verlenen van intensieve zorg door de huisarts aan: <u>-terminale patiënten</u> Voorwaarden: Terminale zorg aan patiënten in de thuissituatie, wijkziekenboeg of hospice Maximaal gedurende 13 weken, maximaal 40 visites per patiënt*. - <u>patiënten</u> waarvoor het CIZ een ZZZ-indicatie met grondslag PG of Somatiek uit de V&V-reeks van 5 of hoger heeft afgegeven en die niet verblijven in een AWBZ-instelling met toelating voor AWBZbehandeling. Voorwaarden: maximaal 7 visites per kwartaal, maximaal totaal 28 visites per jaar* Het betreft een prestatie per visite. Voor beide indicaties geldt dat het maximaal 1x per dag gedeclareerd kan worden. * Het maximaal aantal visites betreft het totaal van het opgetelde aantal verrichtingen 13034 t/m 13037
Intensieve Zorg, visite, dag langer dan 20 minuten	Verlenen van intensieve zorg door de huisarts Deze M&I is bedoeld voor complexe visites met veel regelzaken eromheen.	€ 70,95	13035	Verlenen van intensieve zorg door de huisarts aan: <u>-terminale patiënten</u> Voorwaarden: Terminale zorg aan patiënten in de thuissituatie, wijkziekenboeg of hospice Maximaal gedurende 13 weken, maximaal 40 visites per patiënt*. - <u>patiënten</u> waarvoor het CIZ een ZZZ-indicatie met grondslag PG of

				<p>Somatiek uit de V&V-reeks van <u>5 of hoger</u> heeft afgegeven en die niet verblijven in een AWBZ-instelling met toelating voor AWBZbehandeling.</p> <p>Voorwaarden: maximaal 7 visites per kwartaal, maximaal totaal 28 visites per jaar*</p> <p>Het betreft een prestatie per visite. Voor beide indicaties geldt dat het maximaal 1x per dag gedeclareerd kan worden.</p> <p>* Het maximaal aantal visites betreft het totaal van het opgetelde aantal verrichtingen 13034 t/m 13037</p>
Intensieve Zorg, visite, ANW, korter dan 20 minuten	<p>Verlenen van intensieve zorg door de huisarts</p> <p>Deze M&I is bedoeld voor complexe visites met veel regelzaken eromheen.</p>	€ 74,13	13036	<p>-Verlenen van intensieve zorg door de huisarts aan:</p> <p>-<u>terminale patiënten</u></p> <p>Voorwaarden: Terminale zorg aan patiënten in de thuissituatie, wijkziekenboeg of hospice Maximaal gedurende 13 weken, maximaal 40 visites per patiënt*.</p> <p>- <u>patiënten waarvoor het CIZ een ZZP-indicatie met grondslag PG of Somatiek uit de V&V-reeks van <u>5 of hoger</u> heeft afgegeven en die niet verblijven in een AWBZ-instelling met toelating voor AWBZbehandeling.</u></p> <p>Voorwaarden: maximaal 7 visites per kwartaal, maximaal totaal 28 visites per jaar*</p> <p>- Declarabel indien de patiënt tussen 18.00 en 8.00 uur gedurende de week en tijdens de weekenden een beroep op u doet. Indien de vraag tijdens normale werktijden komt en u besluit zelf de visite buiten werktijd te doen dan 13034 of 13035 declareren. N.B. een deelnemer van een HDS mag de visite tijdens ANW alleen declareren indien hij/zij geen dienst heeft, maar wel de visite gedaan heeft</p>

				<p>Het betreft een prestatie per visite. Voor beide indicaties geldt dat het maximaal 1x per dag gedeclareerd kan worden.</p> <p>* Het maximaal aantal visites betreft het totaal van het opgetelde aantal verrichtingen 13034 t/m 13037</p>
<p>Intensieve Zorg, visite, ANW langer dan 20 minuten</p>	<p>Verlenen van intensieve zorg door de huisarts</p> <p>Deze M&I is bedoeld voor complexe visites met veel regelzaken eromheen.</p>	<p>€ 108,73</p>	<p>13037</p>	<p>Verlenen van intensieve zorg door de huisarts aan:</p> <p><u>-terminale patiënten</u> Voorwaarden: Terminale zorg aan patiënten in de thuissituatie, wijkziekenboeg of hospice Maximaal gedurende 13 weken, maximaal 40 visites per patiënt*.</p> <p>- patiënten waarvoor het CIZ een ZZP-indicatie met grondslag PG of Somatiek uit de V&V-reeks van 5 of hoger heeft afgegeven en die niet verblijven in een AWBZ-instelling met toelating voor AWBZbehandeling. Voorwaarden: maximaal 7 visites per kwartaal, maximaal totaal 28 visites per jaar*</p> <p>- Declarabel indien de patiënt tussen 18.00 en 8.00 uur gedurende de week en tijdens de weekenden een beroep op u doet. Indien de vraag tijdens normale werktijden komt en u besluit zelf de visite buiten werktijd te doen dan 13034 of 13035 declareren. N.B. een deelnemer van een HDS mag de visite tijdens ANW alleen declareren indien hij/zij geen dienst heeft, maar wel de visite gedaan heeft</p> <p>Het betreft een prestatie per visite. Voor beide indicaties geldt dat het maximaal 1x per dag gedeclareerd kan worden.</p> <p>* Het maximaal aantal visites betreft het totaal van het opgetelde aantal verrichtingen 13034 t/m 13037</p>

Euthanasie	Verlenen van euthanasie	€ 221,97	13038	De euthanasie wordt uitgevoerd volgens de zogenaamde SCEN-regels en is inclusief condoleancevisite door de eigen huisarts Het betreft een prestatie per euthanasieverlening N.B. De inzet van de SCEN arts kan apart gedeclareerd worden (CTG tarief code 12815)
Inbrengen IUD	Het inbrengen van een spiraaltje of implanonstaafje vanwege anticonceptie	€ 56,09	13042	Aantoonbare deskundigheid en ervaring, NHG-standaard. Het betreft prestatie per verrichting, maximaal 2 keer per patiënt per kalenderjaar. Niet declarabel bij verwijderen van IUD Niet te declareren i.c.m op de dag van de verrichting uitgevoerde M&I abdominale echografie (13045)
Abdominale echografie	In eigen beheer uitvoeren en interpreteren van abdominale echografie ter voorkoming van onnodige verwijzing naar de 2 ^e lijn De echografie en interpretatie wordt uitgevoerd door een huisarts, die bij de VEGE en/of CHBB geregistreerd staat als huisarts-echografist. Het betreft de volgende indicaties: - aorta: herkennen aneurysmata - lever: tumoren, metastasen - galblaas: stenen, stuwing - nieren: stuwing, concrementen, cysten, tumoren - uterus: myomen, positie IUD (alleen na gecompliceerde insertie) - niet i.c.m 13042 - ovariae: cysten - blaas: urineretentie, concrementen	€ 64,64	13045	Indicatie: diagnostische ingreep ter voorkoming van onnodige doorverwijzing naar de 2 ^e lijn Voorwaarden: - Registratie in CHBB De uitvoerende huisarts staat als huisarts-echografist geregistreerd bij de VEGE en/of CHBB (de zorgverzekeraar controleert aan de hand van het register op http://chbb.artsennet.nl) - Deelname monitoring, benchmark en controle De huisarts-echografist is bereid deel te nemen aan monitoring, benchmark en controle van deze M&I verrichting middels het aanleveren van een rapportage. De huisarts-echografist bevestigt dit aan de zorgverzekeraar middels het aanmeldingsformulier. - Kwaliteit De kwaliteit van het onderzoek dient te voldoen aan wat gebruikelijk is onder beroepsgenoten -Algemene buikklachten zonder verdenking op een van de aandoeningen uit bovenstaande indicatielijst vormen nadrukkelijk geen indicatie voor abdominale echografie uitgevoerd door de huisarts Voor het aanmeldingsformulier en de voorwaarden zie www.cz.nl/Zorgaanbieder of stuur een e-mail naar rz.huisartsen@cz.nl

