



OHRA Direct
OHRA geregeld



Overeenkomst

Multidisciplinaire (eerstelijns)zorg
2021-2022

Inhoudsopgave

Toelichting		3
Deel II	Algemene bepalingen	5
Deel II, bijlage I:	Verantwoording	20
Deel II, bijlage II:	Contactgegevens	21

Toelichting

Voor u ligt de overeenkomst Multidisciplinaire (eerstelijns)zorg 2021-2022. In deze toelichting informeren wij u over de belangrijkste punten.

Indeling overeenkomst

De indeling van de overeenkomst is gewijzigd. Deel II en deel III van de voorgaande overeenkomst zijn samengevoegd tot één algemeen deel II. Per artikel is weergegeven welke bepalingen voortvloeien uit de landelijke uniforme bepalingen en welke de zorgverzekeraarspecifieke bepalingen zijn. De indeling van de overeenkomst is als volgt:

- Deel I: Individueel Deel met van toepassing zijnde tariefbijlage(n) en de bijlage zorgaanbiederspecifieke bepalingen (indien van toepassing).
- Deel II: Algemene bepalingen (landelijk uniforme en zorgverzekeraarspecifieke) met bijlage I en II.

Naast de samenvoeging tot één algemeen deel II zijn een aantal bepalingen aangescherpt en nieuwe bepalingen toegevoegd. De belangrijkste nieuwe bepalingen worden hieronder toegelicht.

Contractering

CZ groep biedt een tweejarige overeenkomst aan waarbij bij aanvang tarieven voor twee jaren overeengekomen worden. De overeenkomst loopt qua looptijd parallel aan de overeenkomst voor huisartsenzorg.

De contracteringsgesprekken worden gevoerd aan de hand van een bij CZ groep ingediend regionaal zorgaanbodplan en de ingediende begroting. Het definitieve zorgaanbodplan en de definitieve begroting zijn onderdeel van deze overeenkomst. Nieuw dit jaar is dat de overeenkomst automatisch op maat wordt opgemaakt door de informatie uit het begrotingsformat te gebruiken. Deze werkwijze maakt dat het van belang is dat de definitieve begroting conform het CZ begrotingsformat correct en volledig wordt ingevuld en bij CZ groep wordt aangeleverd.

Evaluatie

Er wordt jaarlijks (inhoudelijk en financieel) geëvalueerd conform bijlage I van deel II van deze overeenkomst. Vast onderdeel van de verantwoording is het inhoudelijk jaarverslag (artikel 5, lid 11). Hierin wordt de relatie gelegd met de vooraf gestelde doelstellingen en/of resultaatsafspraken zoals weergegeven in het regionale zorgaanbodplan, indien van toepassing de zorgaanbieder specifieke afspraken (bijlage zorgaanbiederspecifieke bepalingen bij Deel I) en de behaalde resultaten n.a.v. de landelijke benchmark 'Transparante Ketenzorg' van Ineen (inclusief (trend)rapportage).

T.b.v. de financiële verantwoording stuurt CZ groep jaarlijks, uiterlijk 1 maart, een format toe. Dit format wordt door CZ groep per zorgaanbieder opgemaakt zodat hierin naast de begrote cijfers ook de gerealiseerde cijfers kunnen worden opgenomen.

Om ervoor te zorgen dat de informatie in dit format eenvoudig te herleiden is naar de jaarrekening worden de volgende aanvullende eisen gesteld aan de jaarrekening (artikel 5, lid 10):

- in de jaarrekening worden de opbrengsten per multidisciplinair zorgprogramma vermeld;
- in de jaarrekening worden de zorgkosten per multidisciplinair zorgprogramma vermeld met uitsplitsing naar zorgsoort.

Daarnaast is het i.v.m. de bewaking van het weerstandsvermogen van belang dat alle reserves terug te vinden zijn op de balans onder het eigen vermogen van de zorgaanbieder. Als het eigen vermogen groter is dan het weerstandsvermogen, dan moet uit de jaarrekening(en) te herleiden zijn hoe dit eigen vermogen ontstaan is.

