

Zorgovereenkomst Huisartsgeneeskundige Zorg 2020-2021

De ondergetekenden:

A De Zorgverzekeraar:

VGZ Zorgverzekeraar N.V.
IZA Zorgverzekeraar N.V.
N.V. Zorgverzekeraar UMC
N.V. Univé Zorg

Correspondentieadres:

VGZ
Contractmanagement
Postbus 445
5600 AK EINDHOVEN

Verder aangeduid als 'de
Zorgverzekeraar'

en

B De Zorgaanbieder:

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

KvK.nr.:
IBAN:

Verder aangeduid als 'de Zorgaanbieder';

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

- Zorgovereenkomst Huisartsgeneeskundige Zorg 2020-2021
- Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2020-2021
- Bijlage 1 Voorwaarden Modernisering en Innovatieverrichtingen en verbruiksartikelen
- Bijlage 1a Tarievenlijst Modernisering en Innovatieverrichtingen en verbruiksartikelen

De addenda indien en voor zover de zorgaanbieder hiervoor heeft geopteerd en VGZ daarmee akkoord is gegaan. Het betreft de volgende optionele addenda:

- POH GGZ
- Zorg voor kwetsbare ouderen
- Resultaatbeloning service & bereikbaarheid
- Resultaatbeloning doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen
- Resultaatbeloning diagnostiek & kwaliteit
- Zorgvernieuwing
- Stoppen met roken
- Regionale prestatie
- Praktijkmanagement

Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2020-2021

Deze voorwaarden zijn bijgevoegd en tevens te raadplegen via www.cooperatievgz.nl

De Zorgaanbieder verklaart dat hij de algemene voorwaarden heeft ontvangen en kennis heeft genomen van de inhoud hiervan.

Indien en voor zover de inhoud van de Zorgovereenkomst Huisartsgeneeskundige Zorg 2020-2021 afwijkt van hetgeen is bepaald in de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2020-2021 prevaleert de Zorgovereenkomst Huisartsgeneeskundige Zorg 2020-2021.

De volgende onderdelen in de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2020-2021 worden hierbij niet van toepassing verklaard voor huisartsen:

- Artikel 1 lid 4 Doelmatigheid en kwaliteit zorg
- Artikel 3 Governance van de zorgaanbieder
- Artikel 15 lid 5 en 6 Controles op basis van de benchmark
- Artikel 18 lid 1b en 3 Informatieverstrekking, daarnaast wordt met het in lid 1a genoemde mailadres niet gepubliceerd.

In aanvulling op de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2020-2021 komen partijen overeen dat artikel 21 inzake merkbescherming eveneens geldt voor het gebruik van de naam, het merk of logo van de zorgaanbieder door de Zorgverzekeraar.

Artikel 1. Zorg

1. De Zorgaanbieder levert huisartsenzorg aan de verzekerden van de Zorgverzekeraar.
2. De Zorgaanbieder levert huisartsenzorg voor zover de patiënt daar redelijkerwijs op is aangewezen. De inhoud en omvang van de zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Indien een Zorgaanbieder zorg in rekening brengt bij de Zorgverzekeraar waarvoor een bijzondere bekwaamheid nodig is, dient de Zorgaanbieder die de zorg feitelijk zal verlenen te voldoen aan de door de beroepsgroep gestelde voorwaarden waaronder de inschrijving in de specifieke registers.
4. De Zorgaanbieder vervult zijn poortwachtersrol met inachtneming van de uitgangspunten genoemd in dit artikel.
5. De Zorgaanbieder verleent de zorg in een adequaat ingerichte en geoutilleerde praktijkruimte die voor de patiënt goed bereikbaar en toegankelijk is.

