



Wmg-overeenkomst Zorgverzekeraar – Huisartsendienstenstructuur 2020 – 2022

Overeenkomstnummer:

De ondergetekenden, partijen bij deze overeenkomst

Reprenterende zorgverzekeraar 1

in dit verband handelend namens de in de bijlage 1 vermelde zorgverzekeraars

Reprenterende zorgverzekeraar 2

in dit verband handelend namens de in de bijlage 1 vermelde zorgverzekeraars

en

Zorgaanbieder

naam instelling/bedrijf :

vestigingsadres(sen) :

postcode/plaats :

correspondentieadres :

postcode/plaats :

emailadres :

internetadres :

AGB-instellingscode :

Inschrijfnummer Handels

register Kamer van Koophandel :

naam + functie

tekeningsbevoegde :



Komen overeen ter zake van de verlening van spoedeisende huisartsenzorg in avond, nacht en weekend en op feestdagen (ANW-uren) aan verzekerden van de zorgverzekeraar

- a. dat de contractuele relatie tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder wordt beheerst door de Wmg-overeenkomst Zorgverzekeraar – Huisartsendienstenstructuur, inclusief de volgende bijlagen:
 - o Bijlage 1: Overzicht van zorgverzekeraars of hun rechtsopvolgers namens wie de ZN-regiovertegenwoordiger een Wmg-overeenkomst sluit;
 - o Bijlage 2: Verzorgingsgebied zorgaanbieder en inwonersaantallen;
 - o Bijlage 3: Locaties van de huisartsenposten;
 - o Bijlage 4: Kwaliteitseisen HDS;
 - o Bijlage 5: Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) tariefbeschikking.
- b. De zorgverzekeraar zal, onverlet de overige bepalingen in deze overeenkomst, de zorgaanbieder honoreren conform de door de NZa, op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), goedgekeurde tarieven ter zake van de levering van spoedeisende huisartsenzorg in ANW-uren door de zorgaanbieder.

Overwegende dat:

- o Onder meer de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) van toepassing zijn;
- o beleidsregels van de NZa van toepassing zijn ter zake van spoedeisende huisartsenzorg in ANW-uren;
- o begrotings- en tariefafspraken integraal onderdeel uitmaken van onderhavige Wmg-overeenkomst;
- o de zorgverzekeraars werken in een representatiemodel ten behoeve van de collectieve zorginkoop bij budget- en begrotingsgefinancierde instellingen, waarbij zorgverzekeraars zijn aangewezen om de overige zorgverzekeraars hierbij te representeren;
- o de aangewezen representerende zorgverzekeraars gezamenlijk de onderhavige Wmg-overeenkomst afsluiten;
- o volgens de kerntaken van de huisartsen en huisartsenzorg spoedeisende huisartsenzorg 24 uur per dag beschikbaar is en bedoeld is voor gezondheidsklachten die medisch gezien direct of binnen enkele uren beoordeeld moeten worden;
- o de zorgaanbieder contracten heeft gesloten met de bij hem aangesloten beroepsbeoefenaren en rechtspersonen;

stellen partijen vast de hierna volgende bepalingen:

Artikel 1. Definities

- a. **Aansluitovereenkomst:**
de overeenkomst tussen de zorgaanbieder en een huisarts op grond waarvan huisartsenzorg tijdens ANW-uren wordt overgedragen aan de huisartsendienstenstructuur.
- b. **Beroepsbeoefenaar:**
een natuurlijk persoon die beroepsmatig huisartsengeneeskundige hulp verleent en die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- c. **NONI (Niet Op Naam Ingeschreven bij de huisarts):**
een verzekerde die woonachtig is in het verzorgingsgebied van de zorgaanbieder, en spoedeisende hulp behoeft, maar niet is ingeschreven bij een huisarts.
- d. **Passant:**
een niet tot de praktijkpopulatie van één van de bij de zorgaanbieder aangesloten beroepsbeoefenaren behorende verzekerde die niet woonachtig is in het verzorgingsgebied van de zorgaanbieder, die hulp van spoedeisende aard behoeft en die niet in staat is zich te wenden tot de eigen huisarts dan wel diens vervanger.
- e. **Partijen:**
de partijen die deze overeenkomst zijn aangegaan.
- f. **Rechtspersoon:**
een instelling die buiten de natuurlijke personen rechts- en handelingsbevoegd is tot het verlenen van huisartsenzorg.
- g. **Representerende zorgverzekeraars:**
de zorgverzekeraars die door de leden van Zorgverzekeraars Nederland zijn aangewezen om namens hen deze Wmg-overeenkomst aan te bieden en af te sluiten conform het convenant ten behoeve van het representatiemodel non-concurrentiële deelmarkten.
- h. **Verzekerde:**
een natuurlijk persoon ten behoeve van wie een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet is gesloten met een zorgverzekeraar en recht heeft op de zorg, zoals omschreven in artikel 1 sub j.
- i. **Verzorgingsgebied:**
een geografisch, door postcodes afgebakende, gebied waarbinnen de zorgaanbieder de zorg verleent. Uitsluitend binnen dit postcodegebied verleent de zorgaanbieder zorg op het verblijfadres van de patiënt. Het overzicht van dit gebied staat in bijlage 2 van deze overeenkomst. Bron: CBS-gegevens (Nivel-tabel).
- j. **Zorg:**
de door de zorgaanbieder te verlenen spoedeisende ANW-huisartsenzorg, waaronder wordt verstaan de spoedeisende huisartsenzorg in de avond-, nacht- en weekenduren en op feestdagen die de zorgaanbieder verleent, daarbij (o.a.) gebruikmakende van bij de zorgaanbieder aangesloten of anderszins verbonden beroepsbeoefenaren.
- k. **Zorgaanbieder:**
een rechtspersoon, ook wel huisartsendienstenstructuur genoemd, die een WTZi-toelating heeft en die in een bepaalde regio verantwoordelijk is voor het organiseren, beschikbaar stellen en leveren van spoedeisende huisartsenzorg in de avond-, nacht- en weekenduren en op feestdagen, voor en aan verzekerden (als omschreven onder h) die zijn ingeschreven bij de beroepsbeoefenaren die aangesloten zijn bij de zorgaanbieder, alsmede voor en aan NONI's (als omschreven onder c) en passanten (als omschreven onder d).
- l. **Zorgverzekeraar:**
een verzekeraar als bedoeld in artikel 1, onder b, van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 2. Rechtsverhouding