Naast de jaarlijkse evaluatie zal periodiek overleg plaatsvinden met de regionale zorginkoper om de voortgang van de gemaakte afspraken te monitoren. Indien het weerstandsvermogen uitstijgt boven 10% van de jaaromzet zal dit gespreksonderwerp zijn.

Financiering O&I

Zoals bekend leidt het vergoeden van de O&I per ingeschreven verzekerde tot belemmeringen op grond van de privacy regelgeving. Voor 2021 is er nog geen oplossing voor deze belemmeringen. CZ groep continueert daarom de in 2019 en 2020 gehanteerde systematiek door de O&I-kosten terug te rekenen naar en te vergoeden volgens een bedrag per geïnccludeerde patiënt. Dat betekent dat O&I en zorg integraal vergoed wordt aan de hand van de 'oude' betaaltitels. Ondanks dat daarmee de O&I-betaaltitels nog niet worden gebruikt, willen wij benadrukken dat wel volgens het O&I-gedachtengoed zal worden gecontracteerd. Alleen de wijze van financiering blijft vooralsnog bij het oude zolang geen juridisch houdbare oplossing is gevonden.

Overige wijzigingen 2021/2022

- De zorgaanbieder heeft een belangrijke rol in de uitvoering van het kwaliteitsbeleid waarbij CZ groep een verbreding wil realiseren van chronische zorg naar huisartsenzorg. Voor 2021 zal CZ groep aan de hand van factsheets - indien van toepassing - verbeterafspraken maken met zorgaanbieders over het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie. Deze afspraken worden vastgelegd in de zorgaanbieder specifieke afspraken (bijlage zorgaanbiederspecifieke bepalingen bij Deel I). Daarnaast heeft de zorgaanbieder een rol in het ophalen van de toestemming van aangesloten huisartsen om spiegelinformatie en CZ declaratiegegevens van huisartsen te delen met de zorgaanbieder (artikel 3A, lid 2 en 3).
- Het nacalculatieproces is aangescherpt (artikel 8, lid 13).
- In lijn met andere zorgovereenkomsten is een artikel toegevoegd over communicatie-uitingen (artikel 13, lid 3).
- De bepaling over de Kritische Kwaliteitskenmerken is vervallen.

Deel II: Algemene bepalingen

Artikel 1. Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

Formele controle:

een onderzoek waarbij de Zorgverzekeraar nagaat of het tarief dat door de Zorgaanbieder voor een prestatie in rekening is gebracht:

- a. een prestatie betreft, die is geleverd aan een bij die Zorgverzekeraar verzekerde persoon;
- b. een prestatie betreft, die behoort tot het verzekerde pakket van die persoon;
- c. een prestatie betreft, tot levering waarvan de Zorgaanbieder bevoegd is, en;
- d. het tarief betreft, dat voor die prestatie krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld of een tarief is dat voor die prestatie met de Zorgaanbieder is overeengekomen.

Fraudeonderzoek¹:

een onderzoek waarbij de Zorgverzekeraar nagaat of 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.

Geïnccludeerde patiënt:

patiënt die voldoet aan de inclusiecriteria van een bepaald zorgprogramma multidisciplinaire (eerstelijns)zorg en die Zorg ontvangt binnen dat programma.

Materiële controle:

een onderzoek waarbij de Zorgverzekeraar nagaat of de door de Zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de Verzekerde.

Medische dienst:

de BIG-geregistreerde (para)medisch adviseur, (de (tand)arts, fysiotherapeut, verloskundige, verpleegkundige, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut of apotheker) die de Zorgverzekeraar adviseert over (para)medische aangelegenheden voor zover dat ligt op zijn deskundigheidsgebied en de functionele eenheid c.q. eenheden waaraan door de medisch adviseur functioneel leiding wordt gegeven. In de functionele eenheid zijn deskundige medewerkers onder verantwoordelijkheid van de (para)medisch adviseur voor specifieke doeleinden betrokken bij de verwerking van persoonsgegevens.