Artikel 2. Zorgverlening

1. De Zorgaanbieder verleent de zorg vanuit zijn professionele autonomie en kan desgewenst de zorg laten verlenen door huisartsen (eventueel in dienstverband) en waarnemers.
2. De Zorgaanbieder is bereikbaar en beschikbaar conform de vigerende richtlijnen van de beroepsgroep.
3. Indien geneesmiddelen, verbandmiddelen of dieetpreparaten door de Zorgaanbieder worden voorgeschreven, bevordert de Zorgaanbieder dat dat medisch/farmacotherapeutisch en doelmatig geschiedt. In het kader van doelmatige farmacotherapie houdt de Zorgaanbieder zich aan de volgende algemene voorschrijfrichtlijnen:
 - a. De Zorgaanbieder schrijft geneesmiddelen voor onder vermelding van zijn/haar persoonlijke AGB zorgverlenerscode.
 - b. De Zorgaanbieder geeft uitvoering aan de binnen de beroepsgroep opgestelde voorschrijfrichtlijnen. Waaronder het volgen van de behandelstappen en bepalen van de juiste behandelduur uit de betreffende voorschrijfrichtlijnen ten behoeve van de zorg.
 - c. De Zorgaanbieder schrijft geneesmiddelen op stofnaam voor.
 - d. De Zorgaanbieder schrijft bij voorkeur een werkzame stof voor van een geneesmiddel dat generiek of als biosimilar (een kopie van een biologisch geneesmiddel waarvan het patent verlopen is, bijvoorbeeld insuline-glargine) beschikbaar is, en stelt daarmee de apotheker

of apotheekhoudende huisarts in staat het meest kosteneffectieve geneesmiddel af te leveren.

- e. De Zorgaanbieder wisselt -met in achtneming van de privacy wet- en regelgeving, waaronder de Algemene Verordening Gegevensverwerking (AVG)- de relevante patiëntgegevens uit met andere zorgaanbieders voor het optimaliseren van de farmacotherapeutische behandeling, zoals laboratoriumwaarden en -indicaties, zoals opgenomen in de Regeling Geneesmiddelenwet artikel 6.10 en 6.11
 - f. De Zorgaanbieder is ervan op de hoogte dat de Zorgverzekeraar een preferentiebeleid voert ten aanzien van geneesmiddelen. In de apotheek wordt aan de hand van het preferentiebeleid van de Zorgverzekeraar bepaald welk product van een stofnaam geleverd wordt aan verzekerde. Zie <https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/farmaceutische-zorg/inkoopbeleid/preferentiebeleid>. Indien het medisch niet verantwoord is het aangewezen geneesmiddel te laten gebruiken door de verzekerde, kan de Zorgaanbieder besluiten op het recept de term medische noodzaak (MN) te vermelden. Nadere onderbouwing van de medische noodzaak wordt vastgelegd in het medisch dossier van de verzekerde. Op alle uitgeschreven voorschriften staat in dit geval de aantekening “MN”. De apotheker toetst de medische noodzaak, en kan als gevolg daarvan in overleg treden met de voorschrijver. In gevallen waarbij de verzekerde niet eerder het aangewezen geneesmiddel heeft gebruikt, is het niet snel aannemelijk dat vastgesteld kan zijn dat het gebruik van het aangewezen geneesmiddel medisch onverantwoord is.
 - g. De Zorgaanbieder neemt deel aan farmacotherapeutische overleggen (FTO) met apothekers. Gezamenlijk doel is het optimaliseren van de farmacotherapeutische behandeling, het doelmatig voorschrijven, het doelmatig afleveren en de farmaceutische begeleiding van verzekerden. Hierbij komt aan bod wie welke taak, verantwoordelijkheid en rol heeft rondom de begeleiding van medicijngebruik van verzekerden.
 - h. De Zorgaanbieder schrijft dieetpreparaten voor op basis van een algemeen voedingsvoorschrift, bijvoorbeeld energieverrijkte drinkvoeding met eiwit. De Zorgaanbieder is ervan op de hoogte dat de Zorgverzekeraar een voorkeursbeleid voert ten aanzien van dieetpreparaten. De Zorgaanbieder schrijft dieetpreparaten niet op merknaam voor.
 - i. De Zorgaanbieder streeft er naar om bij chronische patiënten, bij wie dat medisch verantwoord is, geneesmiddelen voor te schrijven voor een langere periode dan 3 maanden en maximaal 12 maanden. De gekozen termijn is afhankelijk van de zorgbehoefte van de individuele verzekerde en/of het soort geneesmiddel. 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.
4. De Zorgverzekeraar streeft naar het contracteren van één verantwoordelijke partij voor integrale, digitale diagnostiek per regio die zowel diagnostiek als trombosezorg op regionaal niveau organiseert, zowel voor de eerste -als de tweede lijn. Een aanpak waarbij, in het belang van de patiënt, regionaal keuzes en verbindingen worden gemaakt voor doelmatige diagnostiek. De Zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het creëren van een kwalitatief goed en passend aanbod in de regio met een prikn netwerk dat minstens even goed bereikbaar is als bestaande voorzieningen. De zorgverzekeraar draagt, samen met de regionale zorggroep en de gecontracteerde diagnostiekaanbieder, zorg voor een goede transitie.

