



Zorgovereenkomst Farmaceutische Zorg VGZ 2019

De ondergetekenden:

A De Zorgverzekeraar: VGZ Zorgverzekeraar NV
VGZ voor de Zorg NV
IZA Zorgverzekeraar NV
NV Zorgverzekeraar UMC
NV Univé Zorg

Correspondentieadres: VGZ
Contractmanagement
Postbus 445
5600 AK EINDHOVEN

Verder aangeduid als
'de Zorgverzekeraar'

en

B De Zorgaanbieder:
Naam rechtspersoon:
AGB-code rechtspersoon:
Adres rechtspersoon:
Postcode/Plaats rechtspersoon:
KvK.nr.:

Naam praktijk:
AGB-code praktijk:
Adres praktijk:
Postcode/Plaats praktijk:

KvK.nr.:
IBAN nummer:

Verder aangeduid als
'de Zorgaanbieder';

Komen overeen dat de contractuele relatie tussen partijen wordt beheerst door deze overeenkomst, bestaande uit:

- **Zorgovereenkomst Farmaceutische Zorg VGZ 2019**
- **Bijlagen:**
 - **Tarieven Farmaceutische Zorg 2019**
 - **Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2019**
 - **Uniforme Declaratieparagraaf versie 1.0**
 - **Bijlage Tarieven specifieke UR geneesmiddelen**



Definities:

Professionele standaard: Richtlijnen, modules, normen, zorgstandaarden, dan wel organisatiebeschrijvingen (voor zover van toepassing) die betrekking hebben op het gehele zorgproces of een deel van een specifiek zorgproces en die vastleggen wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de patiënt goede zorg te verlenen.

Inkoopprijs: De Inkoopprijs conform de G-standaard (uitgegeven door Z-Index B.V.).

PRK-cluster: PRK-cluster conform de G-standaard (uitgegeven door Z-Index B.V.).

VOORBEELD



Artikel 1 Zorgverlening

1. De Zorgaanbieder levert farmaceutische zorg aan de verzekerden van de Zorgverzekeraar voor zover zij op deze zorg zijn aangewezen en zich tot de Zorgaanbieder hebben gewend. De farmaceutische zorg omvat de farmaceutische zorg voor zover die behoort tot de aanspraak van verzekerden op grond van de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekeringen van de Zorgverzekeraar (waaronder het preferentiebeleid) en het hierop van toepassing zijnde Reglement farmaceutische zorg.
2. De Zorgaanbieder neemt bij het verlenen van zorg de eisen in acht die volgens de algemeen aanvaarde professionele standaard redelijkerwijs aan de te leveren zorg mogen worden gesteld en handelt in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving waaronder privacywetgeving en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet BIG.
3. De zorg als omschreven in lid 1 van dit artikel zal worden geleverd in overeenstemming met de vigerende NZa-beleidsregels en prestatiebeschrijvingbeschikking.

Artikel 2 Farmaceutische zorg die geen onderdeel uitmaakt van deze overeenkomst

In de onderstaande situaties maakt de geleverde farmaceutische zorg geen onderdeel uit van deze overeenkomst:

1. Farmaceutische zorg binnen een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, waarbij het geneesmiddel niet onder farmaceutische zorg valt maar onder geneeskundige zorg.
2. Farmaceutische zorg aan verzekerden die een Wlz-indicatie hebben voor de functie “verblijf” en “behandeling” in een Wlz-instelling.
3. Farmaceutische zorg die reeds elders wordt gefinancierd en/of geleverd aan de verzekerde, bijvoorbeeld doordat de verzekerde is opgenomen in een eerstelijns zorgprogramma.
4. Geneesmiddelen die in de thuissituatie onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist intraveneus worden toegediend en opgenomen zijn in het GVS en waarover de Zorgverzekeraar en het ziekenhuis expliciet hebben afgesproken dat deze geneesmiddelen worden geleverd en bekostigd door het ziekenhuis.

Artikel 3 Voorwaarden voor verstrekking prestaties

1. De Zorgaanbieder declareert voor de verleende farmaceutische zorg met inachtneming van het bepaalde in de vigerende NZa-beleidsregels en prestatiebeschrijvingbeschikking een tarief voor de dienstverlening door de Zorgaanbieder ten aanzien van de volgende prestaties:

Prestatie 1: Terhandstelling van een UR-geneesmiddel;

- 1.1 Basisprestatie standaardterhandstelling
- 1.2 Basisprestatie weekterhandstelling
- 1.3 Basisprestatie terhandstelling en begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel
- 1.4 Deelprestatie ANZ-dienstverlening
- 1.5 Deelprestatie Bijzondere magistrale bereiding
- 1.6 Deelprestatie Reguliere magistrale bereiding
- 1.7 Deelprestatie Dienstverlening thuis

Prestatie 2: Instructie patiënt UR-geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel;

Prestatie 3: Medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik;

- 3.1 Deelprestatie dienstverlening thuis.

Prestatie 4: Farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek;

Prestatie 5: Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname;

- 5.1 Deelprestatie ANZ-dienstverlening.

Prestatie 6: Farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis.