Onderaannemer:

natuurlijke persoon, rechtspersoon, maatschap of personenvennootschap die een overeenkomst met de Zorgaanbieder is aangegaan ten behoeve van de verlening van een onderdeel van de programmatische multidisciplinaire (eerstelijns)zorg.

Partijen:

de Partijen die deze overeenkomst zijn aangegaan.

Professionele standaard:

richtlijnen, modules, normen, zorgstandaarden, zoals in ieder geval de NHG-standaarden, dan wel organisatiebeschrijvingen die betrekking hebben op het gehele zorgproces of een deel van een specifiek zorgproces en die vastleggen wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de Geïnccludeerde patiënt goede Zorg te verlenen.

¹ *Zorgverzekeraars mogen een Fraudeonderzoek starten als er een vermoeden bestaat van Fraude. Zorgverzekeraars spreken van Fraude als er sprake is van de volgende drie kenmerken: opzet (bewust handelen), overtreden van een regel en (financieel) wederrechtelijk voordeel. De Nederlandse Zorgautoriteit houdt toezicht op hoe Zorgverzekeraars hun controlerende taak uitvoeren.*

Tarief:

het door Partijen, met inachtneming van de wettelijke kaders, overeengekomen Tarief voor een prestatie of geheel van prestaties door de Zorgaanbieder te leveren.

Verzekerde:

de persoon die een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet heeft gesloten met de Zorgverzekeraar en recht heeft op de omschreven Zorg in natura dan wel op gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten van de omschreven Zorg.

Zorg:

Zorgverlening waarbij de Zorgaanbieder met diverse disciplines in samenwerking met de Verzekerde in onderlinge samenhang programmatische multidisciplinaire (eerstelijns)zorg verleent, waarvan huisartsenzorg een onderdeel is.

Zorgaanbieder:

de instelling (met rechtspersoonlijkheid) die bedrijfsmatig de Zorg verleent en die als zodanig is toegelaten overeenkomstig de Wet Toelating Zorginstellingen dan wel de Wet toetreding zorgaanbieders en die deze overeenkomst is aangegaan; tevens de Zorgaanbieder als bedoeld in rubriek B van deel I (Individueel Deel) van deze overeenkomst.

Zorgprestatie:

programmatische multidisciplinaire (eerstelijns)zorg zoals omschreven in de vigerende beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) inclusief overige prestaties die volgens de NZa-beleidsregels kunnen worden overeengekomen tussen de Zorgverzekeraar en de Zorgaanbieder.

Zorgverzekeraar:

de Zorgverzekeraar als bedoeld in rubriek A van deel I (Individueel Deel) van deze overeenkomst.