De rechtsverhouding tussen de partijen wordt geregeld door:

- a. de relevante wet- en regelgeving, voor zover daarvan bij de onderhavige overeenkomst niet mag worden of is afgeweken;
- b. de onderhavige overeenkomst;
- c. de bij de onderhavige overeenkomst behorende bijlagen.

Artikel 3. Zorg

1. De zorgaanbieder verleent de spoedeisende ANW-huisartsenzorg zoals een huisartsendienstenstructuur die pleegt te bieden aan verzekerden en berekent daarvoor de door de NZa vastgestelde tarieven.
2. Partijen komen overeen welke locaties deel uitmaken van de zorgaanbieder en welke prestaties daar geleverd kunnen worden (zie bijlage 3). Tussentijdse veranderingen gedurende de looptijd van de overeenkomst worden tijdig met de representerende verzekeraars afgestemd. Uitgangspunt is de streefwaarde voor fysieke bereikbaarheid: minimaal 90% van de bewoners van het werkgebied van de huisartsenpost kan binnen 30 minuten per auto de huisartsenpost bereiken.
3. De zorgaanbieder legt visites af bij verzekerden binnen het overeengekomen verzorgingsgebied. Zo nodig maakt de zorgaanbieder afspraken met naburige zorgaanbieders voor het afleggen van visites bij verzekerden die op de grens van het verzorgingsgebied wonen.
4. De zorgaanbieder legt schriftelijk vast welke huisartsen(praktijken) en rechtspersonen bij hem zijn aangesloten.
5. De zorgaanbieder is jegens de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor het organiseren, beschikbaar stellen en leveren van spoedeisende ANW-huisartsenzorg voor en aan verzekerden die zijn ingeschreven bij de beroepsbeoefenaren die aangesloten zijn bij de zorgaanbieder, alsmede voor en aan NONI's en passanten.
6. De zorgaanbieder stelt alle beroepsbeoefenaren of rechtspersonen die werkzaam zijn in het verzorgingsgebied in de gelegenheid om te participeren en gebruik te maken van de zorgaanbieder, tenzij er zwaarwegende redenen zijn om participatie van een bepaalde beroepsbeoefenaar of rechtspersoon uit te sluiten. Indien de zorgaanbieder de aansluitovereenkomst met een bij de zorgaanbieder aangesloten beroepsbeoefenaar of rechtspersoon opzegt of anderszins beëindigt, worden de representerende zorgverzekeraars hiervan schriftelijk op de hoogte gesteld.

Artikel 4. Kwaliteit

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de zorg die verleend wordt tenminste voldoet aan de laatste eisen en standaarden van de beroepsgroep. De lijst van kwaliteitsindicatoren is als bijlage 4 bijgevoegd
2. De zorgaanbieder verleent aan de verzekerden van de zorgverzekeraar goede acute ANW-zorg, waaronder wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en waarbij de personen die de zorg verlenen, met gebruikmaking van de geschikte hulpzaken, handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hen geldende professionele standaard.
3. De representerende zorgverzekeraars spannen zich in voor de totstandkoming van goede voorwaarden ter bevordering van een kwalitatief voldoende, verantwoorde en doelmatige zorgverlening.
4. De zorgaanbieder treft vanuit zijn verantwoordelijkheid voor het borgen van ANW-zorg, voorzieningen die nodig zijn voor een continue zorgverlening en meldt omstandigheden die het borgen van de ANW-zorg in gevaar brengen aan de representerende zorgverzekeraars, zoals een tekort aan capaciteit of het opzeggen van een toelatingsovereenkomst met een aangesloten beroepsbeoefenaar.

Artikel 5. Weigering of beëindiging van de levering van de zorg

1. De zorgaanbieder kan het aangaan van een behandelrelatie met een verzekerde slechts weigeren of de behandelrelatie slechts beëindigen wegens gewichtige redenen indien hij handelt overeenkomstig de 'Richtlijn niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst' van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
2. De zorgaanbieder informeert de zorgverzekeraar indien hij het aangaan van een behandelrelatie weigert of de behandelrelatie beëindigt. Zo mogelijk informeert de zorgaanbieder de zorgverzekeraar hierover voordat de zorgaanbieder het aangaan van een behandelrelatie weigert of deze de behandelrelatie beëindigt.