6.1 Deelprestatie ANZ-dienstverlening;

6.2 Deelprestatie Dienstverlening thuis.

2. De prestatie 1 (Terhandstelling van een UR-geneesmiddel) kan door de Zorgaanbieder slechts bij de Zorgverzekeraar in rekening worden gebracht indien de Zorgaanbieder een UR-geneesmiddel ter hand heeft gesteld waar de verzekerde op grond van zijn zorgverzekering aanspraak op heeft.
3. De Zorgaanbieder declareert voor de verleende farmaceutische zorg met inachtneming van het bepaalde in de vigerende NZa-beleidsregels, de prestatiebeschrijvingbeschikking en de nadere voorwaarden vermeld in artikel 5 het tarief voor de inkoopkosten van het ter hand gestelde UR-geneesmiddel.
4. De Zorgaanbieder brengt voor de geleverde prestaties de tarieven in rekening zoals opgenomen in de bijlage 'Tarieven Farmaceutische Zorg 2019' bij deze overeenkomst.

Artikel 4 Nadere voorwaarden prestaties

In aanvulling op artikel 3 lid 1 gelden de volgende nadere voorwaarden voor verstrekking van de prestaties.

1. **Prestatie 1: Terhandstelling van een UR-geneesmiddel**
De standaardterhandstelling mag ook gedeclareerd worden indien de activiteiten zoals vermeld in de vigerende NZa-beleidsregel Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg onder de standaardterhandstelling zijn uitgevoerd, maar weloverwogen is besloten het voorgeschreven UR-geneesmiddel niet ter hand te stellen en niet te vervangen door een ander UR-geneesmiddel. Bij de declaratie legt de Zorgaanbieder de voorschrijver vast en het oorspronkelijk voorgeschreven geneesmiddel.
2. **Prestatie 1.2: Basisprestatie weekterhandstelling**
De Zorgaanbieder legt de volgende gegevens schriftelijk vast:
 - Reden medische noodzaak starten weekdosering;
 - Accordering voorschrijver en patiënt voor keuze weekdoseersysteem;
 - Welk weekdoseersysteem gebruikt wordt;
 - Met welke frequentie het weekdoseersysteem ter hand wordt gesteld.De frequentie waarmee de prestatie weekterhandstelling gedeclareerd mag worden, is gelijk aan de frequentie waarmee de geneesmiddelen afgeleverd worden. Er worden 3 situaties onderscheiden:
 - a: Weekterhandstelling (aflevering per week);
 - b: Weekterhandstelling (aflevering per 2 weken);
 - c: Weekterhandstelling (aflevering per 3 weken of langer).De Zorgaanbieder levert bij weekterhandstelling minimaal voor 2 weken af aan de verzekerde tenzij er een medische en/of farmaceutische noodzaak is om hiervan af te wijken.
3. **Prestatie 1.3: Basisprestatie terhandstelling en begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel**
Om objectief vast te stellen of aan de patiënt het UR-geneesmiddel eerder ter hand is gesteld in de twaalf voorafgaande maanden, dient de Zorgaanbieder minimaal de volgende bronnen te raadplegen:
 - het eigen Apotheek Informatie Systeem (AIS);
 - het Landelijk Schakel Punt (LSP) of een ander cluster waarvan de Zorgaanbieder deel uitmaakt;
 - de patiënt.Indien de Zorgaanbieder deze prestatie declareert, draagt hij eveneens zorg voor het uitvoeren van een geprotocolleerd begeleidingsgesprek als de verzekerde het

Zorgovereenkomst Farmaceutische Zorg VGZ 2019



geneesmiddel waar prestatie 1.3 voor gedeclareerd is, voor de tweede maal ter hand gesteld krijgt. De handelingen van het gesprek worden vastgelegd in het digitale patiëntendossier.

4. Prestatie 2: Instructie patiënt UR-geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel
Deze prestatie kan slechts gedeclareerd worden indien:
- de instructie een inhalatie- of een injectie-instructie betreft;
 - de instructie geprotocolleerd plaatsvindt.
- De inhalatie-instructie respectievelijk de injectie-instructie wordt maximaal één maal per jaar per hulpmiddel per verzekerde vergoed. De prestatie komt niet voor vergoeding in aanmerking als de instructie elders al gegeven is, bijvoorbeeld in het ziekenhuis of bij de huisarts. Om objectief vast te stellen of de instructie elders is gegeven in de twaalf voorafgaande maanden, dient de Zorgaanbieder minimaal de volgende bronnen te raadplegen:
- het eigen Apotheek Informatie Systeem (AIS);
 - het Landelijk Schakel Punt (LSP) of een ander cluster waarvan de Zorgaanbieder deel uitmaakt;
 - de patiënt.
5. Prestatie 3: Medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelen gebruik
De prestatie wordt uitgevoerd conform de vigerende Multidisciplinaire Richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen'. De Zorgaanbieder heeft de mogelijkheid om incidenteel af te wijken van de inclusiecriteria zoals omschreven in deze richtlijn. Dit is ter beoordeling aan de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder maakt samenwerkingsafspraken met de behandelend arts over de voorbereiding en uitvoering van deze prestatie conform de 'checklist samenwerkingsafspraken medicatiebeoordeling' van de LHV/KNMP/NHG. Van de Zorgaanbieder wordt medewerking verwacht indien het initiatief voor het gaan uitvoeren van de prestatie van de behandelend arts komt. Zorg die al onder prestatie 1 Terhandstelling van een UR-geneesmiddel geleverd is of geleverd dient te worden, valt niet onder deze prestatie. Indien de verzekerde in het ziekenhuis is opgenomen, of wanneer aannemelijk is dat de verzekerde binnen 7 dagen opgenomen zal worden, vergoedt de Zorgverzekeraar de prestatie niet. De prestatie mag maximaal 1 keer per 12 maanden in rekening worden gebracht, tenzij er sprake is van een medische of farmaceutische noodzaak voor de verzekerde. De Zorgaanbieder legt deze medische of farmaceutische noodzaak vast in het dossier van de verzekerde.
- Deze prestatie kan slechts gedeclareerd worden indien aan onderstaande voorwaarden is voldaan:
- De prestatie vindt plaats in samenspraak met de verzekerde en de behandelend arts.
 - De verzekerde heeft expliciet toestemming verleend voor deze zorgverlening. Deze toestemming wordt vastgelegd in het dossier van de verzekerde.
 - De behandelend arts is van mening dat de medicatiebeoordeling medisch farmaceutisch noodzakelijk is.
 - Alle relevante aspecten rondom deze prestatie zijn voorafgaand aan de prestatie toegelicht aan de verzekerde.
 - De farmacotherapeutische anamnese omvat ook de zelfzorgmedicatie.
 - De geïdentificeerde farmacotherapeutische problemen (FTP) zijn vastgelegd. Hierbij is tevens vastgelegd welke FTP's in overleg met de behandelend arts als interventie in het behandelplan zijn opgenomen en welke na overleg met de verzekerde zijn uitgevoerd.