Artikel 2. Zorg

Landelijke uniforme bepalingen

1. De Zorgaanbieder levert programmatische multidisciplinaire (eerstelijns)zorg aan Geïnccludeerde patiënten en overige Zorgprestaties conform de vigerende beleidsregels van de NZa.
2. De Zorgaanbieder levert Zorgprestaties aan Geïnccludeerde patiënten voor zover zij daar redelijkerwijs op zijn 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. Verzekerden worden op basis van de vigerende 'Handleiding voor Inclusie en Exclusie van Patiënten in Ketenzorgprogramma's' geïnccludeerd.
3. De Zorgaanbieder levert de Zorgprestaties enkel aan Geïnccludeerde patiënten die staan ingeschreven op naam (ION) van een huisarts die Onderaannemer is van de Zorgaanbieder.
4. Voor zover van toepassing omvatten de gecontracteerde Zorgprestaties de zorgonderdelen zoals beschreven binnen de kaders van de meest recente zorgstandaarden.
5. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat hij voldoende Onderaannemers contracteert zodat hij alle zorgonderdelen van de gecontracteerde Zorgprestaties tijdig kan leveren aan zijn Geïnccludeerde patiënten en in hun nabijheid.
6. De Zorgaanbieder kan de levering van een Zorgprestatie aan een patiënt weigeren of de aangevragen levering van een Zorgprestatie beëindigen indien er gewichtige redenen bestaan op grond waarvan (voortgezette) levering van een Zorgprestatie redelijkerwijs niet van hem kan worden verlangd.
7. De Zorgaanbieder levert de Zorgprestaties in overeenstemming met de relevante geldende wet- en regelgeving, waaronder in ieder geval begrepen de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo), de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) en Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).
8. De Zorgaanbieder verbindt de door hem ingeschakelde Onderaannemers contractueel om de zorgonderdelen waarvoor zij zijn gecontracteerd uit te voeren met inachtneming van het bepaalde in deze algemene bepalingen. De Zorgaanbieder treedt niet in de verantwoordelijkheid van de Onderaannemer die voortvloeit uit de voor hem geldende Professionele standaard.
9. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de Onderaannemers Geïnccludeerde patiënten voor zorgonderdelen die binnen het bereik van de bilaterale overeenkomst vallen uitsluitend doorverwijzen naar andere bij de Zorgaanbieder aangesloten Onderaannemers. Hiervan kan uitsluitend afgeweken worden indien de Geïnccludeerde patiënt op voorhand expliciet aangeeft gebruik te willen maken van een zorgaanbieder die geen onderdeel uitmaakt van de Onderaannemers als in deze overeenkomst bedoeld. In voorkomend geval zal de Zorgaanbieder voorafgaand aan de doorverwijzing de Geïnccludeerde patiënt erop attenderen dat hier voor hem financiële gevolgen aan verbonden kunnen zijn.
10. De Zorgaanbieder neemt in het contract met zijn Onderaannemers in ieder geval op dat zij de Zorg die zij als onderdeel van de Zorgprestaties in gevolge de onderhavige overeenkomst verlenen niet buiten de Zorgaanbieder om bij de Zorgverzekeraar of de Verzekerde in rekening mogen brengen.
11. Voor zover van toepassing draagt de Zorgaanbieder er zorg voor dat de Onderaannemers BIG-geregistreerd zijn en/of geregistreerd staan in het voor de betreffende beroepsgroep geldende kwaliteitsregister.

