



## MODEL OVEREENKOMST HUISARTSENDAGZORG

### Overeenkomst vrijgevestigde huisarts - zorgverzekeraar

De ondergetekenden:

De huisarts/samenwerkingsverband:

(Naam) .....  
(Praktijkadres) .....  
(Postcode/plaats) .....  
(Eventueel 2 praktijkadres) .....  
(Postcode/plaats) .....  
(AGB-code huisarts) .....  
(AGB-code praktijk).....  
(Bankrekeningnummer).....

hierna te noemen: **de huisarts**;

De zorgverzekeraar .....  
gevestigd en kantoorhoudende te ..... aan de ..... nr .....,  
correspondentieadres: Postbus ..... te .....

hierna te noemen: **de zorgverzekeraar**;

#### In aanmerking nemende:

- De huisarts richt zich bij zijn werkzaamheden naar de kwaliteitsbepalingen in ondermeer het Burgerlijk Wetboek (Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst / WGBO) en de wet BIG. Hij neemt daarbij de zorg van een goed hulpverlener in acht en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiend uit de voor huisartsen geldende professionele standaard met betrekking tot het geneeskundig handelen.
- De huisarts organiseert zijn beroepsuitoefening en voorziet zich van ondersteuning en materieel, zodanig dat een en ander leidt tot verantwoorde en doelmatige zorgverlening.
- De omvang van de door de huisarts te leveren huisartsgeneeskundige (dag)zorg is vastgelegd in het rapport "Het aanbod aan huisartsgeneeskundig zorg 2004" zoals vastgesteld door de Algemene Ledenvergadering van de LHV in mei 2004. Dit rapport is mede gebaseerd op het rapport "Huisartsenzorg en huisartsenvoorziening: concretisering toekomstvisie 2012". Beide rapporten zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en zijn in nauw overleg tussen LHV en NHG tot stand gekomen.
- Het onderscheid en de inhoud van het basisaanbod, aanvullend aanbod en bijzonder aanbod uit het rapport "Het aanbod aan huisartsgeneeskundige zorg 2004" geldt dan ook als uitgangspunt tussen partijen voor de door de huisarts te verrichten werkzaamheden.

Daarbij wordt naast het aanbod van huisartsenzorg, (participatie in) het aanbod van ANW-zorg als onderscheiden aanbod geoffreerd zoals vastgesteld door de Algemene Ledenvergadering van de ELHA in december 2004 en december 2005.

**Komen het volgende overeen:**

### **Duur van de overeenkomst**

#### **Artikel 1**

Deze overeenkomst is aangegaan voor de periode van 1 januari 2006 tot en met .....  
Partijen zullen tijdig, dat wil zeggen uiterlijk 4 maanden voorafgaand aan het verstrijken van de looptijd van deze overeenkomst met elkaar in overleg treden over een opvolgende overeenkomst.

### **Tussentijdse beëindiging van de overeenkomst**

#### **Artikel 2**

Tussentijdse beëindiging van de overeenkomst is slechts mogelijk in de navolgende gevallen:

- 1) - met wederzijds goedvinden;  
- het moment van doorhalen van de inschrijving van de huisarts in het BIG-register ex artikel 48 lid I Wet BIG  
- op het moment dat de huisarts in staat van faillissement verkeert.
- 2) Na schriftelijke opzegging door de (erfgenamen van de) huisarts tegen het einde van de maand met een opzegtermijn van drie maanden.

### **Inschrijving op naam**

#### **Artikel 3**

In lijn met het Vogelaar akkoord draagt de zorgverzekeraar actief bij aan de inschrijving op naam van verzekerden bij de huisarts en de financiële afwikkeling hiervan:

- 1) De zorgverzekeraar schrijft alle verzekerden zo spoedig mogelijk in op naam van een huisarts.
- 2) De zorgverzekeraar geeft per kwartaal een overzicht aan de huisarts van de op diens naam ingeschrevenen.
- 3) De zorgverzekeraar maakt controle op verzekeringsrecht door de huisarts mogelijk

### **Financiële vergoeding van het Basisaanbod huisartsenzorg**

#### **Artikel 4**

##### **1) Inschrijftarief**

De zorgverzekeraar betaalt ieder kwartaal het (overeenkomstige deel van het) inschrijftarief van de op naam van de huisarts ingeschreven verzekerden, rechtstreeks aan de huisarts. De eerste termijn vervalt 21 dagen na het indienen van de declaratie. De tweede, derde en vierde termijn vervalt op de eerste dag van het volgende kwartaal. Het inschrijftarief bedraagt 100% van het door het CTG/NZaio vastgestelde maximum.