Verrichtingen vanuit aanvullende verzekering				
Verrichting	Omschrijving	Tarief	EIM	Voorwaarden
Reizigersadvisering	Gestandaardiseerd consult aan de hand van vragenlijst en advies ten aanzien van preventieve vaccinaties en het geven van vaccinaties.	€ 27,36	13039	Adviesconsult inclusief toedienen vaccinaties volgens richtlijnen in NHG praktijkwijzer Reizigersadvisering Ingeschreven als "reizigersgeneeskundig huisarts" in het register van het CHBB of de LCR Het betreft een prestatie voor advies plus injecties, exclusief vaccin
Sterilisatie man (vasectomie)	Gestandaardiseerde ingreep inclusief preoperatief onderzoek en postoperatief spermaonderzoek In het kader van verantwoorde zorg kiest CZ er voor dat deze behandeling slechts uitgevoerd kan worden bij een minimum van 10 patiënten per jaar	€ 218,90	13040	Deskundigheid, aantoonbare aanvullende opleiding, bijvoorbeeld als assistent chirurgie of vaardigheidstraining Goed instrumentarium en assistentie Minimaal te behandelen patiënten: 10 per jaar Het betreft een prestatie voor de volledige behandeling, inclusief nacontroles en minimaal 3 keer sperma onderzoek
Besnijdenis (Circumcisie)	Gestandaardiseerde ingreep besnijdenis	€164,17	13041	Betreft een prestatie per ingreep, inclusief nacontrole Alleen de niet-medische besnijdenis is declarabel.

Bijlage 2.1

Naam component	Module Kwaliteit CZ Verrichtingscode 14929
Korte omschrijving module	De zorgverzekeraar wil huisartsen stimuleren structureel en systematisch te werken aan kwaliteitsverbetering in hun praktijk. De zorgverzekeraar wil toe naar prestatiegerichte honorering op basis van door partijen gedragen indicatoren met betrekking tot de kwaliteit van zorg. Accreditering en certificering zijn erop gericht het kwaliteitssysteem van de huisartsenpraktijk te toetsen aan vooraf vastgestelde eisen. Door deel te nemen aan accreditering of certificering kan een huisartsenpraktijk voor alle partijen in de gezondheidszorg - patiënten, hulpverleners, zorgverzekeraars en overheid - zichtbaar maken dat in de praktijk systematisch wordt gewerkt aan kwaliteitsverbetering. Ook geeft de huisarts hiermee aan met zijn praktijk te willen behoren tot de 'best practices' en kwalitatief goede zorg te willen leveren die aansluit bij de reële behoefte van de patiënt. Het voorgaande past in de lijn van het Transparantieproject
Voorwaarden	Deelname <ul style="list-style-type: none"> • De huisarts meldt zich aan bij de toetsende instantie (bijv. NPA of DEKRA). Bij de start het bewijs van aanmelding toesturen aan de Zorgverzekeraar. De huisarts neemt ieder jaar deel aan accreditering of certificering • Huisartsen die gestart zijn met accreditering moeten voor 2013 de prestatie Module kwaliteit op het persoonsgebonden deel aanvinken waarna ze het vastgestelde bedrag kunnen declareren • De huisartsen kunnen deze module ook na het eerste jaar bij CZ declareren Indien de registratie verloopt, dient de huisarts dit door te geven aan CZ. Evaluatie <ul style="list-style-type: none"> • De huisarts behaalt ieder jaar van de cyclus het accreditatiebewijs of kwaliteitscertificaat. De zorgverzekeraar controleert periodiek het register. • Indien niet aan de bovenstaande voorwaarden is voldaan zal de huisarts de ontvangen gelden voor de module kwaliteit aan de zorgverzekeraar retourneren
Honorering	Maximaal € 0,76 (per kalenderjaar) per ingeschreven verzekerde van de zorgverzekeraar. Declaratie vindt plaats per kwartaal, € 0,19. De opslag kan gedeclareerd worden vanaf het eerste kwartaal na aanmelding bij de toetsende instantie.
Meer informatie beschikbaar	www.praktijkaccreditering.nl www.dekra.nl CZ Relatiebeheer Zorgverleners Antwoordnummer 60306 5000 VB TILBURG Per e-mail: rz.huisartsen@cz.nl

Bijlage 2.2

Naam component	Module HOED / HOES realisatie Verrichtingscode 14924
Korte omschrijving module	Deze component heeft als doelstelling het stimuleren van het realiseren van HOED / HOES initiatieven.
Voorwaarden	<p>Aanvraag</p> <ul style="list-style-type: none">• Het samenwerkingsverband dient qua omvang minimaal 3 huisartsennormpraktijken (7000 patiënten) te omvatten.• Positieve beoordeling van de aanvraag inclusief SMART-geformuleerd plan van aanpak door de zorgverzekeraar.• Aanvraag vindt plaats middels het bij de zorgverzekeraar op te vragen aanvraagformulier.• Uit de aanvraag (samenwerkingsovereenkomst, plan van aanpak) blijkt dat de realisatie van de toekomstige HOED een vaststaand feit is (nieuw praktijkadres, geplande datum intrek, samenwerkingsafspraken e.d.).• Het plan van aanpak bevat SMART-geformuleerde doelstellingen en geeft duidelijk de meerwaarde van het samenwerkingsverband weer. <p>Evaluatie</p> <ul style="list-style-type: none">• Het samenwerkingsverband dient uiterlijk 5 kwartalen na de eerste declaratietermijn een verantwoording in over de besteding van de ontvangen gelden.• Betaling vindt plaats vanaf het eerste kwartaal volgend op een positieve beoordeling van plan van aanpak door zorgverzekeraar voor een periode van maximaal 4 kwartalen <p>Financiële randvoorwaarden</p> <ul style="list-style-type: none">• Initiatieven die eerder bij CZ, OHRA of Delta Lloyd financiering voor realisatie hebben ontvangen kunnen deze module niet nogmaals aanvragen.• De stimuleringsgelden zijn niet bedoeld ter financiering van ondersteuningsactiviteiten die ook door de regionale ondersteuningsstructuur geboden (kunnen) worden.
Honorering	<p>Maximaal € 1, (per kalenderjaar) per ingeschreven CZ verzekerde. Deze afspraak geldt tot een maximum van € 10.000,- per initiatief, na positieve beoordeling door CZ van de aanvraag.</p> <p>Declaratie vindt plaats per kwartaal, € 0,25. De opslag kan gedeclareerd worden vanaf het kwartaal volgend op goedkeuring aanvraag (maximaal 4 kwartalen).</p>
Meer informatie beschikbaar	<p>De regionale ondersteuningsstructuur biedt ondersteuning en begeleiding bij de totstandkoming van (aanvraag voor de module) HOED/HOES. Meer informatie is beschikbaar bij de regionale ondersteuningsstructuur. Voor het aanvraagformulier zie www.cz.nl/zorgaanbieder</p> <p>Het aanvraagformulier evenals de verantwoording kan, o.v.v. module HOED/HOES realisatie, ingediend worden bij:</p> <p>CZ Relatiebeheer Zorgverleners Antwoordnummer 60306 5000 VB TILBURG Per e-mail: rz.huisartsen@cz.nl</p>