De gecontracteerde diagnostiekaanbieder maakt in samenspraak met de zorggroep in de regio: werkafspraken die onder meer (maar niet uitsluitend) betrekking hebben op:

- de terugkoppeling van uitslagen;
- het verlenen van consulten;
- de acceptatie en gebruikmaking reeds bekende laboratoriumuitslagen;
- tijdigheid van afname / het uitvoeren van onderzoek;
- spoedbepalingen;
- de verzending van materiaal.

Als gevolg van de regionale inkoop van diagnostiek door de Zorgverzekeraar komen de Zorgverzekeraar en de Zorgaanbieder ten aanzien van het aanvraagdgedrag van de Zorgaanbieder het volgende overeen:

Indien diagnostiek door de Zorgaanbieder wordt aangevraagd, bevordert de Zorgaanbieder dat dit doelmatig geschiedt. In het kader van doelmatige diagnostiek vraagt de Zorgaanbieder bij voorkeur diagnostiek aan bij een door de Zorgverzekeraar gecontracteerde diagnostiekaanbieder. De Zorgverzekeraar informeert de Zorgaanbieder over wie de gecontracteerde diagnostiekaanbieders zijn via de zorgzoeker op de website www.vgz.nl/zorg-regelen/zorgzoeker.

Artikel 3. Continuïteit van Zorg

1. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de continuïteit van de te leveren zorg 7x24-uur. De Zorgaanbieder heeft het recht met andere zorgverleners een schriftelijke regeling te treffen voor de avond-, nacht-, en weekenduren (ANW-uren). De Zorgaanbieder verstrekt een kopie van deze schriftelijke regeling indien daar aanleiding toe bestaat desgevraagd aan de Zorgverzekeraar.
2. De Zorgaanbieder die niet participeert in een huisartsendienstenstructuur, als bedoeld in de AmvB van 18 oktober 2001 (Stb 2001-525), levert tegen betaling door VGZ de spoedeisende huisartsgeneeskundige hulp gedurende de ANW-diensten en erkende feestdagen tegen het door de NZa vastgestelde maximumtarief.
3. Om de continuïteit van de zorg te waarborgen zorgt de Zorgaanbieder ook voor waarneming in geval van afwezigheid buiten ANW-uren.
4. De Zorgaanbieder is bevoegd zich bij afwezigheid te laten waarnemen. Hij stelt zijn patiënten op de hoogte van de waarneming en de naam (namen) en adres(sen) van de waarnemer(s). De maximale duur van een aaneengesloten periode van waarneming bij algehele afwezigheid van de zorgaanbieder bedraagt zes maanden. Bij overschrijding van deze termijn neemt de zorgaanbieder contact op met de Zorgverzekeraar en worden in goed overleg nadere afspraken gemaakt om misstanden uit te sluiten.
5. Bij het einde van zijn praktijk spant de Zorgaanbieder zich in om de bij hem ingeschreven patiënten aan een opvolger over te dragen.
6. Behoudens overmacht informeert de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar zo snel mogelijk, doch uiterlijk 3 maanden voor de beëindiging van zijn praktijk over de voorgenomen beëindiging.
7. Indien de continuïteit van zorg in het gedrang komt voor een verzekerde danwel een groep verzekerden informeert de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar zo snel mogelijk. Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar spannen zich gezamenlijk in om te komen tot een oplossing. Indien de zorgaanbieder en zorgverzekeraar samen niet tot een oplossing komen binnen 6 maanden zal de verzekeraar het borgen van de continuïteit oppakken met een vertegenwoordiger van de huisartsen in de regio, zoals bijvoorbeeld LHV, Kring of de zorggroep waar de zorgaanbieder is aangesloten.