Artikel 6. Begroting en bijbehorende investeringen

1. Begrotingsafspraken komen jaarlijks tot stand door voorafgaand aan het kalenderjaar een begroting op te stellen. Wanneer de zorgaanbieder de begroting voor 1 oktober aanlevert, zorgen de representerende zorgverzekeraars binnen twee weken na ontvangst voor een reactie op dit voorstel.
2. Voor begroting en bijbehorende investeringen gelden de volgende bepalingen:
 - a. de zorgaanbieder stelt een begroting en zo nodig een (investerings)plan op waarbij als uitgangspunten worden gehanteerd: kwaliteit van zorg en doelmatigheid van zorg;
 - b. over de voorgenomen investeringen voeren partijen nader overleg. Desgevraagd stelt de zorgaanbieder aanvullende informatie over het investeringsplan ter beschikking;
 - c. langlopende investeringen worden, dan wel zijn, opgenomen in de jaarrekening van de zorgaanbieder onder het hoofdstuk "Niet uit de balans blijvende verplichtingen".
3. Jaarlijks biedt de zorgaanbieder de representerende zorgverzekeraars vóór 1 oktober het ingevulde landelijke format van de begroting en eventueel bijbehorend (investerings)plan voor het komende kalenderjaar aan. Indien de representerende zorgverzekeraars deze na 1 oktober ontvangen, is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor een verzoek tot uitstel bij de NZa. Dit uitstel moet ingediend zijn vóór 1 november bij de NZa.
4. De partijen bespreken jaarlijks het (investerings)plan en bijbehorende begroting van de zorgaanbieder. De representerende zorgverzekeraars beoordelen het (investerings)plan en de bijbehorende begroting en geven een advies op de voorgestelde investeringen of verplichtingen.
5. De door de partijen overeengekomen begroting wordt vóór 1 november door de zorgaanbieder en de representerende zorgverzekeraars ingediend bij de NZa met een gezamenlijk tariefverzoek. Bij een positief advies van de representerende zorgverzekeraars wordt het investeringsplan in principe verbonden aan de door de NZa gehanteerde afschrijvingstermijnen.
6. Na een akkoord van de partijen op de conceptberekening van de tarieven door de NZa, maakt de NZa bijbehorende tariefbeschikking op.
7. De conform lid 1 en lid 2 met positief advies van de representerende zorgverzekeraars aangegane langlopende verplichting wordt gedurende de looptijd ervan door de representerende zorgverzekeraars gerespecteerd bij de jaarlijkse begrotingsbespreking.

Artikel 7. Informatie

1. Partijen verschaffen elkaar desgevraagd de inlichtingen die zij redelijkerwijs behoeven voor een inzicht in de nakoming van de in deze overeenkomst aangegane verplichtingen.
2. Partijen behandelen de gegevens die zij uitwisselen en onderling ter beschikking stellen vertrouwelijk en met inachtneming van de vigerende wet- en regelgeving ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de betrokken verzekerden en de beroepsbeoefenaren op wie die gegevens betrekking hebben.
3. Partijen maken over deze informatie de navolgende nadere afspraken:

- a. ten behoeve van de uitvoering van de representatie door zorgverzekeraars zijn de representerende zorgverzekeraars verantwoordelijk voor het aanleveren van informatie aan Vektis welke optreedt als verwerker namens de zorgverzekeraar;
 - b. bij de informatievoorziening aan Vektis wordt gebruik gemaakt van de door de NZa gehanteerde formats;
 - c. informatie die betrekking heeft op de zorginkoop wordt via Vektis op geaggregeerd niveau toegankelijk gemaakt voor alle zorgverzekeraars;
 - d. indien Vektis de standaard wijzigt, maken de zorgaanbieder en de zorgverzekeraars gedurende een overgangperiode gebruik van de oude standaard. Indien dat onverhoopt niet mogelijk is dan treden partijen met elkaar in overleg.
4. De zorgaanbieder rapporteert in een format dat wordt aangeleverd door de representerende zorgverzekeraars. De rapportage geeft in ieder geval inzicht in:
 - a. de uitkomsten van de meting op de kwaliteitsindicatoren, zoals omschreven in de kwaliteitsparagraaf van deze overeenkomst;
 - b. de aard en omvang van de uitgevoerde verrichtingen (productie);
 - c. de kostenontwikkeling en de realisatie van het investeringsplan, mede in relatie tot de begroting;
 - d. de stand van zaken met betrekking tot de overeengekomen verbeterplannen.
 5. Jaarlijks biedt de zorgaanbieder de representerende zorgverzekeraars voor 1 juni de jaarrekening en het jaarverslag over het voorafgaande boekjaar aan. Indien de representerende zorgverzekeraars deze na 1 juni ontvangen, is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor een verzoek tot uitstel bij de NZa. Dit uitstel moet ingediend zijn vóór 15 juni bij de NZa.
 6. Wanneer de zorgaanbieder de jaarrekening voor 1 juni aanlevert, zorgen de representerende zorgverzekeraars binnen twee weken voor een reactie. De jaarrekening dient te zijn voorzien van een goedkeurende accountantsverklaring als bedoeld in artikel 393 lid 1 Boek 2 Burgerlijk Wetboek. De zorgaanbieder dient daarbij ook inzicht te verschaffen in de voor de nacalculatie relevante kosten-, opbrengst- en productiegegevens. De besproken jaarrekening wordt voor 1 juli door de zorgaanbieder en de representerende zorgverzekeraars ingediend bij de NZa met een gezamenlijk verzoek tot nacalculatie wanneer dit in het betreffende verslagjaar aan de orde is.
 7. De representerende zorgverzekeraars controleren periodiek of de zorgaanbieder zijn verplichtingen uit deze overeenkomst op een juiste wijze nakomt.
 8. De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder maken gezamenlijk een afspraak over de termijnen en de frequentie van aanlevering van de in lid 4 genoemde gegevens.
 9. De zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraars onderschrijven het belang van open informatie-uitwisseling over zaken die van belang zijn voor hun organisaties en geven hier invulling aan. Het gaat hier om het direct melden van omstandigheden die de continuïteit, de kwaliteit, de patiëntveiligheid, de financiële situatie of het imago van één van beide of beide partijen ernstig kunnen schaden.
 10. De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor van reviewmogelijkheden door zijn interne accountant of eventueel de externe accountant, indien gerede twijfel bestaat over de juistheid van de geleverde informatie.
 11. De zorgaanbieder informeert de beroepsbeoefenaar of rechtspersoon bij wie de verzekerde op naam is ingeschreven over het contact dat deze verzekerde heeft gehad met de zorgaanbieder, met uitzondering van passanten. De zorgaanbieder verstrekt deze informatie uiterlijk de eerstvolgende reguliere werkdag aan de beroepsbeoefenaar. Voor passanten waarbij uitwisseling met de beroepsbeoefenaar niet mogelijk is, dient de informatie te worden gegeven aan de verzekerde.