Bijlage 2.3

Naam component	Module ouderenzorg <ul style="list-style-type: none">• Deze is bedoeld voor alle ouderen wonend in een reguliere woonsituatie, aanleunwoning of verzorgingshuis (niet voor bewoners van een verpleeghuis)• De module wordt voor het contractjaar 2015 beoordeeld• Maximaal aantal patiënten in de module: ± 50
Korte omschrijving module	Doel <p>De module ouderenzorg stimuleert de ontwikkeling van een multidisciplinair zorgaanbod voor kwetsbare ouderen met complexe problematiek in de thuissituatie, waardoor hun zelfredzaamheid toeneemt, ze langer in de thuissituatie kunnen verblijven en functies behouden of verbeterd kunnen worden. De huisarts heeft een coördinerende rol in deze multidisciplinaire zorg.</p> Definities <p>- <i>Leeftijd:</i> Als leeftijdsgrens voor ouderen wordt 75 jaar en ouder gehanteerd. Indien zorginhoudelijk kan worden aangetoond dat patiënten jonger dan 75 jaar in de module moeten worden meegenomen kan dit bij de jaarlijkse evaluatie worden aangegeven. Deze patiënten worden na positieve beoordeling meegenomen in de uitbetaling van deze module</p> <p>- <i>Kwetsbaarheid</i> Gelijktijdige afname op meerdere gebieden van het vermogen om weerstand te bieden aan fysieke belasting en bedreigingen van omgevingsinvloeden. (LHV complexe ouderenzorg 2009). Kwetsbaarheid ontstaat niet alleen door gezondheidsproblemen en de daaruit voortkomende beperkingen, maar ook door de mate waarin mensen beschikken over sociale vaardigheden, financiële middelen en een sociaal netwerk.</p> <p>Kwetsbaarheid is een heterogeen begrip;</p> <ul style="list-style-type: none">• Veel verschillende factoren wegen steeds op een andere manier mee.• Ook compenserende factoren zijn belangrijk.• Het is geen optelsom of scorelijstje, maar een weging. <p>Het klinisch oordeel van de huisarts is belangrijk.</p> <p>- <i>Complexiteit</i> De complexiteit kan betrekking hebben op de problematiek van de patiënt (case complexity) en op de zorg (care complexity). Case complexity gaat vooral over de medische complexiteit en omvat bijvoorbeeld alle (para)medische behandelingen om het functionele niveau van de patiënt te behouden of te verbeteren. Zorgcomplexiteit gaat over verpleging, verzorging en de mantelzorg. Een complexe zorgsituatie ontstaat bij veel of ingewikkelde zorgvragen: -veel betrokken hulpverleners. -onzekerheid over te voeren beleid. -onvoorspelbaarheid van het verdere beloop. -gebrek aan overeenstemming tussen verschillende hulpverleners. Case complexity en care complexity gaan vaak samen, noodzakelijk is dat niet.</p> Activiteiten <ul style="list-style-type: none">- Patiënten worden geïncorporeerd in de module middels een meetinstrument- Bij het signaleren van kwetsbaarheid en complexiteit wordt de zorgvraag integraal in kaart gebracht

	<ul style="list-style-type: none"> - Er wordt een individueel zorgplan opgesteld - Er wordt een polyfarmaciecheck uitgevoerd - Er vindt MDO plaats - De werkwijze/behandelmethodede dient onderdeel te worden van de dagelijkse praktijkvoering. <p>De nadruk ligt zowel op een tijdige signalering als op adequate én afgestemde/ gecoördineerde behandeling (behoud of herstel van functionaliteit, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven) van kwetsbare ouderen met complexe problematiek.</p>
Voorwaarden	<p>Deelname</p> <p>Organisatorische voorwaarden</p> <ul style="list-style-type: none"> - De huisarts heeft een praktijkondersteuner die werkzaam is in de praktijk (bij voorkeur ook een POH-GGZ) - Huisarts en POH vormen samen het “kernteam” rond de kwetsbare ouderen. - Bij de start van de module worden afspraken gemaakt over opzet en realisatie van de module (o.a. evaluatiemoment en betaling) - Het kernteam organiseert MDO (minimaal 6x per jaar met o.a. de volgende disciplines: thuiszorg, POH, spv, maatschappelijk werk, fysiotherapeut/ergotherapeut). - Binnen een jaar na de start van de module is er een regionaal geriatrisch netwerk aanwezig. Aan het netwerk nemen deel: vertegenwoordigers van de 1^e lijn (de apotheker en eventueel de kaderhuisarts geriatric) en vertegenwoordigers van de 2^e lijn (de klinisch geriater of internist ouderenzorg of specialist ouderenzorg). Het kernteam kan het geriatrisch netwerk raadplegen voor consultatie of geriatrische polyfarmaciecheck. - Huisartsen werken lokaal/regionaal samen om de doelstelling van deze module te realiseren. - De huisarts en de POH dienen jaarlijks een nascholing op het gebied van ouderen(zorg) te volgen. <p>Voorwaarden zorgverlening</p> <p>Meetinstrument bepalen: GFI, Trazag, Easy Care of een ander (gevalideerd) instrument. Bij signalering van kwetsbaarheid wordt de zorgvraag van de patiënt integraal in kaart gebracht. Hierbij wordt gebruikgemaakt van het gekozen meetinstrument.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor iedere oudere die als “kwetsbaar” gescoord heeft met genoemd meetinstrument dient een zorgplan opgesteld te worden. Het zorgplan gaat uit van een integrale aanpak, waarbij de kwaliteit van leven voorop staat. Als uitgangspunt voor het zorgplan zal een door de beroepsgroep geaccordeerd format worden gebruikt. • Elk zorgplan bevat de resultaten van een uitgevoerde geriatrische polyfarmaciecheck. • Evaluatie van de ingestelde interventies vindt na 3 maanden plaats op basis van het zorgplan in het MDO. • Voor de patiënt/ mantelzorgers etc. dient 1 casemanager /aanspreekpunt te zijn. <p>Evaluatie</p> <p>Alle initiatieven dienen geëvalueerd te worden met behulp van een vast format. Het format is te vinden op de website www.cz.nl/zorgaanbieder. De zorgverzekeraar dient in het begin van het 4^e kwartaal na de start schriftelijk in kennis te worden gesteld van de evaluatie. Bij positieve beoordeling zal de verzekeraar overgaan tot uitbetaling van de afgesproken honorering voor deze module in het 5^e kwartaal na de start.</p>

