

# Zorgovereenkomst Huisartsgeneeskundige Zorg 2022-2023

---

## Bijlage 1 Bepalingen Huisartsenzorg 2022-2023

### 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 in dienstverband en/of 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 verantwoord 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 het tijdig stoppen van een geneesmiddelen bij het bereiken van de aanbevolen behandelduur of omdat de leeftijd van de patiënt dat vraagt.
  - 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 beschikbaar is, en stelt daarmee de apotheker of apothekhoudende huisarts in staat het meest kosteneffectieve geneesmiddel af te leveren.
  - e. De Zorgaanbieder wisselt elektronisch de relevante patiëntgegevens uit met andere zorgaanbieders voor het optimaliseren van de farmacotherapeutische behandeling. Hiertoe behoren minstens de verplichte laboratoriumwaarden en indicaties, zoals opgenomen in artikel 6.10 en 6.11 van de Regeling Geneesmiddelenwet.
  - 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 bepaald welk product van de voorgeschreven stofnaam geleverd wordt aan patiënt. Indien het medisch niet verantwoord is het aangewezen geneesmiddel te laten gebruiken door de patiënt, 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 patiënt. De apotheker heeft een eigen verantwoordelijkheid om voorschriften te beoordelen op doelmatigheid en rechtmatigheid, ook indien MN op een recept is aangegeven. De Zorgverzekeraar vraagt de Zorgaanbieder

- bereikbaar en bereid te zijn met de apotheker in overleg te gaan over de voorgeschreven medicatie.
- g. De Zorgaanbieder geeft gehoor aan de voorkeur van de patiënt via welke aanbieder deze zijn farmaceutische zorg wil ontvangen. Bij een nieuwe patiënt wijst de Zorgaanbieder er op dat de patiënt een keuzevrijheid heeft in het kiezen van een voor de patiënt geschikte apotheek.
  - h. 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.
  - 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.
  - j. Indien patiënten gebruik maken van geneesmiddelen via een geïndividualiseerde distributievorm, houdt de Zorgaanbieder bij voorschrijven van nieuwe of gewijzigde medicatie (tijdelijk of chronisch) zoveel als mogelijk rekening met het aflevermoment van de weekterhandstellingen door de apotheek. Indien een patiënt een aantal dagen/weken kan wachten bij het aanpassen van de medicatie, wordt met de eerstvolgende nieuwe (meerwekelijkse) rol de aanpassing pas doorgevoerd. Dit om onnodige spillage of risicovolle tussentijdse handmatige aanpassingen door de apotheek te voorkomen.
  - k. 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.
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 priknetwerk 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. Indien de Zorgaanbieder diagnostiek aanvraagt via ZorgDomein, wordt op patiëntniveau de door de Zorgverzekeraar gecontracteerde diagnostiekaanbieder(s) getoond.

De Zorgverzekeraar informeert de Zorgaanbieder over wie de gecontracteerde diagnostiekaanbieders zijn via de zorgzoeker op de website [www.vgz.nl/zorg-regelen/zorgzoeker](http://www.vgz.nl/zorg-regelen/zorgzoeker). De Zorgaanbieder informeert de verzekerde indien zij voornemens is diagnostiek aan te vragen bij een door de Zorgverzekeraar niet-gecontracteerde aanbieder.

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

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 2a Tarievenlijst Modernisering en Innovatieverrichtingen en Verbruiksartikelen' geldt dat de tarieven per 2023 geïndexeerd worden (NZa index waar gecorrigeerd is voor jaar t-1). In het najaar 2022 zal de Zorgverzekeraar de Zorgaanbieder via Vecozo informeren over deze geïndexeerde tarieven per 1 januari 2023.
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 2022-2023 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](http://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. Indien uit controle blijkt dat de Zorgaanbieder ten onrechte zorg heeft gedeclareerd welke reeds betaald is aan de zorggroep in het kader van chronische zorg, kan de Zorgverzekeraar deze gelden terugvorderen, danwel verrekenen met nog in te dienen declaraties, bij de Zorgaanbieder.

## **Artikel 7. Controle**

In aanvulling op het bepaalde in de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2022-2023 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. De Zorgverzekeraar hanteert een maximale termijn van 2 jaar (t - [2] in shadejaren) om de materiële controle op te starten, mits de Zorgaanbieder zich houdt aan de afgesproken declaratieafspraken zoals overeengekomen in de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ, waaronder de termijn van indiening van declaraties. Deze beperking van de controletermijn geldt niet indien en voor zover de resultaten uit de jaren welke gecontroleerd zijn, dan wel andere signalen van welke aard dan ook, waaronder maar niet uitsluitend (een vermoeden van) fraude, aanleiding geven om ook eerdere jaren alsnog te controleren. Dit is ter beoordeling aan de Zorgverzekeraar.