**Of** De huisarts declareert éénmaal aan het begin van het jaar het inschrijftarief van de op naam van de huisarts ingeschreven verzekerden rechtstreeks bij de zorgverzekeraar bij wie de desbetreffende verzekerden zijn verzekerd. De verzekeraar is gehouden 100% van het door het CTG/NZaio vastgestelde inschrijftarief te betalen. De zorgverzekeraar betaalt jaarlijks in vier termijnen. De eerste termijn vervalt 21 dagen na het indienen van de declaratie. De tweede, derde en vierde termijn vervalt op de eerste dag van het volgende kwartaal.

- Of** De huisarts declareert elk kwartaal een kwart van het inschrijftarief van de op naam van de huisarts ingeschreven verzekerden rechtstreeks bij de zorgverzekeraar bij wie de desbetreffende verzekerden zijn verzekerd. De verzekeraar is gehouden 100% van het door het CTG/NZaio vastgestelde inschrijftarief te betalen.
- 2) Tarief per consult, per verrichting, voor verbruiksmaterialen ed. ('CTG-tarieven')**  
De huisarts biedt zijn zorgaanbod aan tegen de maximale tarieven zoals deze zijn vastgesteld door het CTG/NZaio.
- 3) Inschrijving op naam ION**  
De procedure rond peildatum, mutaties van in- en uitgeschreven verzekerden is gebaseerd op de gebruikelijke (ziekenfonds)administratiesystematiek met dien verstande dat ook de huisarts een inspanningsverplichting heeft in het tijdig en correct doorgeven aan de zorgverzekeraar van eventuele mutaties in de inschrijving van verzekerden

### **Financiële vergoeding Populatie samenstelling**

#### **Artikel 5**

##### **Gedifferentieerde inschrijftarieven**

Het gedifferentieerd inschrijftarief voor verzekerden:

- jonger dan 65 jaar en woonachtig in een achterstandswijk
  - van 65 tot 75 jaar
  - van 65 tot 75 jaar en woonachtig in een achterstandswijk
  - van 75 jaar en ouder
  - van 75 jaar en ouder en woonachtig in een achterstandswijk,
- is steeds het met maximum tarief zoals dat is vastgesteld door het CTG/NZaio

### **Financiële vergoeding Praktijkondersteuning huisartsen (POH)**

#### **Artikel 6**

##### **Module POH**

##### **Overeenkomst POH**

De huisarts heeft een overeenkomst POH gesloten met een zorgverzekeraar conform de voorwaarden regeling POH.

Ja

Nee

##### **Moduletariaf POH**

De huisarts declareert 100% van het maximumtarief zoals dat voor de module POH door het CTG/NZaio is vastgesteld

##### **Tarief per consult POH**

De huisarts declareert 100% van het maximumtarief zoals dat voor POH-consulten door het CTG/NZaio is vastgesteld

### **Financiële vergoeding Modernisering en Innovatie**

#### **Artikel 7**

##### **1) M&I-verrichtingen (voorheen RIZ-lijst) per verzekerde**

- a) De huisarts offreert de zorgverzekeraar M&I-verrichtingen als Aanvullend Zorgaanbod (zie bijlage M&I-verrichtingenlijst)