Honorering	<p>Honorering vindt plaats na positieve beoordeling van de evaluatie, hierbij is o.a. aandacht voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • opzetten/onderhouden geriatrisch netwerk; • coördinatiewerkzaamheden voortkomend uit de module; • aanwezigheid van een individueel zorgplan; • vormgeving MDO; • uitvoering polyfarmaciecheck <p>Honorering vindt plaats in het 5e kwartaal na de start op basis van de aangeleverde evaluatie. De vergoeding bedraagt bij inclusie in de module in het eerste patiëntenjaar € 106,40 en in het tweede patiëntenjaar € 84,00 Deze wordt uitbetaald op basis van het aantal ingeschreven patiënten in de praktijk. Om tegemoet te komen aan het signaal van de huisartsen dat de module uitsluitend achteraf wordt gefinancierd is besloten om de POH-S werkzaamheden(niet patiëntgebonden activiteiten) voor de module ouderenzorg vooraf te financieren via de module POH-S. De consulten en visites van de POH (patiënt gebonden activiteiten) worden separaat via de reguliere financiering gehonoreerd Dit laatste geldt ook voor de consulten en visites van de huisarts.</p>
Inzet specialist ouderengeneeskunde	<p>Het is mogelijk om voor de uitvoering van de module complexe ouderenzorg gebruik te maken van een specialist ouderengeneeskunde. (specialist ouderengeneeskunde moet het via AWBZ aanvragen) Op de website: http://www.cz.nl/huisartsenzorg-toelichting-specialist-ouderenzorg-zorgaanbieders.pdf vindt u een bijlage over de mogelijkheden en voorwaarden waar u aan moet voldoen om deze inzet op een goede manier vorm te geven.</p>
Bijlage 2.3.A	NIEUW
	ICT-Tool (digitaal portaal/netwerk)
Omschrijving	<p>Huisartsen die gebruik maken van een ict ondersteuning (digitaal portaal/netwerk) om de communicatie en samenwerking tussen 1^e lijns hulpverleners te verbeteren, kunnen in aanmerking komen voor een opslag.</p> <p>Voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De huisarts neemt deel aan de module ouderenzorg; • Toepassing van de tool dient niet in strijd te zijn met privacy wetgeving; • De tool dient toegankelijk te zijn voor alle hulpverleners die betrokken zijn bij de behandeling van de betreffende patiënt. De tool fungeert als digitale overlegtafel (zorgprofessionals wisselen onderling veilig en snel actuele zorg- en welzijnsinfo uit) de tool brengt daarmee hulpverleners in een virtuele omgeving bij elkaar waardoor samenwerking makkelijker wordt. • De tool bevat een digitaal multidisciplinair zorgplan. Via de tool dient dit digitale individuele zorgplan van de patiënt inzichtelijk en bewerkbaar te zijn voor alle betrokken hulpverleners; • De tool versterkt de rol van de zorgcoördinator en de mantelzorger Het patiëntensysteem (patiënt en mantelzorger) heeft via de tool tevens toegang tot het zorgdossier, waardoor deze meer regie kan voeren over de zorg. • De tool vermindert het aantal fysieke en/of digitale multidisciplinaire overleggen. • De tool voldoet aan de beveiligingseisen die de overheid stelt aan informatiesystemen waarin medische gegevens worden bewaard. (o.a. is de toegang tot het systeem beveiligd etc.) • De tool communiceert met alle hissen en andere automatiseringssystemen van andere betrokken hulpverleners • Extra kosten voor ICT dienen aantoonbaar te zijn • Inrichting van de gekozen ICT-systematiek wordt getoetst bij aanvraag door zorginkoop (bijv. Virtuele verzorgingshuis of ZWIP)

Honorering	<ul style="list-style-type: none"> • Wordt vastgesteld na aanvraag • Is afhankelijk van leverancier/systeemkeuze • In afstemming met zorginkoop
Bijlage 2.3.B	NIEUW
	Ouderenmodule Transmuraal
Omschrijving	<p>Deze opslag is bedoeld voor huisartsen die samenwerken met ziekenhuizen waar de zorg voor kwetsbare ouderen met risico op functieverlies extra aandacht krijgt. (http://www.cz.nl/zorgaanbieder/huisartsenzorg/huisarts-en-gezondheidscentrum/beleid)</p> <p>Het gaat om kwetsbare patiënten geïncludeerd in de ouderenmodule, die al dan niet acuut, in het ziekenhuis worden opgenomen en risico lopen op functieverlies.</p> <p>Voor de ouderenmodule plus worden extra interventies verwacht van de huisartsenpraktijk, zowel vóór opname als de eerste weken tot maanden direct na opname.</p> <p>Dit om functieverlies (achteruitgang in ADL) en heropnames te voorkomen.</p>
Voorwaarden:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Er wordt samengewerkt met een ziekenhuis dat werkt volgens de principes van het door CZ vastgestelde ouderenbeleid: http://www.cz.nl/zorgaanbieder/huisartsenzorg/huisarts-en-gezondheidscentrum/beleid. ➤ Er worden samen met de 2^e lijn multidisciplinaire instellingsoverschrijdende functiegerichte (herstel)zorgpaden ontwikkeld voor die kwetsbare patiënt met risico op functieverlies. ➤ Er zijn afspraken gemaakt met het ziekenhuis over de tijdige (binnen 24 uur) overdracht van de patiëntgegevens na ontslag uit het ziekenhuis. ➤ Er zijn afspraken gemaakt met het ziekenhuis over de taakverdeling mbt het opstellen van het zorgplan. ➤ Er zijn afspraken gemaakt met het ziekenhuis over de taakverdeling en deelname aan het MDO in de 2^e lijn. ➤ De huisartsenpraktijk neemt deel aan de module ouderenzorg
Interventies:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Voordat een patiënt wordt opgenomen in het ziekenhuis (selectieve opname), wordt de patiënt actief gescreend op het risico op functieverlies via de vragenlijst “Identification of Seniors At Risk-Hospitalized Patients” (ISAR-HP). Bij een acute opname dient dit in het ziekenhuis te gebeuren. link naar ISAR-HP: www.effectieveouderenzorg.nl/Portals/0/ISAR.pdf ➤ Er is een intensieve nabehandeling in de eerste lijn mbv een casemanager met geriatrische expertise. Deze coördineert het multidisciplinaire zorgproces. Deze casemanager heeft al tijdens de opname contact met de 2^e lijn. ➤ De patiënt wordt geholpen en gemotiveerd bij therapietrouw aan het zorgplan. ➤ Risicofactoren voor functieverlies worden tijdens de reactivatieperiode in kaart gebracht en aangepakt. ➤ In de module wordt een beroep gedaan op het gevormde geriatrische netwerk. ➤ Er vindt na ontslag uit het ziekenhuis in de 1^e lijn een nieuwe medicatiereview plaats. ➤ Wekelijks wordt patiënt besproken met leden van het multidisciplinaire

