



Zorgovereenkomst Huisartsgeneeskundige Zorg 2024-2025

Bijlage 1 Bepalingen Huisartsenzorg

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 uitsluitend op stofnaam voor.
 - d. De Zorgaanbieder schrijft een werkzame stof voor van een geneesmiddel dat generiek of als biosimilar beschikbaar is, en stelt daarmee de apotheker of apotheekhoudende 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/merk van de voorgeschreven stofnaam geleverd wordt aan de 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 te allen tijden vastgelegd in het medisch dossier van de patiënt. De apotheker heeft een professionele verantwoordelijkheid om voorschriften te beoordelen op doelmatigheid en rechtmatigheid, ook indien MN op een recept is aangegeven. De Zorgaanbieder is bereikbaar en bereid met de apotheker in overleg te gaan over de voorgeschreven medicatie.
- g. Indien ten opzichte van de landelijke trend meer recepten met MN voorkomen, dan kan de Zorgverzekeraar de Zorgaanbieder vragen toelichting te geven op de afwijking. Op verzoek van de Zorgverzekeraar geeft de Zorgaanbieder inzage in de reden(en) van MN. Indien nodig maken de Zorgverzekeraar en Zorgaanbieder verbeterafspraken naar aanleiding van de afwijking van de landelijke trend.
- h. 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.
- i. 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.
- j. 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.
- k. 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.
- l. De Zorgaanbieder vult voor een geneesmiddel waarvan de werkzame stof voorkomt op Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering en waarvoor een artsenverklaring noodzakelijk is deze artsenverklaring in. Daarbij volgt de Zorgaanbieder het beleid van de Zorgverzekeraar zoals terug te vinden is op www.znformulieren.nl. De Zorgaanbieder beoordeelt aan de hand van het doorlopen van het stroomschema of de verzekerde voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden. De ingevulde artsenverklaring wordt samen met het recept meegegeven aan de verzekerde of elektronisch doorgestuurd naar de apotheek waar de verzekerde de medicatie wenst te halen. De apotheek zal vervolgens op basis van de apotheekinstructie controles op de ingevulde artsenverklaring uitvoeren alvorens het geneesmiddel aan de verzekerde te verstrekken. Indien uit een achterafcontrole blijkt dat een geneesmiddel op basis van



- de artsenverklaring ten onterechte ten laste van de Zorgverzekeringswet is geleverd kan de Zorgverzekeraar de uitbetaalde vergoeding terugvorderen bij de Zorgaanbieder.
- m. De Zorgaanbieder schrijft dieetpreparaten voor ofwel op basis van het ZN-formulier Dieetpreparaten (www.znformulieren.nl), ofwel op basis van een recept waarop in ieder geval de indicatie, het functiegericht voorschrift, de dagdosis en de hoeveelheid staat vermeld. De Zorgaanbieder beoordeelt aan de hand van deze gegevens of de verzekerde voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden en maakt hiervan een aantekening op het recept.
- n. 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. 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 Regionale Huisartsen Organisatie en de gecontracteerde diagnostiekaanbieder, zorg voor een goede transitie.

De gecontracteerde diagnostiekaanbieder maakt in samenspraak met de Regionale Huisartsen Organisatie 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 de gecontracteerde diagnostiekaanbieders via de zorgzoeker op haar websites. 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 indien daartoe aanleiding bestaat desgevraagd een kopie van deze schriftelijke regeling 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 de 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 niet binnen 6 maanden gezamenlijk tot een oplossing komen, zal de Zorgverzekeraar het borgen van de continuïteit oppakken met een vertegenwoordiger van de huisartsen in de regio, zoals bijvoorbeeld de LHV, Kring of de Regionale Huisartsen Organisatie waar de Zorgaanbieder is aangesloten.

Artikel 4. Informatievoorziening en gegevensbeheer

Informatie van de Zorgaanbieder

1. De Zorgaanbieder maakt alle aanpassingen van persoons-, praktijk- en/of relatiegegevens tijdig kenbaar aan de patiënt en bij Vektis.
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.

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 en de tarieven in Bijlage 2a Tarievenlijst Modernisering en Innovatieverrichtingen en Verbruiksartikelen' geldt dat de tarieven per 2025 geïndexeerd worden (NZa index waar gecorrigeerd is voor jaar t-1). In het najaar 2024 zal de Zorgverzekeraar de Zorgaanbieder via Vecozo informeren over deze geïndexeerde tarieven per 1 januari 2025.
2. De volgende afdracht vindt plaats:
Achterstandsfonds. De module achterstandsfonds wordt door de Zorgverzekeraar volledig 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 2024-2025 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 of addenda 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.
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 Regionale Huisartsen Organisatie 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 Regionale Huisartsen Organisatie in het kader van chronische zorg, kan de Zorgverzekeraar deze gelden bij de Zorgaanbieder terugvorderen, danwel verrekenen met ingediende of nog in te dienen declaraties door de Zorgaanbieder.

Artikel 7. Controle

In aanvulling op het bepaalde in de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2024-2025 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 schadejaren) om de materiële controle op te starten, mits de Zorgaanbieder zich houdt aan de overeengekomen declaratieafspraken, 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.