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

12. Voorafgaand aan het sluiten van de overeenkomst is de definitieve begroting vastgesteld en verstrekt aan de Zorgverzekeraar. De Zorgaanbieder gebruikt daartoe het door de Zorgverzekeraar opgestelde format.
13. De Zorgaanbieder stemt de Zorg af op de behoefte van de populatie van het verzorgingsgebied. Jaarlijks stelt de Zorgaanbieder daartoe, een regionaal zorgaanbodplan op dat voorafgaand aan het sluiten van de overeenkomst wordt besproken met de Zorgverzekeraar.
14. De Zorgaanbieder geeft, binnen de begroting, uitvoering aan het tussen Partijen overeengekomen regionaal zorgaanbodplan.
15. Onderdeel van deze overeenkomst zijn het vigerende Zorginkoopbeleid huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, de meest recente inkoopkaders, het regionale zorgaanbodplan en de voor de contracteerperiode overeengekomen begroting.
16. De Zorgaanbieder verbindt zich de Zorg te verlenen aan de Verzekerde die als zodanig recht heeft op de Zorg en verleent de Zorg met inachtneming van de relevante bepalingen die bij of krachtens de Zorgverzekeringwet en de verzekeringsvoorwaarden van de Zorgverzekeraar aan de Zorg worden gesteld. In het geval van programmatische multidisciplinaire (eerstelijns)zorg geldt dat de Zorg geleverd kan worden door gecontracteerde Oderaannemers van de Zorgaanbieder.
17. Onverminderd de eigen verantwoordelijkheid van de aan de Zorgaanbieder verbonden beroepsbeoefenaren en/of de door de Zorgaanbieder gecontracteerde Oderaannemers, is de Zorgaanbieder ten volle verantwoordelijk en aansprakelijk voor de te organiseren en te leveren Zorg die de beroepsbeoefenaar en/of Oderaannemer aan de Verzekerde verleent. Dit houdt in dat:
 - de Zorgaanbieder gehouden is alle verplichtingen die uit deze overeenkomst voortvloeien voor zover mogelijk ook in de afspraken met de Oderaannemer op te nemen;
 - de Zorgaanbieder ervoor zorgt dat de Zorgverlening door de Oderaannemer hetzelfde kwaliteitsniveau heeft als waarvoor de Zorgaanbieder bij de Zorgverzekeraar is gecontracteerd;
 - de Zorgaanbieder de Zorg zelf bij de Zorgverzekeraar declareert;
 - de Zorgaanbieder aansprakelijk is voor klachten, uitkomsten van inspectierapporten en achterafcontroles als bedoeld in artikel 6 van deze overeenkomst, betrekking hebbende op Verzekerden waarbij een Oderaannemer de daadwerkelijke Zorg heeft verleend.
18. De praktijkondersteuner is in het bezit van het hbo-diploma Praktijkondersteuner Somatiek. Voor diabeteszorg is aanvullend de cursus Langerhans een vereiste en voor COPD de cursus Caspir. De diabetesverpleegkundige dient in het bezit te zijn van een titelregistratie diabetesverpleegkundige in het Kwaliteitsregister EADV. De longverpleegkundige dient te zijn geschoold in de verpleging van zorgvragers met longziekten en is ervoor verantwoordelijk de eigen deskundigheid op peil te houden.
19. De Zorgaanbieder is verplicht een open contracteerbeleid aangaande de Oderaannemers te hanteren conform objectieve, non-discrimatoire, transparante criteria. Iedere zorgverlener die voldoet aan de gestelde criteria moet in staat worden gesteld een overeenkomst als Oderaannemer te sluiten.
20. De Zorgverzekeraar stelt als voorwaarde dat een huisarts zich als Oderaannemer maar bij één Zorgaanbieder kan aansluiten en dus niet per multidisciplinaire zorgprogramma of prestatie (zoals O&I) bij een andere Zorgaanbieder.
21. De Zorgverzekeraar behoudt zich in zwaarwegende gevallen het recht voor om gecontracteerde Oderaannemers te weigeren. Dit om te voorkomen dat Oderaannemers die op basis van het contracteerbeleid van de Zorgverzekeraar als individuele beroepsbeoefenaar zijn geweigerd, via de programmatische multidisciplinaire (eerstelijns)zorg alsnog Zorg leveren aan Verzekerden.
22. Voor de start van het zorgproces is in samenspraak met de Verzekerde een individueel zorgplan opgesteld. Daarin worden de persoonlijke zorgdoelen van de Verzekerde vastgelegd evenals de activiteiten die zowel door de zorgverlener als de Verzekerde uitgevoerd kunnen worden. De Zorgaanbieder stimuleert zelfmanagement waar mogelijk.
23. De medische eindverantwoordelijkheid van de indicering en uit te voeren Zorg binnen de multidisciplinaire zorgprogramma's ligt bij de behandelend huisarts, aangesloten als Oderaannemer bij de Zorgaanbieder.