	<p>team.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aanspreekpunt voor de mantelzorgers is zowel in de 1^e als de 2^e lijn de aangewezen casemanager/coordinator ➤ Bij een selectieve opname voor een operatie bij een kwetsbare oudere kan preoperatieve fysiotherapie overwogen worden om functieverlies zoveel mogelijk te voorkomen. (Bij grote buikoperaties, bypasses en heup- en knie-operaties)
Evaluatie:	<p>Er zal geëvalueerd worden op:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ aantal patiënten in Transmurale module ➤ aantal patiënten waarbij het ISAR instrument is afgenomen ➤ aantal patiënten niet achteruitgegaan in ADL (hierbij kan gebruik worden gemaakt van de Barthel index of de ADL schaal van Katz) ➤ aantal heropnames (is 2^e opname binnen 6 maanden) per verslagjaar ➤ aantal aandoeningen waarvoor een herstellingspad is afgesproken tussen de 1^e en de 2^e lijn. Deze herstellingspaden dienen instellingsoverschrijdend te zijn. <p>Indien de huisartsenpraktijk gebruik wil maken van de ouderenmodule Transmuraal, dan dient bij de aanvraag een plan van aanpak inclusief beschrijving van de werkwijze ingediend te worden.</p>
Honorering	Middels achteraffinanciering bestaat de vergoeding uit: € 190,00 per patient per jaar bij een positieve evaluatie.
Meer informatie beschikbaar	Voor meer informatie over de inhoud van de module, de honorering, de afspraken en/of te gebruiken (inschrijf)formulieren zie www.cz.nl/zorgaanbieder
Algemene ontwikkeling voor de hele module ouderenzorg	Om de ouderenzorg toekomstbestendig te maken, wordt bij de NZA een betaaltitel in het kader van een innovatietraject aangevraagd voor delen van of voor de gehele ouderenmodule. Bij toekenning van deze betaaltitel wordt bovenstaande financiering op een andere manier georganiseerd, waarbij het financiële resultaat voor de deelnemers echter niet verandert.

Bijlage 2.4:

	<p>Module Verwijzen met behulp van ZorgDomein (Uitsluitend van toepassing voor huisartsen waarbij ZorgDomein in de praktijkvoering voor 01-01-2013 geen onderdeel uitmaakt van de verwijsprocedure)</p> <p>Verrichtingscode:14121</p>
Doel:	<p>Deze M&I module heeft als doel om met behulp van ZorgDomein het verwijsproces tussen huisarts en specialist efficiënter te laten verlopen. ZorgDomein ondersteunt het verwijsproces tussen de 1e en 2e lijnszorg met een internetgebaseerde verwijsapplicatie en slaat daarmee een brug tussen de huisarts en het ziekenhuis.</p> <p>Dit leidt tot de volgende subdoelstellingen:</p> <ul style="list-style-type: none">• De huisarts is in staat het verwijsproces efficiënter te stroomlijnen.• De verzekerde en de huisartsen krijgen inzicht in het zorgaanbod en de toegangstijden, waardoor hij/zij in staat is een meer afgewogen keuze uit het zorgaanbod te maken.• De huisarts kan de verzekerde beter begeleiden in het keuzeprocess en beschikt over de juiste informatie.• Het verwijsproces en bijhorende berichtenverkeer zijn elektronisch ingericht.• De ziekenhuizen krijgen een prikkel hun zorgaanbod voor verwijzers te verbeteren en inzichtelijk te maken.• De ziekenhuizen krijgen een betere workflow op de poliklinieken.• Het verwijsproces bestaat uit de volgende stappen:<ul style="list-style-type: none">➢ De huisarts start de verwijsapplicatie vanuit het eigen systeem (HIS).➢ De huisarts geeft de patiënt inzicht in de te verwachten wachttijden en service van het zorgaanbod.➢ De huisarts biedt de patiënt keuzemogelijkheid in het (regionaal) beschikbare zorgaanbod.➢ De huisarts geeft de patiënt informatie en voorlichting over het gekozen zorgtraject in het ziekenhuis.➢ De huisarts maakt bij elke verwijzing een verwijsbrief volgens de laatste NHG-standaard (HASP-richtlijn).➢ De huisarts zendt de verwijsbrief elektronisch aan het ziekenhuis.➢ De huisarts zendt (eventuele) aanvragen voor diagnostiek elektronisch naar het ziekenhuis of diagnostisch centrum.➢ Het ziekenhuis heeft de mogelijkheid haar berichtgeving elektronisch retour te zenden aan de huisarts.➢ De huisarts biedt transparantie in de kwantiteit en kwaliteit van zijn verwijzingen.➢ Doelgroep is de gehele praktijkpopulatie van een, met ZorgDomein verwijzende, huisarts.
Voorwaarden:	<p>Om in aanmerking te komen voor de module Verwijzen met behulp van ZorgDomein dient aan de volgende voorwaarden te zijn voldaan:</p> <ul style="list-style-type: none">• De huisarts kan in zijn/haar regio verwijzingen via ZorgDomein uitvoeren (dit is ervan afhankelijk of ziekenhuizen in de regio hun zorgaanbod al in ZorgDomein hebben opgenomen).• Inspanning huisarts t.a.v. de resultaten:<ul style="list-style-type: none">➢ Delen van patiënteninformatie t.a.v. inzicht en keuze in de beschikbare zorg en inzicht in de wachttijd.➢ Verhoging transparantie verwijstraject.➢ Toename van geprotocolleerd verwijzen.➢ Toename kwaliteit verwijzingen: reductie onderverwijzingen en reductie oververwijzingen.

	<ul style="list-style-type: none"> De prestatie-indicator voor de huisarts is: De huisarts verwijst vanaf deelname aan de M&I-module minimaal 50% van de verwijzingen naar op ZorgDomein aangesloten ziekenhuizen met behulp van ZorgDomein. Beoordeling op het voldoen aan de prestatie-indicator vindt vanuit CZ plaats op nader te bepalen momenten, maximaal een keer gedurende de looptijd van de M&I-module. Huisartsen die ten tijde van de beoordeling nog geen 6 maanden deelnemen aan de M&I-module, vallen buiten de beoordeling. Betaling kan na deze beoordeling worden gestaakt bij niet voldoen aan de prestatie-indicator.
Meer informatie beschikbaar	Voor meer informatie over de inhoud van de module, de honorering, de afspraken en/of te gebruiken (inschrijf)formulieren zie: www.cz.nl/zorgaanbieder
Honorering	Deze module maakt voor het jaar 2013 en 2014 onderdeel uit van de individuele huisartsenovereenkomst, er kan echter maar 1 jaar gebruik worden gemaakt van de financiering van Zorgdomein via deze module Voor de module Verwijzen m.b.v. ZorgDomein is een tarief beschikbaar van € 0,14 per verzekerde per kwartaal per verzekerde per kwartaal voor de projectduur van maximaal 1 jaar. De module wordt uitsluitend ingezet voor nieuwe gebruikers, eerder gefinancierde huisartsen (bv. door ziekenhuizen) op het gebied van deze module worden afgewezen.