- Bij de behandelend arts zijn alle benodigde gegevens die relevant zijn voor de beoordeling opgevraagd.
 - De Zorgaanbieder blokkeert de geneesmiddelen waarvan de behandelend arts, apotheker en verzekerde het eens zijn dat deze gestopt moeten worden, in het AIS of een ander ondersteunend automatiseringssysteem zodat dit bij het opnieuw starten van deze medicatie in de toekomst een extra controle vormt.
6. Prestatie 4: Farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek
Voorafgaand aan dagbehandeling of een polikliniekbezoek van een verzekerde in een instelling:
- draagt de Zorgaanbieder zorg voor het tijdig beschikbaar stellen van het medicatieprofiel gebaseerd op de meeste recente gegevens van verzekerden uit het AIS, via het LSP of op aanvraag van een andere zorgaanbieder op schrift;
 - zorgt de Zorgaanbieder ervoor dat de medicatiestatus van verzekerde actueel is, met andere woorden: zodra bekend is dat iets wijzigt in de status dan wordt dat direct in het dossier van de verzekerde doorgevoerd.
7. Prestatie 5: Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname
Bij opname van een verzekerde in een instelling:
- draagt de Zorgaanbieder zorg voor het tijdig beschikbaar stellen van het medicatieprofiel gebaseerd op de meeste recente gegevens van verzekerde uit het AIS, via het LSP of op aanvraag van een andere zorgaanbieder op schrift;
 - zorgt de Zorgaanbieder ervoor dat de medicatiestatus van verzekerde altijd actueel is, met andere woorden: zodra bekend is dat iets wijzigt in de status dan wordt dat direct in het dossier van de verzekerde doorgevoerd.
8. Prestatie 6: Farmaceutische begeleiding i.v.m. ontslag uit het ziekenhuis
Bij ontslag van een verzekerde uit een instelling:
- ontvangt de Zorgaanbieder van de instelling op de dag van ontslag het actuele medicatieprofiel van verzekerde via LSP of op schrift;
 - neemt de Zorgaanbieder eventuele onduidelijkheden weg na het ontvangen van de actuele farmaceutische gegevens vanuit de instelling door dit te bespreken met verzekerde en/of contact op te nemen met de instelling;
 - verwerkt de Zorgaanbieder de ontvangen gegevens uit de instelling in het dossier van verzekerde.

Artikel 5 Nadere voorwaarden UR-geneesmiddelen

In aanvulling op artikel 3 lid 3 gelden de navolgende voorwaarden voor de vergoeding van de inkoopkosten van UR-geneesmiddelen:

1. De vergoeding voor de inkoopkosten van het ter hand gestelde UR-geneesmiddel bedraagt de Inkoopprijs, van de betreffende maand verminderd met het in bijlage 'Tarieven Farmaceutische Zorg 2019' genoemde "kortingspercentage UR-geneesmiddelen" en "maximumbedrag" per keer dat de vergoeding onder artikel 3 lid 3 van de overeenkomst in rekening wordt gebracht. Voor de door de Zorgverzekeraar aangewezen preferente geneesmiddelen hoeft de Zorgaanbieder geen korting in mindering te brengen.
2. Voor specifieke UR-geneesmiddelen gelden de tarieven zoals vermeld in de bijlage 'Tarieven specifieke UR-geneesmiddelen 2019'. Op de declaratiecondities voor de specifieke UR-geneesmiddelen zijn de hierna volgende bepalingen van toepassing:
 - a. de Zorgverzekeraar betaalt nooit meer dan de Inkoopprijs van de betreffende maand;