Artikel 8. Controle

1. De Zorgverzekeraar voert Formele en Materiële controles met inachtneming van de eisen van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Regeling Zorgverzekering (Rzv) en het Protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland.

2. De Zorgverzekeraar streeft ernaar controles zo snel mogelijk uit te voeren.

Artikel 9. Verzekeringsgerechtigdheid

1. De zorgaanbieder overtuigt zich ervan of de patiënt voor zorg is verzekerd middels de geautomatiseerde controle op verzekeringsrecht (COV) bericht via het Vecozo-portaal c.q. de website van Vecozo. Op het moment van declareren wordt gecontroleerd of de verzekerde op het moment van de behandeling is verzekerd. Slechts in dat geval is rechtstreeks declareren van de in dat kader verleende zorg bij de zorgverzekeraars toegestaan.
2. De zorgverzekeraars zorgen ervoor dat de verzekerdengegevens die dienen voor controle op verzekeringsrecht zo veel mogelijk actueel zijn.

Artikel 10. Declaratie en administratie

1. De zorgaanbieder declareert elektronisch via Vecozo. De zorgaanbieder maakt gebruik van het meest recente Externe Integratiemodel Huisartsenhulp dat door Vektis is vastgesteld.
2. De declaraties van de overeengekomen prestaties worden door de zorgaanbieder gedeclareerd in de maand die volgt op de maand waarop deze declaratie betrekking heeft. De zorgaanbieder dient deze declaraties tweewekelijks of maandelijks als verzamelnota in. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan deze termijn, is de zorgverzekeraar niet gehouden de declaratie binnen de in lid 1 van artikel 12 genoemde termijn betaalbaar te stellen.
3. Onverminderd zijn verplichting de declaraties tijdig in te dienen conform lid 2 van dit artikel, zal de zorgaanbieder de zorg die hij in enig kalenderjaar heeft geleverd uiterlijk twaalf maanden na prestatiedatum declareren bij de zorgverzekeraar. Na die datum ontvangen declaraties neemt de zorgverzekeraar niet in behandeling, behoudens in geval van overmacht aan de zijde van de zorgaanbieder.
4. In geval van calamiteiten die voor een substantiële stagnatie in het aanleveren of afhandelen van declaraties zorgen, wordt in onderling overleg tussen de zorgaanbieder en de betrokken zorgverzekeraar een passende oplossing gezocht.
5. De zorgaanbieder verleent de zorg zonder enige betaling voor de zorg door de verzekerde zelf, tenzij hierna anders wordt overeengekomen.
6. De zorgaanbieder draagt zorg voor inhoudelijk kwalitatief goede declaraties. Bij een grotendeels foutief aangeleverde declaratie of hoog uitvalpercentage, kan de gehele declaratie door de zorgverzekeraar worden afgekeurd. De zorgverzekeraar stelt de zorgaanbieder hiervan op de hoogte via de retourinformatie conform lid 3 van artikel 11.
7. De zorgaanbieder heeft de inspanningsverplichting om ervoor te zorgen dat er geen zorg bij de zorgverzekeraar gedeclareerd wordt als bedoeld in artikel 3.1.1. Wlz.
8. Indien de zorgaanbieder zijn declaratieproces uitbesteedt aan derden (bijvoorbeeld een administratiekantoor of factoringbedrijf), blijft de zorgaanbieder jegens de zorgverzekeraar volledig verantwoordelijk voor naleving van de verplichtingen die uit deze overeenkomst voortvloeien. Betaling door de zorgverzekeraar aan derden op verzoek/met instemming van de zorgaanbieder, geldt als een bevrijdende betaling. Betaling zal geschieden na declaratie op het door de zorgaanbieder aangegeven bankrekeningnummer (IBAN).
9. De werkwijze benoemd in artikel 10 lid 7 geldt ook jegens derden die door de zorgaanbieder zijn aangesteld om het declaratieproces over te nemen. De zorgaanbieder is verplicht bij het overdragen van het declaratieproces aan derden, de in deze overeenkomst tot stand gekomen declaratieprocedures bij derden te bewerkstelligen. De zorgaanbieder zal over de periode van uitbesteding zelfstandig geen declaraties indienen bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is gerechtigd deze nota's niet in behandeling te nemen wanneer deze toch ingediend worden.