Ja

Nee

- b) De huisarts declareert 100% van het maximumtarief zoals dat door het CTG/ NZaio is vastgesteld voor de M&I-verrichtingen, per verrichting, per verzekerde.
  - c) De volgende M&I-verrichtingen zijn deel van het Aanvullende Zorgaanbod dat tussen huisarts en zorgverzekeraar is overeengekomen.
    - 1.
    - 2. etc
- 2) **M&I-projecten voor zorgvernieuwing en kwaliteitsverbetering**
- a) Projectvoorstellen op het terrein van zorgvernieuwing en kwaliteitsverbetering kunnen worden aangeboden/aangevraagd door zowel zorggebruikers, zorgaanbieders (huisartsen) als zorgverzekeraars. Na accordering van een projectvoorstel en overeenstemming over de tarifiering, kan een project worden geïmplementeerd in de (betrokken) huisartsenpraktijk(en).
  - b) Prestatiebeschrijving en -indicatoren alsmede de tariefberekening, worden per project overeengekomen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder .
  - c) (Mede)financiering van extra kosten samenhangend met de geografische of lokale omstandigheden rond de beschikbaarheid van zorg, kan in de vorm van tijdelijke of structurele financieringsprojecten door de betrokken huisarts(en) worden aangevraagd bij de zorgverzekeraar.
  - d) Projectvoorstellen kunnen onder andere betrekking hebben op:
    - 1. investering in (nieuwe) praktijkvestiging
    - 2. instandhouden praktijk aanbod in moeilijk bereikbare gebieden
    - 3. de ontwikkeling van (eerstelijns)samenwerkingsverbanden
    - 4. voorkoming van voortijdige praktijksluiting (seniorenregeling ea)
    - 5. medisch zorgaanbod dat buiten de CTG-getarifeerde M&I-lijst valt
  - e) De financiering van M&I-projecten gebeurt rechtstreeks door de zorgverzekeraar in de vorm van betaling:
    - 1. per verzekerde, als extra tarief boven op het inschrijftarief
    - 2. per lumpsum, een bedrag ineens voor een specifiek M&I-project
  - f) De M&I-projecten die onderdeel van het tussen zorgverzekeraar en huisarts overeengekomen bijzondere zorgaanbod, zijn:
    - 1:
    - 2: etc.

### **Financiële vergoedingen Verloskundige Zorg**

#### **Artikel 8**

De huisarts declareert 100% van de maximale tarieven zoals deze voor verloskundige werkzaamheden, door het CTG/NZaio zijn vastgesteld.

Ja

Nee

### **Overige financiële vergoedingen**

#### **Artikel 9**

##### **1) SCEN**

De huisarts declareert 100% van het maximale tarief zoals dat voor Scenwerkzaamheden, door het CTG/NZaio is vastgesteld.

Ja

Nee

- 2) **E-consult**  
De huisarts declareert 100% van het maximale tarief voor het consult per e-mail, zoals dat door het CTG/NZaio is vastgesteld.  
Ja Nee
- 3) **Digitaal declareren**  
De huisarts declareert 100% van het maximale tarief voor digitaal declareren zoals dat door het CTG/NZaio is vastgesteld.  
Ja Nee

## Artikel 10

- 1) **Betalingsvoorwaarden**  
De zorgverzekeraar betaalt iedere declaratie binnen 21 dagen. Indien het verschuldigde bedrag niet binnen deze termijn door de huisarts is ontvangen, is de zorgverzekeraar zonder daartoe te hoeven worden aangemaand in verzuim. De wettelijke rente is vanaf deze datum dan verschuldigd over het verschuldigde bedrag.
- 2) **Klachtenregeling**  
De huisarts heeft zich conform de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector aangesloten bij een Patiëntenklachtencommissie.  
Ja Nee
- 3) **Geschillenregeling**  
Partijen zullen ieder geschil over de uitleg van deze overeenkomst pas aan de bevoegde civiele rechter voorleggen, nadat een mediator een poging heeft ondernomen het geschil buiten rechte tot een oplossing te brengen. Het staat partijen vrij, wanneer binnen 14 dagen nadat het geschil schriftelijk aan de wederpartij is gemeld en er geen overeenstemming is bereikt over de benoeming van een mediator, het geschil aan de civiele rechter voor te leggen.
- 4) **Verantwoordelijkheid voor levering en betaling van verantwoord zorgaanbod**  
In het belang van een goede patiëntenzorg dragen beide partijen verantwoordelijkheid voor het oplossen van onvolkomenheden bij de in- en uitvoering van de stelselherziening, zodat bij problemen in aanbod en financiering, de verzekerden daar zo min mogelijk door gedupeerd worden. De strekking van de WGBO daarbij is: tegenover de plicht van de zorgaanbieder verantwoorde zorg te leveren, staat correcte uitvoering van de betalingsverplichting van de hulpvrager c.q. de zorgverzekeraar.

Aldus overeengekomen te ..... d.d ..... 20...

De Zorgverzekeraar

De Huisarts