- b. de Zorgverzekeraar heeft de mogelijkheid om gedurende de looptijd van de overeenkomst voor de specifieke UR-geneesmiddelen waarvoor een tarief is vastgesteld op te nemen in het preferentiebeleid. De Zorgaanbieder dient dan uitvoering te geven aan artikel 7 lid 4. Voor de door de Zorgverzekeraar aangewezen preferente geneesmiddelen geldt op dat moment de vergoeding zoals beschreven in artikel 5 lid 1;
 - c. de Zorgverzekeraar kan gedurende de looptijd van de Zorgovereenkomst voor vergelijkbare geneesmiddelen dezelfde prijs voor een therapeutisch equivalente dosis toevoegen aan de geneesmiddelgroepen van specifieke UR-geneesmiddelen zoals benoemd in de bijlage 'Tarieven Farmaceutische Zorg 2019'.
3. De Inkoopprijs bedraagt niet meer dan de prijs die voortkomt uit de Wet Geneesmiddelprijzen (WGP) en het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS).
4. Indien gedurende de looptijd van deze overeenkomst de Inkoopprijs op de afleverdatum ten opzichte van de Inkoopprijs van september 2018 stijgt, zullen - indien deze prijsstijging daartoe aanleiding geeft - de Zorgverzekeraar en Zorgaanbieder met elkaar in overleg treden. Het overleg dient erop gericht te zijn om gezamenlijk op te treden richting de fabrikant van het betreffende geneesmiddel met als doel de prijs te verlagen. Indien de Zorgaanbieder hier geen medewerking aan verleent, behoudt de Zorgverzekeraar zich het recht voor om - met inachtneming van een termijn van minimaal één maand - maximaal de Inkoopprijs van september 2018 te vergoeden voor een concreet als zodanig aangewezen middel.
5. De Inkoopprijs mag niet meer bedragen dan de prijs in de G-standaard van de maand waarin het product ter hand wordt gesteld. De prijs die de Zorgverzekeraar aan de Zorgaanbieder betaalt, bedraagt in geen geval meer dan de prijs van het laagst geprijsde geneesmiddel in het betreffende PRK-cluster ten opzichte van deze prijs: laagste Prijs Garantie (LPG). Voor de bepaling van het laagst geprijsde geneesmiddel binnen een PRK-cluster worden zowel geregistreerde als niet-geregistreerde producten meegenomen. Deze bepaling kan in voorkomende gevallen ook toegepast worden op geneesmiddelen buiten het PRK-cluster. Te weten bij PRK-clusters die nagenoeg dezelfde werkzame stof (bijv. een andere zout- of estervorm) bevatten, nagenoeg dezelfde toedieningsvorm hebben (bijv. tabletten in plaats van capsules) of een sterkte waarmee de vereiste dosering ook kan worden bereikt. De PRK-clusters van geneesmiddelen die in de betreffende periode onder het preferentiebeleid vallen worden hierbij buiten beschouwing gelaten.
6. Indien na gebruik van een door de Zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, of een middel dat onderdeel maakt van het LPG-assortiment, zowel de voorschrijver als de Zorgaanbieder objectief hebben vastgesteld dat dit geneesmiddel medisch niet verantwoord is, zal de Zorgaanbieder conform het LPG-assortiment kiezen voor één of meerdere alternatieve generieke geneesmiddelen en afleveren en declareren tegen de LPG waarde. Mocht de Zorgaanbieder alsnog genooddaakt zijn uit te wijken naar een spécialité dan geldt als vergoedingsprijs de Inkoopprijs minus de afgesproken korting.
7. Epoprostenol wordt slechts afgeleverd na voorafgaande toestemming door de Zorgverzekeraar. De Zorgaanbieder ontvangt uitsluitend een vergoeding voor de dienstverlening door de Zorgaanbieder als bedoeld in artikel 3 lid 1 prestatie 1 van deze overeenkomst.
8. Indien een geneesmiddel wordt afgeleverd, bereid door de grootbereider, dan vergoedt de Zorgverzekeraar maximaal de som van de kosten voor grondstoffen en/of halffabricaten vermeerderd met het tarief voor (bijzondere) magistrale bereiding, tenzij de Inkoopprijs van de doorgeleverde bereiding (DB) of bij een ad-hoc bereiding de door de grootbereider doorbelaste kosten lager zijn. Voor meer informatie over de



vergoeding van apotheekbereidingen verwijzen we u naar de website van de Zorgverzekeraar: www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/farmaceutische-zorg.

9. Indien een importgeneesmiddel wordt afgeleverd vergoedt de Zorgverzekeraar maximaal de Inkoopprijs of indien het betreffende importgeneesmiddel niet is opgenomen in de G-Standaard, maximaal de inkoopkosten van het geneesmiddel. Voor meer informatie over de vergoeding van importgeneesmiddelen verwijzen wij u naar de website van de Zorgverzekeraar: www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/farmaceutische-zorg.

Artikel 6 Zelfzorggeneesmiddelen en hulpmiddelen anticonceptioneel

1. Voor niet-receptplichtige geneesmiddelen (ook wel zelfzorggeneesmiddelen genoemd) declareert de Zorgaanbieder maximaal de Inkoopprijs van de betreffende maand, vermeerderd met de "Opslag niet-receptplichtige geneesmiddelen (zelfzorggeneesmiddelen)" zoals vermeld in de bijlage 'Tarieven Farmaceutische Zorg 2019'.
2. Voor hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden (pessaria en koperhoudende spiraaltjes) declareert de Zorgaanbieder maximaal de Inkoopprijs van de betreffende maand, vermeerderd met de "Opslag hulpmiddelen anticonceptionele doeleinden" zoals vermeld in de bijlage 'Tarieven Farmaceutische Zorg 2019'.