Artikel 11. Betaling

1. De zorgverzekeraar zal de declaraties die voor betaling in aanmerking komen binnen dertig kalenderdagen na ontvangst betaalbaar stellen aan de zorgaanbieder mits de zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden gesteld onder artikel 10. Onder betaalbaarstelling wordt verstaan het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank om tot betaling van de declaratie over te gaan.
2. Voor de verrichtingen tussen 17.00 uur en 18.00 uur kan de zorgaanbieder optreden als incassobureau voor de aangesloten huisartsen.
3. Voor declaraties die via Vecozo worden ingediend, stelt de zorgverzekeraar retourinformatie (zowel afrekenspecificatie als elektronische retourinformatie) volgens het meest recente Externe Integratiemodel Huisartsenhulp van Vektis beschikbaar via Vecozo. De retourinformatie is tot maximaal één jaar na verwerking van de declaratie via Vecozo raadpleegbaar.
4. Indien de zorgverzekeraar er door een oorzaak gelegen in zijn risicosfeer niet in slaagt de declaratie binnen de in lid 1 genoemde termijn betaalbaar te stellen, stelt de zorgverzekeraar een voorschot betaalbaar van in de regel 100% van het gedeclareerde bedrag. De zorgverzekeraar stelt geen voorschot betaalbaar indien de oorzaak van de vertraging gelegen is in de risicosfeer van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld omdat de declaratie niet voldoet aan de voorwaarden die in deze overeenkomst aan de declaratie worden gesteld.
5. Indien een verzekerde met een restitutiepolis uitdrukkelijk te kennen geeft zelf de declaratie van de zorgaanbieder te willen ontvangen, brengt de zorgaanbieder de declaratie in rekening bij de verzekerde tegen de tarieven zoals vastgelegd in deze overeenkomst.
6. Indien onder de zorgverzekeraar beslag wordt gelegd ter verzekering van de rechten van een schuldeiser van de zorgaanbieder, komen de extra kosten die de zorgverzekeraar hier voor moet maken volledig voor rekening van de zorgaanbieder.
7. De zorgverzekeraar houdt zich het recht voor om ten onrechte gedane betalingen terug te vorderen of te verrekenen met nieuwe declaraties (inclusief doorberekening van de wettelijke rente).

Artikel 12. Fraude

1. Van fraude is sprake indien de verzekerde of de zorgaanbieder valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden of verduistering pleegt of tracht te plegen ten nadele van bij de totstandkoming of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties met het doel een prestatie, vergoeding, betaling of ander voordeel te krijgen waarop de verzekerde dan wel de zorgaanbieder geen recht heeft of recht kan hebben, conform de Regeling Zorgverzekering.
2. De zorgaanbieder verliest bij fraude het recht op vergoeding van de prestatie uit hoofde van deze overeenkomst waarop de fraude betrekking heeft.
3. In geval van fraude kan de zorgverzekeraar voorts:
 - a. de ten onrechte uitgekeerde betalingen en gemaakte onderzoekskosten terugvorderen;
 - b. deze overeenkomst met onmiddellijke ingang beëindigen overeenkomstig het bepaalde in artikel 16 lid 4 van deze overeenkomst;
 - c. registratie van fraude doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
 - d. melding c.q. aangifte doen bij de FIOD-ECD en/of het Openbaar Ministerie.
4. Indien de zorgverzekeraar gebruik maakt van de mogelijkheid van lid 3 sub c en/of d dient zij diegene tegen wie de maatregel wordt genomen daarvan schriftelijk op de hoogte te brengen.

Artikel 13. Geschillen

1. In geval van een geschil tussen partijen zal worden getracht dit eerst in onderling overleg op te lossen.
2. Een geschil is aanwezig zodra een partij dit schriftelijk aan de andere partij kenbaar heeft gemaakt.

3. Geschillen die niet in onderling overleg kunnen worden opgelost, kunnen worden voorgelegd aan de bevoegde rechtbank dan wel aan de Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering.
4. Voor geschillen met betrekking tot de tarieven zal de gebruikelijke rechtsgang worden gevolgd.