24. De Zorgaanbieder heeft verwijfs- en terugverwijfsafspraken gemaakt met in de regio werkzame zorgverleners en zorginstellingen die betrokken zijn bij de behandeling van Verzekerden, op basis waarvan bepaald wordt door wie en waar een Verzekerde wordt behandeld. De Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZJP) is daarbij het uitgangspunt.
25. Indien de Zorg voor de Verzekerde overgedragen wordt aan medisch specialistische zorg, stopt (tijdelijk) de Zorgverlening als onderdeel van de multidisciplinaire zorgprogramma's. De Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar zijn beiden verantwoordelijk voor het vermijden van dubbelfinanciering. DOT's en OVP's gerelateerd aan de multidisciplinaire zorgprogramma's kunnen niet naast de desbetreffende Zorgprestaties worden gedeclareerd. In het kwartaal van verwijzing kan de Zorgaanbieder de Zorgprestatie nog declareren. Bij terugverwijzing is declaratie weer mogelijk vanaf het kwartaal na de terugverwijzing.
26. Zodra dat landelijk mogelijk is, neemt de Zorgaanbieder deel aan de landelijke benchmarkmeting 'Patient Reported Experience Measures' (PREM), zoals gepubliceerd op website <http://www.patientervaringsmetingen.nl>.
27. De Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar zijn een totaalbedrag voor O&I-kosten overeengekomen. Dit bedrag is teruggerekend naar een bedrag per Geïnccludeerde patiënt op basis van de begrote inclusie. Indien de Zorgaanbieder merkt dat de realisatie niet aansluit op de overeengekomen totale O&I-begroting, of dat de realisatie niet aansluit op het begrote aantal Geïnccludeerde patiënten, neemt de Zorgaanbieder zo spoedig mogelijk contact op met de Zorgverzekeraar. De Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar treden dan in overleg. Uitgangspunt is dat de variabele kostencomponenten binnen de O&I-begroting gecorrigeerd worden naar het gerealiseerde aantal Geïnccludeerde patiënten en dat de vaste kostencomponenten ongewijzigd blijven.

Artikel 3. Kwaliteit van de zorg

A. Algemene voorwaarden

Landelijke uniforme bepalingen

1. De Zorgaanbieder stelt een kwaliteitsbeleid inclusief PDCA-kwaliteitscyclus op.

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

2. Het kwaliteitsbeleid van de Zorgaanbieder wordt verbreed naar huisartsenzorg. Hiervoor zal de Zorgaanbieder, voor zover dit nog niet geborgd is, het mandaat organiseren om spiegelinformatie van alle bij hem aangesloten huisartsen op regionaal niveau te kunnen delen en te gebruiken als input voor de PDCA-kwaliteitscyclus.
3. De Zorgaanbieder borgt dat hij aantoonbaar toestemming heeft van alle bij hem aangesloten huisartsen, dat de Zorgverzekeraar relevante declaratiegegevens van deze aangesloten huisartsen mag delen met de Zorgaanbieder.

B. Privacy en dossiervorming

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

1. De Zorgaanbieder registreert en bewaart op zorgvuldige wijze van elke Verzekerde de gegevens. De gegevens dienen te worden geregistreerd en beheerd volgens de Wgbo en de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.
2. Het doorgeven van gegevens aan derden zonder toestemming van de Verzekerde is verboden behoudens indien de verstrekking van de gegevens plaatsvindt met inachtneming van de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.
3. De Zorgaanbieder beschikt over een protocol waarin is vastgelegd welke medewerkers en Onderaannemers met welk doel toegang hebben tot het patiëntendossier.
4. De Zorgaanbieder verschaft de Verzekerde desgevraagd informatie over de wijze waarop zijn privacy wordt beschermd.

C. Patiëntbejegening

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

1. De Zorgaanbieder neemt in zijn relatie tot de Verzekerde de algemeen aanvaarde patiëntrechten in acht en ziet er op toe dat de aan de Zorgaanbieder verbonden beroepsbeoefenaren en/of aangesloten Onderaannemers dit ook doen.
2. De Zorgaanbieder dient te beschikken over een interne klachtenregeling die voldoet aan de eisen die daaraan worden gesteld in de Wkkgz.