Artikel 7 Voorwaarden voor aflevering

1. De Zorgaanbieder is op basis van deze overeenkomst uitsluitend gerechtigd om farmaceutische zorg te verlenen op de vestiging zoals vermeld op de aanhef van dit document en de bij de Zorgverzekeraar bekende uitdeelposten op basis van de vertegenwoordigingsvraag van mei 2018. De Zorgaanbieder is daarmee uitsluitend gerechtigd om zorg te verlenen in het directe verzorgingsgebied van de Zorgaanbieder. Voor andere vestigingen (zoals nieuwe locaties of nieuwe uitdeelposten) of een uitbreiding van het verzorgingsgebied dient de Zorgaanbieder op voorhand schriftelijk toestemming te krijgen van de Zorgverzekeraar. Zonder deze toestemming maakt de nieuwe locatie, nieuwe uitdeelpost of de uitbreiding van het verzorgingsgebied geen onderdeel uit van deze overeenkomst.
2. De Zorgaanbieder verleent de farmaceutische zorg op basis van een recept van huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg. Voor de aflevering van insuline en orale anticonceptiva is slechts eenmalig een recept noodzakelijk. Het recept dient te voldoen aan de wettelijke vereisten.
3. De Zorgaanbieder verleent de farmaceutische zorg, met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden van de betreffende Zorgverzekeraar waaronder in ieder geval begrepen het Reglement farmaceutische zorg: www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/farmaceutische-zorg.
4. De Zorgaanbieder stelt uitsluitend geneesmiddelen ter hand waarop de verzekerde aanspraak heeft. Voor productcategorieën waarvoor de Zorgverzekeraar een preferent geneesmiddel heeft aangewezen wordt een preferent geneesmiddel terhandgesteld. De Zorgaanbieder informeert de verzekerde hierover en begeleidt de verzekerde bij het gebruik hiervan.
De verzekerde heeft slechts recht op terhandstelling van een niet-preferent geneesmiddel indien de behandelend arts van mening is dat het gebruik van het preferente geneesmiddel medisch onverantwoord is. Voorwaarde is dat de voorschrijver op het recept aangeeft dat behandeling met het niet-preferente geneesmiddel 'medisch noodzakelijk' is (voorschrijver kan dit doen door op het recept 'MN' te vermelden). De Zorgaanbieder dient te controleren of de verzekerde het preferente geneesmiddel eerder heeft gebruikt. In gevallen waarbij de verzekerde niet eerder het preferente geneesmiddel heeft gebruikt, is het niet snel aannemelijk dat vastgesteld



kan zijn dat het gebruik van het preferente geneesmiddel medisch onverantwoord is. Zorgaanbieder treedt in die gevallen in overleg met de voorschrijver. Voor meer informatie over het preferentiebeleid en de 'medische noodzaak' verwijzen we u naar de website van de Zorgverzekeraar:

www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/farmaceutische-zorg.

5. Geneesmiddelen waarbij het wettelijk verplicht is dat de indicatie op het recept vermeld moet worden mogen slechts worden afgeleverd indien deze indicatie daadwerkelijk op het recept staat. In gevallen waarbij de indicatie ontbreekt raadpleegt de Zorgaanbieder het LSP of treedt in overleg met de voorschrijver in om de indicatie alsnog te verkrijgen alvorens het geneesmiddel wordt afgeleverd.
6. Declaraties mogen uitsluitend betrekking hebben op farmaceutische zorg (zorgprestaties en geneesmiddelen) die feitelijk is geleverd door de Zorgaanbieder, waarbij de datum die in de declaratie wordt vermeld gelijk is aan de datum waarop de zorg feitelijk is geleverd. Zo mogen geneesmiddelen en de daarbij behorende terhandstellingskosten, welke voor aflevering gereed zijn gemaakt maar niet worden afgeleverd aan de verzekerde, niet worden gedeclareerd.
7. De Zorgaanbieder kan bij de prestaties 1.3, 2 en 3, door vermelding in het zorgdossier, expliciet aantonen dat de verzekerde de verleende en gedeclareerde prestatie heeft ontvangen.
8. De Zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn verzekerden conform de vigerende NZa regels worden geïnformeerd over de kosten van het geneesmiddel en de farmaceutische zorgprestaties die voor vergoeding in aanmerking komen en de wijzigingen hierin. Hieronder vallen onder meer de consequenties van het zorginkoopbeleid voor de verzekerde.
9. De Zorgaanbieder informeert de verzekerde conform de vigerende NZa-Regeling declaratie- en transparantieverplichtingen farmaceutische zorg voorafgaand aan het gereedmaken van de levering over:
 - de kosten van het geneesmiddel en de farmaceutische zorgprestaties;
 - in hoeverre de farmaceutische zorg geheel of gedeeltelijk vergoed wordt door de Zorgverzekeraar.
10. Van de chronische patiënten zijn de gegevens raadpleegbaar voor andere zorgverleners, uitsluitend na de uitdrukkelijke toestemming van de verzekerde en met inachtneming van de regels inzake de privacybescherming, conform de planning van de Vereniging van zorgaanbieders voor zorgcommunicatie (VZVZ). In alle gevallen worden bij de aflevering de voor de farmaceutische zorg relevante gegevens geraadpleegd van andere zorgverleners. Deze uitwisseling vindt in ieder geval plaats via het LSP.
11. De Zorgaanbieder geeft uitvoering aan de vigerende richtlijn "Overdracht van medicatiegegevens in de keten". Indien het verstrekken van informatie aan een andere zorgaanbieder tijdelijk of blijvend onmogelijk is dan verstrekt de Zorgaanbieder voornoemde informatie aan de patiënt op zo een wijze en moment dat deze informatie, via de patiënt, alsnog aan de zorgaanbieder kan worden verstrekt en bij de zorgverlening kan worden betrokken.
12. De Zorgaanbieder beoordeelt vóór terhandstelling de aanspraak van de verzekerde op een geneesmiddel waarvan de werkzame stof voorkomt op Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Daarbij volgt de Zorgaanbieder het beleid van de Zorgverzekeraar zoals terug te vinden is op www.znformulieren.nl. De Zorgaanbieder voert de in de apotheekinstructie vermelde controles uit en tekent voor deze controle op de artsverklaring. Het getekende formulier wordt bij het recept in de apotheek bewaard ten behoeve van controle door de Zorgverzekeraar. Voor de hierin genoemde Groep 4 middelen gelden afwijkende procedures. Deze actuele procedures staan op de website van de Zorgverzekeraar: www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/farmaceutische-zorg.