Artikel 14. Duur en beëindiging van de overeenkomst

1. Deze overeenkomst gaat in per 1 januari 2020 en heeft een looptijd tot en met 31 december 2022 en eindigt eerder in de in dit artikel genoemde gevallen.
2. De overeenkomst eindigt:
 - a. door een schriftelijke overeenkomst ('wederzijds goedvinden') van partijen;
 - b. door opzegging ingevolge de leden 3 en 6 van dit artikel;
 - c. door ontbinding ingevolge lid 4 van deze overeenkomst;
 - d. op het moment dat de zorgaanbieder niet meer beschikt over de benodigde toelating ingevolge de WTZi;
 - e. door ontbinding van de rechtspersoon van een der partijen of doordat een der partijen anderszins ophoudt te bestaan.
3. Ieder der partijen is bevoegd deze overeenkomst tussentijds op te zeggen per aangetekende brief of bij deurwaardersexploot aan de andere partij tegen het einde van een lopende kalenderjaar en met inachtneming van een opzegtermijn van 3 maanden.
4. Een partij is gerechtigd de (verdere) uitvoering van deze overeenkomst op te schorten, dan wel zonder rechterlijke tussenkomst met onmiddellijke ingang te ontbinden, indien:
 - a. een andere partij in staat van faillissement wordt verklaard of surseance van betaling verleent;
 - b. beslag wordt gelegd op een belangrijk deel van het vermogen van een andere partij of indien een andere partij anderszins de vrije beschikking over een belangrijk deel van haar vermogen verliest;
 - c. de andere partij ernstig toerekenbaar tekort schiet in de nakoming van één of meer verplichtingen jegens deze partij die voortvloeien uit deze overeenkomst en die ernstige toerekenbare tekortkoming niet binnen een redelijke termijn is hersteld na een daartoe strekkende schriftelijke ingebrekestelling;
 - d. de andere partij als gevolg van overmacht ernstig tekort schiet in de nakoming van een of meer verplichtingen jegens deze partij die voortvloeien uit deze overeenkomst én aannemelijk is dat de situatie van overmacht langer zal duren dan dertig kalenderdagen;
 - e. de andere partij zich tegenover deze partij schuldig maakt aan (een poging tot) het plegen van een misdrijf of overtreding dan wel zich schuldig maakt aan (een poging tot) fraude, dwang of bedreiging;
 - f. een wijziging optreedt in de zeggenschap over en/of het economisch belang bij (de instelling of onderneming van) een andere partij;
 - g. de andere partij niet meer voldoet aan de definities in artikel 1 van de overeenkomst.
5. Rechten en plichten die naar hun aard bestemd zijn om ook na beëindiging van deze overeenkomst voort te duren, blijven na beëindiging van deze overeenkomst bestaan. Tot deze verplichtingen behoren onder meer aansprakelijkheid en geheimhouding.
6. Indien wijzigingen in wet- en/of regelgeving aanpassing van deze overeenkomst noodzakelijk maken, treden partijen met elkaar in overleg om de betreffende bepalingen in deze overeenkomst zoveel mogelijk aan te passen aan de nieuwe wet- en regelgeving met instandhouding van de overige bepalingen.
7. Wijzigingen in de overeenkomst kunnen uitsluitend worden aangebracht met wederzijds goedvinden.

Artikel 15. Slotbepalingen

1. De zorgverzekeraars en de zorgaanbieder behouden zich het recht voor om een overeenkomst die is voorzien van doorhalingen en/of mededelingen van welke aard dan ook als ongeldig te beschouwen. Indien één van de partijen van dit recht gebruik maakt, zal deze de wederpartij daarvan schriftelijk in kennis stellen. In dat geval zullen de representerende zorgverzekeraars de zorgaanbieder eenmalig de



overeenkomst alsnog toezenden en in de gelegenheid stellen binnen een termijn van drie weken door ondertekening en terugzending aan de representerende zorgverzekeraars de overeenkomst alsnog tot stand te brengen.

2. Indien één of meerdere bepalingen van deze overeenkomst nietig c.q. onverbindend blijken te zijn, zullen de overige bepalingen van de overeenkomst van kracht blijven. Partijen zullen over de bepalingen die nietig c.q. verbindend blijken te zijn overleg plegen om een vervangende regeling te treffen zodat de strekking van de overeenkomst als geheel behouden blijft.
3. Op deze overeenkomst zijn de algemene voorwaarden van de zorgaanbieder, onder welke naam of in welke vorm dan ook, uitdrukkelijk niet van toepassing.
4. Indien de zorgaanbieder een wijziging in contractuele relatie met de representerende zorgverzekeraars wil realiseren dient als volgt gehandeld te worden:
 - a. het bestuur c.q. de bestuurder van de zorgaanbieder dient het verzoek tijdig in, d.w.z. ten minste drie maanden voorafgaand aan de verandering die de aanleiding vormt voor het verzoek;
 - b. dit verzoek dient schriftelijk en met redenen omkleed in bij de representerende zorgverzekeraars te worden ingediend.
5. De behandeling van een verzoek zal als volgt geschieden:
 - a. de zorgverzekeraars kunnen om aanvullende informatie vragen en eventueel zelf onderzoek plegen;
 - b. de zorgverzekeraars toetsen het verzoek aan het contracteerbeleid en zullen uiterlijk binnen 3 maanden na ontvangst van het verzoek hun beslissing met redenen omkleed kenbaar maken aan de indiener;
 - c. indien dit noodzakelijk is kunnen de zorgverzekeraars de beslistermijnen met maximaal 2 maanden verlengen. De indiener wordt hiervan schriftelijk op de hoogte gesteld.

Partijen verklaren hierbij een exemplaar te hebben ontvangen van de in de inleiding genoemde overeenkomst en bijlage(n) en ermee in te stemmen dat deze overeenkomst en bijlage(n) de contractuele verhouding tussen partijen beheerst.