D. Inhoudelijke professionele kwaliteit

Landelijke uniforme bepalingen

De Zorgaanbieder levert goede Zorg. Onder goede Zorg wordt conform de Wkkgz verstaan: Zorg van goede kwaliteit en van een goed niveau die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt, waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de Professionele standaard en waarbij de rechten van de patiënt zorgvuldig in acht worden genomen en de patiënt ook overigens met respect wordt behandeld. Het voorgaande laat onverlet dat bilateraal aanvullende afspraken gemaakt kunnen worden.

E. Continuïteit

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

1. De Zorgaanbieder treft voorzieningen die nodig zijn voor een continue verlening van de Zorg, en meldt omstandigheden die de continuïteit in gevaar brengen onverwijld aan de Zorgverzekeraar.
2. In geval een aan de Zorgaanbieder verbonden beroepsbeoefenaar of een aangesloten Onderaannemer krachtens een uitspraak gedaan op grond van de Wet BIG of het Wetboek van Strafrecht is geschorst in de uitoefening van zijn bevoegdheid, een maatregel is opgelegd, dan wel dat hij is doorgehaald in het toepasselijke beroepenregister en dit gevolgen heeft voor de te leveren Zorg en/of dit gevolgen heeft voor de kwaliteit van de Zorg, melden zowel Zorgaanbieder als Zorgverzekeraar dit onverwijld aan elkaar. Indien de Zorgverzekeraar toestaat dat de desbetreffende beroepsbeoefenaar of Onderaannemer gedurende de schorsing c.q. doorhaling wordt waargenomen, is de beroepsbeoefenaar of Onderaannemer verantwoordelijk voor regeling van een adequate waarneming.
3. Indien de Zorgaanbieder onderhevig is aan een onderzoek van de IGJ en/of de NZa stelt de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar hiervan direct in kennis en verstrekt een (voor zover relevant, geanonimiseerd) afschrift van ieder (niet) openbaar rapport van de IGJ dat de Zorgaanbieder betreft voor zover relevant voor de uitvoering van de overeenkomst.

Artikel 4. **Praktijk- en patiëntenregistratie**

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

1. De Zorgaanbieder draagt zorg voor een adequate praktijk- en patiëntenregistratie door de aan de Zorgaanbieder verbonden beroepsbeoefenaren en/of aangesloten Onderaannemers.

2. De aan de Zorgaanbieder verbonden beroepsbeoefenaren en/of aangesloten Onderaannemers registreren de volgende patiënten- en zorgverleningsgegevens:
 - a. naam, adres, geboortedatum, woonplaats van de Verzekerde;
 - b. het burgerservicenummer van de Verzekerde;
 - c. de naam van de huisarts of medisch specialist die de Verzekerde naar de Zorgaanbieder verwees;
 - d. het aantal behandelingseenheden;
 - e. de data waarop de behandelingen door de verschillende disciplines zijn gegeven;
 - f. behandeling thuis of in praktijk;
 - g. de naam van de behandelend zorgverlener;
 - h. het resultaat van het onderzoek;
 - i. de inhoud van het behandelplan;
 - j. het verloop van de behandeling;
 - k. de indicatoren zoals landelijk afgesproken;
 - l. het evaluatieverslag t.b.v. de verwijzer.