13. Bij de eerste uitgifte van een geneesmiddel levert de Zorgaanbieder voor maximaal 15 dagen af. Bij vervolguitgiftes levert de Zorgaanbieder bij chronisch gebruik voor minimaal drie maanden en maximaal 12 maanden af aan de verzekerde. 'Chronisch gebruik' is een te verwachten gebruik van het geneesmiddel gedurende een aaneengesloten periode van minimaal zes maanden nadat de verzekerde op het geneesmiddel is ingesteld.
Is de declaratieprijs voor één maand, op basis van het voorgeschreven gebruik per verzekerde, hoger dan € 1000,- (exclusief BTW) dan geldt een maximale aflevertermijn van één maand. In incidentele gevallen kan de Zorgaanbieder na overleg en met expliciete toestemming van de Zorgverzekeraar hiervan afwijken en voor een langere periode afleveren.
14. De Zorgaanbieder zal geneesmiddelen terhandstellen conform het recept. Bij het splitsen van het recept in meerdere afleveringen mag slechts éénmaal door één Zorgaanbieder het terhandstellingstarief in rekening worden gebracht.
15. Voor zover er bij een standaardterhandstelling voldoende noodzaak is om bij (chronische en niet-chronische) medicatie af te wijken van de afleverfrequentie zoals beschreven in lid 12 van dit artikel kan de Zorgaanbieder op basis van een daartoe strekkend recept de standaarduitgifte even zo vaak declareren, met een maximum van éénmaal per maand. Van voldoende noodzaak is alleen sprake indien voor de Zorgaanbieder redelijkerwijs aannemelijk is geworden dat:
 - bij een minder frequente aflevering er voor de gezondheid van de patiënt zelf gevaar dreigt en/of,
 - de houdbaarheid van de medicatie frequente aflevering noodzakelijk maakt.
16. Voor zover de Zorgaanbieder bij de Basisprestatie 1.2 weekterhandstelling frequenter dan eenmaal per week een geneesmiddel aan de verzekerde aflevert, mag de Zorgaanbieder maximaal eenmaal per week het tarief voor weekterhandstelling (aflevering per week) bij de Zorgverzekeraar declareren.
17. De Zorgaanbieder beoordeelt vóór terhandstelling van een apotheekbereiding of voldaan wordt aan de aanspraak voorwaarden. Indien aannemelijk is dat bij achterafcontrole discussie kan ontstaan over farmacotherapeutische rationaliteit, legt de Zorgaanbieder de onderbouwing van rationale farmacotherapie van de apotheekbereiding vast in het patiëntendossier. Voor meer informatie over de vergoeding van apotheekbereidingen verwijzen we u naar de website van de Zorgverzekeraar: www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/farmaceutische-zorg.
18. Specifiek voor bereidingen geldt dat indien de houdbaarheid van de bereiding het noodzakelijk maakt dat vaker dan 1 x per maand wordt bereid dat ongeacht het aantal bereidingen de deelprestatie 1.5 of 1.6 maximaal 3 x per week gedeclareerd mag worden.

Artikel 8 Kwaliteitseisen en deskundigheid

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de farmaceutische zorg in de apotheek wordt verleend door (een) bevoegde apotheker(s) en bevoegde apothekersassistenten.
2. De professionele onafhankelijkheid van de (gevestigd) apotheker dient te zijn gewaarborgd, bovendien staat apotheker ingeschreven in specialistenregister openbaar apothekers.
3. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat zijn (hulp)personeel onder meer door deelname aan deskundigheidsbevordering blijft beschikken over de kennis en kunde die voor een goede verlening van de zorg noodzakelijk zijn.
4. Bij de uitvoering van deze overeenkomst neemt de Zorgaanbieder de vigerende Nederlandse Apotheeknorm (NAN) / professionele standaard farmaceutische zorg in acht, alsmede de op deze normen gebaseerde hieruit voortgevloeide richtlijnen.