Opgemaakt in drievoud te

op

Representerende zorgverzekeraar 1

Huisartsendienstenstructuur

Representerende zorgverzekeraar 2



BIJLAGE 1

OVERZICHT VAN ZORGVERZEKERAARS OF HUN RECHTSOPVOLGERS NAMENS WIE DE REPRESENTERENDE ZORGVERZEKERAARS EEN WMG-OVEREENKOMST SLUITEN.

- Eno Zorgverzekeraar N.V.
- OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.
- OWM CZ Groep, Zorgverzekeraar. U.A.
 - Ohra Zorgverzekeringen N.V.
 - Ohra Ziektekostenverzekeringen N.V.
 - Nationale-Nederlanden Zorgverzekering N.V.
- OWM DSW Zorgverzekeraar U.A.
Stad Holland Zorgverzekeraar OWM U.A.
- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (inclusief Pro Life Zorgverzekeringen)
Interpolis Zorgverzekeringen N.V.
FBTO Zorgverzekeringen N.V.
Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. mede voor volmacht ONE Underwriting Health B.V.
De Friesland Zorgverzekeraar N.V.
- ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.
- Menzis Zorgverzekeraar N.V.
 - Menzis N.V.
 - Anderzorg N.V.
- ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.
- Coöperatie VGZ U.A.
 - VGZ Zorgverzekeraar N.V.
 - IZA Zorgverzekeraar
 - N.V. Zorgverzekeraar UMC
 - N.V. Univé Zorg
- IptiQ Life S.A.



BIJLAGE 3
LOCATIES VAN DE HUISARTSENPOSTEN

De huisartsenposten van de huisartsendienstenstructuur bevinden zich op de volgende locaties:
(Gelieve adres in te vullen)

Tussentijdse veranderingen gedurende de looptijd van de overeenkomst worden tijdig met de representerende verzekeraars afgestemd.

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.



BIJLAGE 4 KWALITEITSEISEN HDS

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) verplicht zorgaanbieders hun eigen kwaliteit te bewaken, te beheersen en te verbeteren. De wet waarborgt dat patiënten kunnen vertrouwen op goede zorg en een goede, snelle en laagdrempelige afhandeling van klachten en geschillen. Een essentieel onderdeel van de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is het systematisch registreren van de kritieke processen binnen de instelling en de uitkomsten van zorg op het niveau van de cliënt. Voor het monitoren van de kwaliteit van zorg is het niet noodzakelijk om alle processen en uitkomsten te meten, maar wel de processen en uitkomsten die een indicatie geven van de kwaliteit van de verleende zorg.

Gezamenlijk zijn de kwaliteitsindicatoren opgesteld. Deze zijn ingedeeld naar drie hoofdthema's:

1. Patiëntveiligheid
2. Kwaliteit
3. In Control

Op de volgende pagina's zijn deze indicatoren per thema uitgewerkt. De representerende verzekeraars vragen aan de HDS om, op basis van deze normen objectieve managementinformatie aan te leveren.

Patiëntveiligheid	<i>Is de patiëntveiligheid bij de HDS gewaarborgd?</i>			
Indicator	Maatstaf	Herkomst	Middel	Frequentie
1. Wordt de Spoedlijn op tijd opgenomen?	<p>Bij gebruik spoedtoets door de patiënt wordt de telefoon altijd zo snel mogelijk aangenomen.</p> <p>Gemiddeld per jaar in 98% van de gevallen binnen 30 seconden een persoon aan de lijn.</p>	InEen streefwaarde	De HDS meet dit continu met behulp van informatie, uit het call-management systeem en/of de telefooncentrale.	In lokaal overleg af te spreken. Minimaal 1x per jaar.
2. Worden consulten en spoedvisites en (u0, u1 en u2) op tijd gedaan?	<p>Bij U0 en U1 zorgvragen (levensbedreigende spoed), die zich telefonisch aandienen, wordt de ambulance ingeschakeld en/of gaat een huisarts onmiddellijk naar de patiënt.</p> <p>Bij U0 en U1 zorgvragen (levensbedreigende spoed) waarbij een huisarts wordt ingezet is de huisarts gemiddeld per jaar in 90% van de gevallen binnen 20 minuten bij de patiënt aanwezig en in 98% van de gevallen binnen 30 minuten.</p> <p>Bij U2 zorgvragen (spoed) waarvoor een visite door een huisarts wordt afgesproken is de huisarts gemiddeld per jaar in 90% van de gevallen binnen 1 uur bij de patiënt aanwezig en in 98% van de gevallen binnen 2 uur.</p> <p>Indien zorg niet binnen 1 uur geleverd kan worden is er tussentijds telefonisch contact van de huisarts met de patiënt.</p>	InEen streefwaarde	De HDS meet dit continu met behulp van informatie, uit het call-management systeem en/of de telefooncentrale.	In lokaal overleg af te spreken. Minimaal 1x per jaar.