Bijlage 2.5:

Naam component	Module POH-S Verrichtingscode 14120										
Korte omschrijving module	De Module POH-S is bedoeld ter stimulering van de inzet van de praktijkondersteuner somatiek, die in de huisartsenpraktijk ook buiten de afspraken met de zorggroep om ingezet kan worden.										
Voorwaarden	<p>Aanvraag</p> <ul style="list-style-type: none"> • De huisarts heeft voldoende assistentie, minimaal 0,7 FTE per normpraktijk. • De huisarts maakt gebruik van een Electronisch Medisch Dossier en een Electronisch Voorschrijfsysteem (EVS). De huisarts codeert met ICPC-code op de E-regel. • De praktijkondersteuner dient in het bezit te zijn van de HBO opleiding Praktijkondersteuning. Als de praktijkondersteuner nog in opleiding is, dient deze (in principe) binnen de gestelde opleidingstijd de studie af te ronden, waarbij een uitloop van maximaal een jaar mogelijk is (vanwege herexamen, ziekte, zwangerschap e.d.). Een praktijkondersteuner die voor 2010 is aangesteld en niet voldoet aan bovenstaande opleidingseis, hoeft geen HBO opleiding praktijkondersteuning te volgen, indien: <ul style="list-style-type: none"> ➢ deze in het bezit is van een HBO-V diploma (niveau 5) of ➢ deze in het bezit is van een verpleegkunde niveau 4 opleiding met aanvullende opleiding zoals genoemd in bijlage 8 van het beleidsdocument POH-S 2011. • Er is een goed geoutilleerde werkruimte met toegang tot HIS voor de praktijkondersteuner beschikbaar gedurende de uren dat de praktijkondersteuner werkt. • Aanvragen en wijzigingen vinden plaats middels het bij de zorgverzekeraar op te vragen aanvraag-/wijzigingsformulier. • Huisartsen die voor het eerst POH-S inzetten dienen de aanvraag eerst voor te leggen aan de toetsingscommissie POH-S. CZ neemt alleen aanvragen voor POH-S in behandeling die een positief advies hebben van de toetsingscommissie. <p>De huisarts vult op het aanvraagformulier in voor welke onderwerpen de POH-S binnen de huisartsenpraktijk wordt ingezet. Wanneer een onderwerp wordt aangekruist, conformeert de huisarts zich aan de voorwaarden die per onderwerp hieraan verbonden zijn.</p> <p>Inhoudelijke voorwaarden voor aanvragen per onderwerp ¹</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Onderwerp</th> <th>Voorwaarden</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Astma</td> <td>Minimale omvang patiëntengroep: 2% van praktijkpopulatie. Alleen patiënten includeren die worden behandeld met farmacotherapie. Patiënt heeft een individueel zorgplan.</td> </tr> <tr> <td>Ouderenzorg (incl. dementie)</td> <td>Alleen aan te vragen indien de module ouderen zorg (bijlage 2.3) wordt uitgevoerd binnen de praktijk.</td> </tr> <tr> <td>CVA</td> <td>Patiënt woont zelfstandig en is hulpbehoevend. Deelname aan team voor multidisciplinaire zorg (stroke team). Er is een multidisciplinair overleg in de regio georganiseerd. Patiënt heeft een individueel zorgplan.</td> </tr> <tr> <td>VRM Primaire preventie</td> <td>Indien de primaire preventie is ingekocht via de DBC VRM, kan deze niet worden aangevraagd via de module POH-S. Indien u een volledig VRM programma (buiten de DBC) aanbiedt, kunt u naast de VRM primaire preventie ook gebruik maken van de VRM secundaire preventie. Patiënt heeft een individueel zorgplan.</td> </tr> </tbody> </table>	Onderwerp	Voorwaarden	Astma	Minimale omvang patiëntengroep: 2% van praktijkpopulatie. Alleen patiënten includeren die worden behandeld met farmacotherapie. Patiënt heeft een individueel zorgplan.	Ouderenzorg (incl. dementie)	Alleen aan te vragen indien de module ouderen zorg (bijlage 2.3) wordt uitgevoerd binnen de praktijk.	CVA	Patiënt woont zelfstandig en is hulpbehoevend. Deelname aan team voor multidisciplinaire zorg (stroke team). Er is een multidisciplinair overleg in de regio georganiseerd. Patiënt heeft een individueel zorgplan.	VRM Primaire preventie	Indien de primaire preventie is ingekocht via de DBC VRM, kan deze niet worden aangevraagd via de module POH-S. Indien u een volledig VRM programma (buiten de DBC) aanbiedt, kunt u naast de VRM primaire preventie ook gebruik maken van de VRM secundaire preventie. Patiënt heeft een individueel zorgplan.
Onderwerp	Voorwaarden										
Astma	Minimale omvang patiëntengroep: 2% van praktijkpopulatie. Alleen patiënten includeren die worden behandeld met farmacotherapie. Patiënt heeft een individueel zorgplan.										
Ouderenzorg (incl. dementie)	Alleen aan te vragen indien de module ouderen zorg (bijlage 2.3) wordt uitgevoerd binnen de praktijk.										
CVA	Patiënt woont zelfstandig en is hulpbehoevend. Deelname aan team voor multidisciplinaire zorg (stroke team). Er is een multidisciplinair overleg in de regio georganiseerd. Patiënt heeft een individueel zorgplan.										
VRM Primaire preventie	Indien de primaire preventie is ingekocht via de DBC VRM, kan deze niet worden aangevraagd via de module POH-S. Indien u een volledig VRM programma (buiten de DBC) aanbiedt, kunt u naast de VRM primaire preventie ook gebruik maken van de VRM secundaire preventie. Patiënt heeft een individueel zorgplan.										

Onderstaande onderwerpen zijn alleen van toepassing wanneer er géén deelname is aan een betreffende DBC binnen een zorggroep. Per 1 januari 2014 vervallen deze onderwerpen binnen de POH-S financiering. Deze onderwerpen zijn alleen te declareren als voorbereiding op DBC afspraak ketenzorg, voor maximaal 1 jaar

Onderwerp	Voorwaarden
COPD	Als in ketenzorg bij zorggroep (DBC): nee Alleen als voorbereiding op keten: max. 1 jaar
VRM Secundaire preventie	Als in ketenzorg bij zorggroep (DBC): nee Alleen als voorbereiding op keten: max. 1 jaar (buiten de DBC) Indien u een volledig VRM programma aanbiedt, kunt u naast de VRM secundaire preventie ook gebruik maken van de VRM primaire preventie.

¹ =Bij de gekozen onderwerpen wordt er, indien deze voorhanden zijn, gewerkt op basis van de voorliggende zorgstandaarden

Evaluatie

- Per gefinancierd onderwerp, is uitgewerkt op welke punten er geëvalueerd wordt. De evaluatie dient u vóór 1 april 2014 aan te leveren bij Meetpunt Kwaliteit. Een online tool hiervoor wordt tijdig beschikbaar gesteld.

Financiële randvoorwaarden

- Het tarief POH-S wordt jaarlijks per 1 januari door CZ vastgesteld.
 - Indien er geen wijzigingen in uw praktijk hebben plaatsgevonden op het gebied van POH-S, dan loopt de financiering in 2013 automatisch door. U ontvangt dan van CZ een brief met daarin het tarief voor 2013. Hierin verwerken wij automatisch het verhoogde tarief voor 2013.
 - Indien er wel wijzigingen hebben plaatsgevonden op het gebied van de POH-S, dan dient u vóór 1 december 2012 een wijzigingsformulier op te sturen. Dit formulier kunt u vinden op de website voor zorgverleners van CZ.
- In december 2012 ontvangt u een bevestiging van CZ met daarop het tarief voor 2013.
- Indien u voor het einde van het kwartaal een wijziging heeft ingestuurd, ontvangt u een aangepast tarief met ingangsdatum de eerste dag van het nieuwe kwartaal.
- Indien gedurende het jaar de POH-S werkzaamheden wijzigen, of niet meer wordt voldaan wordt aan gestelde voorwaarden, informeert de huisarts CZ hierover door middel van een ingevuld wijzigingsformulier. Op basis van deze gegevens zal CZ, indien mogelijk, het nieuwe POH-S tarief berekenen en de huisarts hierover schriftelijk informeren.