De Zorgaanbieder neemt bij het verlenen van farmaceutische zorg de meest recente zorgstandaarden en vigerende behandelrichtlijnen in acht.

De Zorgaanbieder werkt met richtlijnen en standaarden die zijn opgenomen in het register van het Kwaliteitsinstituut Nederland of die voldoen aan de overgangscriteria gesteld in het document 'Toetsingskader voor kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten' van het Kwaliteitsinstituut Nederland, versie 2.0, 1 juni 2015 of de daarop volgende versie.

5. De Zorgaanbieder zal in het kader van optimalisatie van de farmacotherapeutische behandeling op het gebied van kwaliteit en doelmatigheid de voorschrijvers gevraagd en ongevraagd informeren en adviseren voor zover dat uit het oogpunt van een goede beroepsuitoefening van hem kan worden gevegd.
6. De Zorgaanbieder werkt bij de dienstverlening in ieder geval aan het vergroten van de therapietrouw zoals beschreven in de meest recente KNMP-richtlijn 'Ter hand stellen'. De inspanningen omtrent het vergroten van therapietrouw worden door de Zorgaanbieder vastgelegd in het digitale patiëntendossier.
7. Indien de (beherend) apotheker is geschorst in de uitoefening van zijn bevoegdheid meldt de Zorgaanbieder dit onverwijld aan de Zorgverzekeraar.
8. De Zorgaanbieder doet mee aan de jaarlijkse uitvraag van de kwaliteitsindicatoren verzorgd door de Stichting Kwaliteitsindicatoren Farmacie (SKIF). De resultaten van de uitvraag dienen de volgende doelen:
 - De Zorgaanbieder is transparant over de kwaliteit van de apotheek en optimaliseert daar waar nodig de kwaliteit van zorg.
 - De Zorgverzekeraar gebruikt de resultaten bij het inkoopproces.

De Zorgverzekeraar is gerechtigd om openbaar gestelde data van de SKIF op apotheekniveau te publiceren.

9. De Zorgaanbieder neemt deel aan de landelijke Benchmarkmetingen patiëntervaringen (PREM farmacie), zoals op de jaarkalender van de zorgverzekeraars is opgenomen. De Zorgaanbieder is verplicht de meting uit te laten voeren door een meetbureau dat ISO9001 of ISO20252 gecertificeerd is (met onderzoek en dataverzameling in hun scope). De meetorganisatie dient zorg te dragen dat aan alle privacy-eisen is voldaan en de meting volgens de werkinstructie PREM farmacie wordt uitgevoerd. Deze werkinstructie en de vragenlijst PREM farmacie zijn te vinden op www.patiëntervaringsmetingen.nl onder de button 'metingen'.

De resultaten van de uitvraag dienen de volgende doelen:

- De Zorgaanbieder is transparant over de klantervaringen bij de apotheek en optimaliseert daar waar nodig de kwaliteit van zorg;
- De Zorgverzekeraar gebruikt de resultaten bij het inkoopproces.

De Zorgaanbieder geeft toestemming via het contract voor het doorleveren van de data uit de patiëntervaringsmetingen conform de aanleverspecificaties, ten behoeve van een landelijke benchmarkrapportage via Zorgprisma aan de betrokken verzekeraars en, wanneer voldoende gevalideerd, in een voor de verzekerde toegankelijke vorm gepubliceerd conform landelijke afspraken vastgelegd in een publicatieprotocol te vinden op www.patiëntervaringsmetingen.nl onder de button 'metingen'.

10. Indien de Zorgaanbieder niet deelneemt aan de uitvraag van de informatie die genoemd is in lid 8 en 9 van dit artikel dan kan dit een negatief effect hebben op het tarief van de Zorgaanbieder.

Artikel 9 Farmacotherapeutisch overleg

De Zorgaanbieder heeft een stimulerende inbreng bij het tot stand komen en houden van farmacotherapeutische overleggen (FTO) met lokale voorschrijvers. Gezamenlijk doel is het optimaliseren van de farmacotherapeutische behandeling, het doelmatig



voorschrijven en het doelmatig afleveren en de implementatie daarvan waarbij taken en verantwoordelijkheden benoemd zijn. Daarnaast worden afspraken gemaakt over een optimale uitwisseling van relevante patiëntgegevens zoals lab-waarden en indicaties. Daarbij gebruikt de Zorgaanbieder zijn kennis en expertise om in het FTO afspraken te maken over het gezamenlijk invulling geven aan en volgen van farmacotherapeutische standaarden/behandelrichtlijnen in de praktijk en medisch farmaceutische beslisregels, farmaceutische zorgprestaties (waaronder in ieder geval de medicatiebeoordeling en instructie hulpmiddel) en farmacotherapeutische begeleiding.