	<p>Bij als U2 aangemerkte zorgvragen (spoed) waarvoor een consult is geïndiceerd wordt binnen een uur een afspraak op de huisartsenpost ingepland. Zodra de patiënt binnen is wordt hij gemonitord en zo spoedig mogelijk geholpen.</p> <p>De aanrijdtijd is de tijd tussen het moment van het aannemen van de telefoon op de huisartsenpost en het moment dat de zorgverlener arriveert bij de patiënt. Bij consulten wordt de tijd gemeten vanaf het moment dat de telefoon wordt aangenomen op de huisartsenpost tot de patiënt op de huisartsenpost arriveert.</p>			
<p>3. Heeft de huisarts op tijd gecontroleerd of de triagist de triage goed heeft doorlopen?</p>	<p>Gemiddeld per jaar wordt 90% van de zelfstandig door de triagist afgehandelde contacten binnen 1 uur en 98% binnen 2 uur gefiatteerd.</p> <p>In lokaal overleg kan afgesproken worden dat er wordt afgeweken van rapportage op bovenstaande norm. Het alternatief is dan: Op de momenten dat een regiearts betrokken is bij triage, wordt een steekproef genomen uit de adviezen of het advies en triage correct is. Op de momenten dat er geen regiearts betrokken is bij de triage wordt gerapporteerd op bovenstaande norm.</p>	<p>In Een streefwaarde</p>	<p>De HDS meet dit continu met behulp van informatie, uit het call-management systeem en/of de telefooncentrale.</p>	<p>In lokaal overleg af te spreken. Minimaal 1x per jaar.</p>

Kwaliteit	<i>Is de zorg, die de HDS levert, kwalitatief goed?</i>			
Indicator	Maatstaf	Herkomst	Middel	Frequentie
1. De basiskwaliteit, die de HDS levert is van geborgd middels een kwaliteitscyclus	De HDS heeft een relevant en geldig kwaliteitscertificaat. De datum van accreditatie wordt opgegeven.	HKZ HDS, HaZo 24, ISO norm 15224, NIAZ.	HKZ HDS, HaZo 24, ISO norm 15224, NIAZ.	Doorlopend.
2. De HDS voert patiëntervaringsonderzoek uit	De HDS meet minimaal eenmaal per drie jaar de ervaringen van patiënten met betrekking tot de uitvoering van de zorg. De HDS gebruikt de uitkomst als input voor de verbetercyclus. De HDS geeft de datum van het rapport patiëntervaringsonderzoek op.	HKZ HDS, HaZo 24, ISO norm 15224, NIAZ.	CQ-index of een ander geschikt instrument.	(norm uit certificaat) 1x per 3 jaar
3. Hoe is de telefonische bereikbaarheid als geen sprake is van levensbedreigende spoed	Zonder spoed gemiddeld per jaar bij 75% van de telefoontjes binnen 2 minuten een persoon aan de lijn. Zonder spoed gemiddeld per jaar bij 98% van de telefoontjes binnen 10 minuten een persoon aan de lijn.	InEen streefwaarde	De HDS meet dit continu met behulp van informatie, uit het call-management systeem en/of de telefooncentrale.	In lokaal overleg af te spreken. Minimaal 1x per jaar.
4. Worden de U ₃ , U ₄ en U ₅ zorgvragen op tijd behandeld?	Bij U ₃ zorgvragen (dringend) klachten is zorg binnen 4 uur aanwezig Bij U ₄ zorgvragen (de kans op schade op korte termijn is verwaarloosbaar) wordt de zorgvraag binnen 24 uur beoordeeld.	NHG	De HDS meet dit continu met behulp van informatie, uit het call-management systeem en/of de telefooncentrale.	In lokaal overleg af te spreken. Minimaal 1x per jaar



	Bij U5 zorgvragen (er is geen kans op schade op korte termijn) geeft de assistente, indien aangewezen, een zelfzorgadvies of het advies om naar de eigen huisarts te gaan.			
5. Hoeveel en welk type klachten, calamiteiten en incidenten vinden er plaats bij de HDS	De HDS heeft een klachtenregeling en een veiligheidsmanagementsysteem conform de eisen uit de Wkkgz. De HDS rapporteert de omvang van de klachten, calamiteiten en incidenten naar categorie. Verder is hier het vertrouwens/verantwoordelijkheidsprincipe van toepassing betreffende het informeren van de zorgverzekeraar	WKKGZ	De HDS levert deze informatie vanuit het registratiesysteem van alle klachten, calamiteiten en incidenten.	In lokaal overleg af te spreken. Minimaal 1x per jaar

In control	<i>Is de HDS "in control"?</i>			
Indicator	Maatstaf	Herkomst	Middel	Frequentie
1. Hoe verloopt de productie van de HDS in vergelijking tot de begroting van het lopende jaar?	Aantallen consulten, telefonisch consulten en visites ten opzichte van de afgesproken eenheden in de begroting van het lopende jaar.	Registratie-systeem HDS	De HDS haalt de gegevens ten aanzien van de gedeclareerde verrichtingen uit call manager en rapporteert deze in het landelijk format.	In lokaal overleg af te spreken. Minimaal 1x per jaar
2. Hoe hoog is het ziekteverzuim onder personeel van de HDS?	Ziekteverzuimpercentage en verzuimfrequentie.	Registratie-systeem HDS	De HDS haalt de gegevens uit het management informatiesysteem en rapporteert dit in het landelijk format .	In lokaal overleg af te spreken. Minimaal 1x per jaar
3. Hoe verhoudt zich de realisatie van de kosten van de HDS zich tot de begroting van het lopende jaar?	Totale kosten ten opzichte van de begroting. Indien er significante afwijkingen (positief en negatief) zijn op kostensoorten, verwacht de zorgverzekeraar hier over ingelicht te worden.	Registratie-systeem HDS	De HDS haalt de gegevens uit het management informatiesysteem en rapporteert dit in het landelijk format	In lokaal overleg af te spreken. Minimaal 1x per jaar