Honorering	<p>Per onderwerp is een tarief bepaald, op basis van de gemiddelde tijdsinvestering (indirecte patiëntentijd en niet- patiëntgebonden tijd) en de gemiddelde prevalentie van de betreffende aandoening in de huisartsenpraktijk. De huisarts geeft bij de aanvraag/wijziging aan welke onderwerpen worden uitgevoerd door de POH-S binnen de huisartsenpraktijk.</p> <table border="1" data-bbox="395 360 778 573"> <thead> <tr> <th>Onderwerp</th> <th>Jaartarief</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Astma</td> <td>€ 1,48</td> </tr> <tr> <td>Ouderenzorg</td> <td>€ 1,56</td> </tr> <tr> <td>CVA</td> <td>€ 0,96</td> </tr> <tr> <td>VRM primaire preventie</td> <td>€ 3,88</td> </tr> </tbody> </table> <p>Onderstaande onderwerpen zijn alleen van toepassing wanneer er géén deelname is aan een betreffende DBC binnen een zorggroep. Deze onderwerpen zijn enkel te declareren voor maximaal 1 jaar als voorbereiding op ketenzorg via een zorggroep.</p> <table border="1" data-bbox="395 730 778 898"> <thead> <tr> <th>Onderwerp</th> <th>Jaartarief</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>COPD</td> <td>€ 0,76</td> </tr> <tr> <td>VRM secundaire preventie</td> <td>€ 2,44</td> </tr> </tbody> </table> <p>In de vaststelling van het tarief worden de losse tarieven per onderwerp bij elkaar opgeteld. De huisarts ontvangt uiteindelijk een totaaltarief per kwartaal.</p>	Onderwerp	Jaartarief	Astma	€ 1,48	Ouderenzorg	€ 1,56	CVA	€ 0,96	VRM primaire preventie	€ 3,88	Onderwerp	Jaartarief	COPD	€ 0,76	VRM secundaire preventie	€ 2,44
Onderwerp	Jaartarief																
Astma	€ 1,48																
Ouderenzorg	€ 1,56																
CVA	€ 0,96																
VRM primaire preventie	€ 3,88																
Onderwerp	Jaartarief																
COPD	€ 0,76																
VRM secundaire preventie	€ 2,44																
Meer informatie beschikbaar	<p>Voor meer informatie zie www.cz.nl/zorgaanbieder</p> <p>Het aanvraag-/wijzigingsformulier kan, o.v.v. module POH-S, ingediend worden bij:</p> <p>CZ Relatiebeheer Zorgverleners Antwoordnummer 60306 5000 VB TILBURG Per e-mail: rz.huisartsen@cz.nl</p>																

Bijlage 2.6

Naam component	Module Vrije Projecten
Korte omschrijving module	<p>Korte omschrijving module: Binnen deze module is het mogelijk financiering aan te vragen voor regio-specifieke projecten binnen de door CZ vastgestelde thema's.</p> <ul style="list-style-type: none">• De ontwikkeling van programmatische aanpak van chronische aandoeningen;• Substitutie van 2^e naar 1^e lijn;• Kwaliteitsbevordering van zorg;• Verhoging van de doelmatigheid van zorg. <p>Om de opbrengst van een project tussentijds te kunnen monitoren en na afloop te kunnen evalueren is het noodzakelijk dat voor start van het project aantoonbare doelmatigheid en aantoonbare kwaliteit v.w.b. de verwachte opbrengsten concreet worden gemaakt aan de hand van indicatoren.</p>
Voorwaarden	<p>Voorwaarden: Projecten dienen betrekking te hebben op een van de 4 onderwerpen genoemd bij de korte omschrijving.</p> <p>Financiële randvoorwaarden De stimuleringsgelden zijn niet bedoeld ter financiering van ondersteuningsactiviteiten die ook door de regionale ondersteuningsstructuur geboden (kunnen) worden. Er is geen sprake van overlap in financiering middels overige financieringsbronnen.</p>
Honorering	Tarief is afhankelijk van beschikbaar budget en de kosten van het project.
Meer informatie beschikbaar	<p>De regionale ondersteuningsstructuur biedt ondersteuning en begeleiding bij het opstellen van projectvoorstellen en/of bij het indienen van een aanvraag voor de Module Vrije Projecten bij CZ. Meer informatie is beschikbaar bij de regionale ondersteuningsstructuur.</p> <p>Aanvragen en evaluaties kunnen ingediend worden o.v.v. module Vrije Projecten bij: CZ Relatiebeheer Zorgverleners Antwoordnummer 60306 5000 VB TILBURG Per e-mail: rz.huisartsen@cz.nl</p> <p>Voor meer informatie: www.cz.nl/zorgaanbieder</p>

Aanvulling op artikel 9 'achterafcontrole' van de overeenkomst zorgverzekeraar - vrijgevestigde huisarts 2013.

Stap 1: Inventarisatie mogelijke risico's

Op basis van de NZa-richtlijnen en de voorwaarden in de overeenkomst vrijgevestigde huisarts, inventariseert de Zorgverzekeraar de mogelijke risico's. Tijdens het declaratieproces wordt uiteraard zoveel mogelijk direct gecontroleerd. Bij sommige risico's wordt ervoor gekozen om achteraf te controleren.

Om te bepalen welke achterafcontroles noodzakelijk zijn om uit te voeren, worden eerst de aanwezige risico's op het gebied van onterechte/ondoelmatige vergoedingen van reeds gehonoreerde declaraties onderkend. Elk jaar wordt hiervoor een risicoanalyse opgesteld. De risicoanalyse bestaat uit een omgevings- en cijferanalyse. Er wordt gebruik gemaakt van interne en externe bronnen. Op basis van de risicoanalyse wordt bepaald welke risico's (specifieke onderdelen) uiteindelijk gecontroleerd worden. Per risico wordt de doelstelling van de controle en de wijze waarop de controle uitgevoerd zal worden, beschreven.

Het opstellen en uitvoeren van een controleplan is een jaarcyclus. Aan het eind van een kalenderjaar is een volledig controleplan opgesteld voor het daaropvolgende jaar waarbij het totale plan een mix van zowel formele als materiële controles bevat.

Van elk gecontroleerd risico wordt na afronding een eindrapportage opgesteld dat vervolgens ook ter inzage wordt gesteld aan zowel interne als externe controlediensten.

De conclusie van deze eindrapportage wordt tevens op hoofdlijnen besproken met de LHV/kringen.