Artikel 10 Continuïteit van zorg

1. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de continuïteit van de te leveren zorg 7x24-uur. Met betrekking tot de bereikbaarheid wordt ten minste voldaan aan de normen zoals gesteld door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). De Zorgaanbieder heeft het recht met (een) andere zorgaanbieder(s) een schriftelijke regeling te treffen voor de avond-, nacht-, en zondagdienstverlening (ANZ). De Zorgaanbieder zorgt ervoor dat de andere zorgaanbieder inzage heeft in de noodzakelijke gegevens van de verzekerden, mits de verzekerde toestemming heeft verstrekt (met inachtneming van de vigerende privacywetgeving). De Zorgaanbieder verstrekt een kopie van deze schriftelijke regeling indien daar aanleiding toe bestaat desgevraagd aan de Zorgverzekeraar.
2. Om de continuïteit van de zorg te waarborgen zorgt de Zorgaanbieder ook voor waarneming in geval van afwezigheid buiten ANZ.
3. De Zorgaanbieder is bevoegd zich bij afwezigheid, te laten waarnemen. Hij stelt de verzekerde op de hoogte van de waarneming. De maximale duur van een aaneengesloten periode van waarneming bedraagt 2 maanden. Bij overschrijding van deze termijn neemt de Zorgaanbieder contact op met de Zorgverzekeraar en worden in goed overleg nadere afspraken gemaakt.
4. Bij het einde van zijn praktijk spant de Zorgaanbieder zich in om de onder behandeling zijnde verzekerden aan een opvolger over te dragen.
5. Behoudens overmacht informeert de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar zo snel mogelijk, doch uiterlijk 3 maanden voor het beëindigen van zijn praktijk over de voorgenomen beëindiging.

Artikel 11 Voorwaarden praktijkvoering

1. De Zorgaanbieder verleent de zorg in een adequaat ingerichte en geoutilleerde (praktijk)ruimte die voor de verzekerde goed bereikbaar en toegankelijk is.
2. Levering van geneesmiddelen geschiedt in de regel binnen 24 uur te rekenen vanaf het tijdstip dat het recept door de verzekerde of de voorschrijver aan de Zorgaanbieder beschikbaar wordt gesteld.
3. De Zorgaanbieder plaatst op zijn website informatie voor zijn klanten, waaronder ten minste:
 - a. openingstijden van de apotheek;
 - b. actuele gegevens over de dienstdoende apotheek tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten;
 - c. de werkwijze bij het indienen en ophalen van recepten en bezorgservice.
4. Geneesmiddelen worden op een wijze aan de klant beschikbaar gesteld, die voldoet aan de eisen die daaraan in verband met de aard van de zorgverlening mogen worden gesteld. De Zorgaanbieder neemt bij het beschikbaar stellen van de geneesmiddelen alle mogelijke maatregelen om de privacy van de verzekerde te beschermen.
5. Gedurende de openingstijden wordt aan de verzekerden de gelegenheid geboden met de apotheker in contact te treden.



Artikel 12 Declareren

De Zorgaanbieder declareert conform het uniforme declaratieprotocol als opgenomen in de bijlage. Het declaratieprotocol prevaleert boven het bepaalde daaromtrent in de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2019.

Artikel 13 Apotheekprofielen

De Zorgverzekeraar hanteert apotheekprofielen van A (laagste score) tot E (hoogste score). De Zorgverzekeraar selecteert op de onderdelen Zorg en Distributie een set van indicatoren die samen een goede afspiegeling vormen van de kwaliteit van zorg en hoe deze door verzekerden van de Zorgverzekeraar ervaren wordt. Op basis van de uitkomsten op deze indicatoren kent de Zorgverzekeraar de Zorgaanbieder een profiel toe. Het profiel heeft consequenties voor het tarief. Het profiel en het daarbij behorende tarief staan vermeld in de bijlage 'Tarieven farmaceutische zorg 2019'.

De profielsystematiek wordt elk jaar door de Zorgverzekeraar geactualiseerd en op 1 september gepubliceerd op de website van de Zorgverzekeraar:

www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/farmaceutische-zorg.

Gedurende de looptijd van de Zorgovereenkomst bepaalt de Zorgverzekeraar elk kalenderjaar het profiel van de Zorgaanbieder op basis van de dan geldende profielsystematiek en de beschikbare gegevens van de Zorgaanbieder. Dit profiel wordt voor 1 september kenbaar gemaakt aan de Zorgaanbieder en geldt vanaf 1 januari van elk jaar.

Artikel 14 Communicatie

De Zorgverzekeraar communiceert uitsluitend met Zorgaanbieder via de e-mail contactgegevens zoals de Zorgaanbieder die bij Vektis heeft laten opnemen en/of via de website van Zorgverzekeraar.

Zorgaanbieder is uitdrukkelijk verantwoordelijk voor de juistheid van de voornoemde gegevens en controle van berichten via de website van de Zorgverzekeraar.

Artikel 15 Duur van de overeenkomst

1. Deze overeenkomst treedt in werking op <Contract Startdatum> en eindigt op <Contract Einddatum> en wordt daarna telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van één jaar, tenzij de overeenkomst door één der partijen schriftelijk wordt opgezegd, waarbij een opzeggingstermijn van 3 maanden voor het einde van de contractperiode in acht wordt genomen. Een eventuele opzegging dient gericht te zijn aan het adres genoemd in de tenaamstelling van deze overeenkomst of zodra dit mogelijk is digitaal via het Zorginkoopportaal van Vecozo.
2. Door ondertekening van deze overeenkomst vervallen alle eerdere overeenkomsten tussen partijen voor de levering van farmaceutische zorg.

Opgemaakt te Eindhoven d.d.

Ondertekenaar verklaart hierbij de Zorgaanbieder rechtsgeldig te vertegenwoordigen.

De Zorgverzekeraar,

De Zorgaanbieder,

Hans van Noorden