Artikel 4. Informatievoorziening en gegevensbeheer

Informatie van de Zorgaanbieder

1. Alle aanpassingen van persoons-, praktijk- en/of relatiegegevens van de zorgaanbieder worden tijdig kenbaar gemaakt aan de patiënt en bij Vektis via www.agbcode.nl.
2. De Zorgaanbieder zorgt voor de registratie van zijn patiënten in de landelijke ION-database (www.inschrijvingopnaam.nl).

Aansluiting op de zorginfrastructuur van het Landelijk Schakelpunt (LSP)

1. De Zorgverzekeraar stimuleert en ondersteunt de realisatie van de benodigde infrastructuur voor elektronische uitwisseling van (medische) informatie van patiënten via de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ). De Zorgaanbieder spant zich in om deze informatie via elektronische weg met andere zorgaanbieders uit te wisselen en om zijn patiënten toestemming te vragen om zijn gegevens beschikbaar te stellen via bijvoorbeeld het LSP. Deze zogenoemde 'opt-in regeling' komt voort uit wetgeving ter bescherming van de privacy van de patiënt.

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) is één van de oprichters van de VZVZ. Zij hebben zich gecommitteerd aan de landelijke doelstelling.

Artikel 5. Tarieven en betalen

1. De Zorgverzekeraar honoreert de declaratie van de zorgaanbieder ter zake van aan de verzekerde verleende zorg, zoals omschreven in artikel 1, op basis van de vigerende maximum tarieven zoals door de NZa vastgesteld. De Zorgaanbieder neemt de voorwaarden in acht die de NZa stelt aan declaratie van deze tarieven. Voor de prestaties met een vrij tarief dient de Zorgaanbieder te declareren conform de tarieven zoals in deze overeenkomst en bijbehorende addenda zijn opgenomen. Voor de prestaties 'Stoppen met roken, Service & Bereikbaarheid, Praktijkmanagement, Zorg voor kwetsbare ouderen en de tarieven in Bijlage 1a Tarievenlijst Modernisering en Innovatieverrichtingen en Verbruiksartikelen' geldt dat de tarieven per 2021 geïndexeerd worden (NZa index waar gecorrigeerd is voor jaar t-1). In het najaar 2020 zal de Zorgverzekeraar de Zorgaanbieder via Vecozo informeren over deze geïndexeerde tarieven per 1 januari 2021.
2. De volgende afdracht vindt plaats:
Achterstandsfonds. De module achterstandsfonds wordt door de Zorgverzekeraar voor 100% aan het hiervoor opgerichte fonds afgedragen.
3. Bij declaraties via Vecozo streeft de Zorgverzekeraar, voor de betaling ten opzichte van de datum van ontvangst van de declaratie, naar een betaaltermijn van 15 kalenderdagen. Conform de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2020-2021 mag de betaaltermijn ten hoogste 30 kalenderdagen zijn.
4. Betaalbaarstelling binnen de in lid 3 genoemde termijn geldt alleen voor de correct ingediende en onbetwiste delen van de factuur. Indien en voor zover de factuur wordt betwist, streeft de Zorgverzekeraar ernaar de Zorgaanbieder hiervan binnen 14 kalenderdagen op de hoogte te stellen middels digitale retourinformatie conform de Vektis standaard.