Stap 2: Achterafcontroles

In de achterafcontroles worden formele (ofwel rechtmatigheids)controles en materiële controles onderscheiden. In de formele controles wordt nagegaan of de door de zorgaanbieder ingediende declaraties, in overeenstemming zijn met de geldende wet- en regelgeving en de in de gesloten overeenkomst opgenomen voorwaarden. De materiële controle wordt uitgevoerd om vast te stellen of de gedeclareerde Zorg overeenkomt met de werkelijke levering, of de Zorglevering doelmatig is geweest in relatie tot de zorgvraag en of er, mede in relatie tot de declaratie, sprake is van adequate dossiervorming.

Stap 3: Procedure controles:

- De uitkomsten van de achterafcontroles worden door de Zorgverzekeraar beoordeeld.
- Vervolgens wordt bepaald of en welke zorgaanbieders worden aangeschreven middels een brief. In de brief wordt de zorgaanbieder op de hoogte gebracht van de geconstateerde bevindingen, die mogelijk leiden tot een terug te vorderen bedrag. Tevens kunnen de bevindingen leiden tot nadere afspraken over een traject om te komen tot doelmatigere zorg. Na afronding van het jaar waarin de verrichting is gedeclareerd worden de zorgaanbieders die dit betreft binnen twee jaar op de hoogte gesteld over de bevindingen n.a.v. deze controle.
- De Zorgaanbieder wordt altijd in de gelegenheid gesteld binnen de in het schriftelijk verzoek gestelde termijn (meestal 3 weken) te reageren op de door de Zorgverzekeraar geconstateerde bevindingen.
- Indien de huisarts niet binnen de gestelde termijn reageert, gaat deze akkoord met de bevindingen en dient de vordering door de Zorgaanbieder te worden betaald binnen de gestelde termijn.
- Pas als niet mogelijk is gebleken om met minder ingrijpende controlemiddelen voldoende zekerheid te krijgen zal de Zorgverzekeraar zwaardere, ingrijpende controlemiddelen inzetten.

Stap 4: Vervolgprocedure controle

De ontvangen reacties worden beoordeeld; een reactie kan leiden tot handhaving, aanpassing of seponering van het vorderingsbedrag en/of tot nadere afspraken m.b.t. doelmatigere Zorg.

Procedure bij handhaving of aanpassing van het vorderingbedrag:

- *Terugvordering onterecht ontvangen declaraties*

Bij handhaving of aanpassing van het vorderingsbedrag, ontvangt de Zorgaanbieder schriftelijk bericht over het uiteindelijke vorderingsbedrag en de wijze van terugstorten binnen de vastgestelde betaaltermijn. Indien het vorderingsbedrag niet tijdig is overgemaakt, ontvangt de Zorgaanbieder een (schriftelijke) herinnering. De Zorgaanbieder krijgt dan opnieuw de mogelijkheid om binnen de vastgestelde termijn te betalen. Indien ook aan deze herinnering geen gehoor wordt gegeven, zal uiteindelijk het vorderingsbedrag worden verrekend met de eerstvolgende ingediende declaratie.

- *Verrekenen bij overschrijding betaaltermijn*

Bij verrekening wordt de zorgaanbieder altijd vooraf schriftelijk in kennis gesteld.

Procedure bij seponering van het vorderingsbedrag:

De Zorgaanbieder ontvangt schriftelijk bericht over het (definitief) vervallen van de vordering.

Deel II, bijlage 4: Aandachtspunten Farmacie-Huisartsenzorg

In de afgelopen jaren hebben doelmatigheid en kwaliteit van zorg in de samenwerking tussen huisartsen en apothekers hoog in het vaandel gestaan. Mede door het succesvolle preferentiebeleid (van alle zorgverzekeraars) wordt er in Nederland jaarlijks een miljard Euro minder uitgegeven aan geneesmiddelen.

De Module Optimaal Geneesmiddelengebruik van CZ heeft middels prescriptie-indicatoren die zijn gebaseerd op de NHG-standaarden, bij huisartsen en apothekers bewustwording bewerkstelligt voor doelmatigheid en kwaliteit van zorg bij het voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen.

In het convenant huisartsenzorg 2012/2013 tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wordt het onderwerp doelmatig voorschrijven expliciet omschreven.

CZ heeft hiertoe in het kader van het convenant een aantal onderbelichte onderwerpen uit de huisartsenpraktijk geconcretiseerd waarvan wij u vragen in uw voorschrijfgedrag/doelmatig voorschrijven rekening mee te houden:

Achtereenvolgens worden de volgende onderwerpen besproken:

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

1. Medische Noodzaak (MN) op het recept:

Indien na gebruik van een door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, objectief Medische Noodzaak is vastgesteld door de huisarts en apotheekhoudende tezamen, vergoedt de zorgverzekeraar het goedkoopste medisch verantwoord alternatief. De huisarts legt de reden van de Medische Noodzaak zodanig vast in het patiëntendossier dat deze bij materiële controles kunnen worden overlegd.

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

2. Prescriptie-indicatoren:

Uit het project Module Optimaal Geneesmiddelengebruik is gebleken dat de huisarts voornamelijk volgens standaarden voorschrijft bij nieuwe patiënten. Bij bestaande patiënten blijkt dit moeilijker te zijn en waren hierbij nauwelijks veranderingen te zien. Het moge duidelijk zijn dat voor beide patiëntengroepen veranderingen essentieel zijn. CZ zal de wijziging in voorschrijfgedrag monitoren met behulp van prescriptie-indicatoren vergelijkbaar met de indicatoren zoals weergegeven in de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen.

3. Uitwisseling van laboratoriumuitslagen met de apotheek.

Indien apothekers laboratoriumuitslagen van patiënten nodig hebben om de kwaliteit van farmaceutische zorg te garanderen en de patiënt geeft toestemming voor het opvragen van deze gegevens, verwacht CZ medewerking van de huisarts.

4. Indicaties op het recept.

Indien een patiënt een indicatie heeft die door IGZ is aangewezen voor vermelding op het recept, verwacht de zorgverzekeraar dat de huisarts aan deze wettelijke verplichting voldoet.

5. Inachtneming van de prescriptieregeling farmacie.

Bij het voorschrijven van geneesmiddelen gelden de volgende perioden:

- maximaal vijftien dagen (of de kleinste verpakking tot een maximum van dertig stuks): bij een voor de patiënt nieuw geneesmiddel;
- maximaal dertig dagen: bij geneesmiddelen die angst en onrust verminderen (anxiolytica) en bij slaapmiddelen (hypnotica);
- drie maanden: bij geneesmiddelen voor de behandeling van een chronische ziekte en bij insuline voor de behandeling van diabetes;

- minimaal drie en maximaal twaalf maanden: bij "de pil" (orale anticonceptiemiddelen);
- maximaal één maand of de kleinste verpakking: bij geneesmiddelen die meer dan € 1000,- per maand kosten (in verband met spillage)
- maximaal één maand: in andere gevallen.

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

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

6. Weekterhandstelling.

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

- hij de medicatie zelf beheert en
- niemand anders verantwoordelijk is om het geneesmiddelenbeheer over te nemen en
- er zich een onaanvaardbaar risico voordoet van verkeerd gebruik of misbruik door de toestand van de Verzekerde, gecombineerd met de aard van het geneesmiddel en
- de voorschrijver een weekterhandstelling aangewezen vindt.

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

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