Ingeval de zorgaanbieder niet akkoord gaat met de afwijzing wordt de Zorgaanbieder verzocht om binnen drie maanden te reageren op de digitaal verkregen retourinformatie en uiterlijk een jaar na indiening van de declaratie.

Artikel 6. Declaratie

1. De declaraties van het inschrijftarief worden bij voorkeur door de Zorgaanbieder in het betreffende kwartaal, waarop deze declaratie betrekking heeft, ingediend. De Zorgaanbieder dient deze declaraties digitaal conform de EI-standaard HA-304 als verzamelnota in, met als prestatiedatum (in HIS) de eerste dag van het betreffende kwartaal. Uitgangspunt (peildatum) is het aantal bij de Zorgaanbieder op de eerste dag van het kwartaal ingeschreven verzekerden. De Zorgaanbieder declareert de overeengekomen prestatie-opslagen op het inschrijftarief conform de voorwaarden opgenomen per prestatie in de bijlagen bij deze overeenkomst.
2. De Zorgaanbieder declareert digitaal en zoveel mogelijk maandelijks de verrichtingentarieven en overige overeengekomen prestaties en verbruiksmaterialen voor

de geleverde zorg aan ingeschreven patiënten en passanten. Declaraties kunnen tot 36 maanden na levering van zorg worden ingediend.

3. De Zorgaanbieder zorgt voor een correcte registratie van zijn patiënten in de landelijke ION-database (www.inschrijvingopnaam.nl).
 - a. Declaraties voor het inschrijftarief en opslagen op het inschrijftarief worden door de Zorgverzekeraar betaald aan de huisarts waar de betreffende patiënt is ingeschreven volgens de ION database op de eerste dag van ieder kwartaal.
4. De Zorgaanbieder brengt geleverde zorg die valt onder de zorgverzekeringswet niet in rekening bij de patiënt, tenzij deze een restitutieverzekering heeft en vanuit die achtergrond hier een schriftelijk verzoek voor indient bij de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder brengt de declaratie in deze situatie in rekening bij de verzekerde tegen de tarieven zoals vastgelegd in deze overeenkomst.
5. De Zorgverzekeraar zal zich, conform de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap, als een goed zorgverzekeraar gedragen, waarbij deze zich maximaal inspant om de administratieve belasting voor de Zorgaanbieder tot een minimum te beperken. De Zorgverzekeraar maakt in dat verband o.a. een goede controle op verzekeringsrecht van de verzekerde mogelijk.
6. In geval van waarneming declareert de Zorgaanbieder de tarieven alsof hij de zorg zelf geleverd heeft.
7. De door de Zorgaanbieder verleende zorg in het kader van chronische zorg, welke door de Zorgverzekeraar bij een zorggroep is gecontracteerd en gefinancierd, kan niet nogmaals voor dezelfde patiënt in het kader van deze overeenkomst worden gedeclareerd.

Artikel 7. Controle

In aanvulling op het bepaalde in de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2020-2021 komen partijen het volgende overeen:

1. De Zorgverzekeraar controleert zoveel mogelijk direct tijdens het declaratieproces. Bij resterende risico's vindt controle achteraf plaats. Op de website van de Zorgverzekeraar is het controleplan te raadplegen.
2. Een controle vangt in elk geval niet later aan dan 24 maanden na het jaar waarin de declaratie is ingediend.

Artikel 8. Duur van de overeenkomst

1. Deze overeenkomst is tussen de Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar van kracht vanaf 1 januari 2020 en is aangegaan voor een bepaalde termijn te weten tot en met 31 december 2021.

Opgemaakt te Eindhoven, d.d.

De Zorgverzekeraar,
VGZ

De Zorgaanbieder,

Annemieke van Hees
Manager Zorginkoop Integrale Zorg