Artikel 5. Informatie en gegevensuitwisseling

Landelijke uniforme bepalingen

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat zijn Geïnccludeerde patiënten conform de geldende NZa-regels worden geïnformeerd over de Zorg die hij levert, en door wie deze geleverd wordt met de daarbij behorende prestaties en tarieven – waaronder eigen bijdragen – en wachttijden.
2. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat zijn Geïnccludeerde patiënten mondeling en/of schriftelijk worden geïnformeerd over de werkwijze en de klachtenregeling van de Zorgaanbieder.
3. De Zorgverzekeraar informeert zijn Verzekerden conform de geldende NZa-regels over de Zorgprestaties die voor vergoeding in aanmerking komen en de wijzigingen hierin.
4. Partijen leggen passende technische en organisatorische maatregelen aan om persoonsgegevens te beveiligen tegen verlies of tegen enige vorm van onrechtmatige verwerking. Ook bij uitwisseling van persoonsgegevens worden de gegevens voldoende beveiligd.
5. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de patiëntenregistratie in ieder geval vijf jaar na afloop van het desbetreffende kalenderjaar overeenkomstig vigerende wetgeving wordt bewaard. De patiëntenregistratie blijft ook nadat de bilaterale overeenkomst een einde heeft genomen voor de Zorgverzekeraar voor controledoeleinden beschikbaar.
6. De Zorgaanbieder zendt jaarlijks vóór 1 juni, of op een bilateraal overeengekomen tijdstip, een door een accountant gecontroleerde en geaccordeerde jaarrekening van het voorafgaande jaar aan de Zorgverzekeraar toe. Bij de verantwoording van bestede gelden wordt een onderscheid gemaakt in gespecificeerde O&I-kosten en gespecificeerde (zorg)kosten.
7. De jaarrekening wordt opgemaakt conform Burgerlijk Wetboek Boek 2 titel 9 en de Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving en bevat een balans en een winst- en verliesrekening die inzage geeft in de daadwerkelijke (zorg)kosten en opbrengsten van de Zorgaanbieder.

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

8. De Zorgaanbieder zendt jaarlijks vóór 1 juni, of op een bilateraal overeengekomen tijdstip, conform bijlage I van deze overeenkomst de door Zorgverzekeraar benodigde documenten t.b.v. de verantwoording van het voorafgaande jaar toe aan de Zorgverzekeraar.
9. De Zorgaanbieder zendt jaarlijks vóór 1 juni, of op een bilateraal overeengekomen tijdstip, de financiële verantwoording van het voorafgaande jaar aan de Zorgverzekeraar toe. De realisatiecijfers worden door de Zorgaanbieder ingevuld in een door de Zorgverzekeraar opgemaakt format (financiële verantwoording) dat jaarlijks vóór 1 maart door de Zorgverzekeraar zal worden toegezonden. Dit format wordt per Zorgaanbieder opgemaakt zodat de begrote cijfers en de gerealiseerde cijfers erin kunnen worden opgenomen.

10. Om ervoor te zorgen dat de informatie in het format (financiële verantwoording) van de Zorgverzekeraar eenvoudig te herleiden is naar de jaarrekening worden de volgende aanvullende eisen gesteld aan de jaarrekening:
 - in de jaarrekening worden de opbrengsten per multidisciplinair zorgprogramma vermeld;
 - in de jaarrekening worden de zorgkosten per multidisciplinair zorgprogramma vermeld met uitsplitsing naar zorgsoort.Daarnaast is het i.v.m. de bewaking van het weerstandsvermogen van belang dat alle reserves terug te vinden zijn op de balans onder het eigen vermogen van de Zorgaanbieder. Als het eigen vermogen groter is dan het weerstandsvermogen, dan moet uit de jaarrekening(en) te herleiden zijn hoe dit eigen vermogen ontstaan is.
11. De Zorgaanbieder zendt jaarlijks vóór 1 juni, of op een bilateraal overeengekomen tijdstip, een inhoudelijk jaarverslag van het voorafgaande jaar aan de Zorgverzekeraar toe. Hierin wordt inhoudelijk gerapporteerd over en de relatie gelegd met:
 - de vooraf gestelde doelstellingen en/of resultaatsafspraken zoals weergegeven in het regionale zorgaanbodplan;
 - indien van toepassing, de Zorgaanbieder specifieke afspraken (bijlage zorgaanbiederspecifieke bepalingen bij Deel I);
 - de door de Zorgaanbieder behaalde resultaten n.a.v. de landelijke benchmark 'Transparante Keten zorg' van Ineen.
12. De Zorgaanbieder neemt deel aan de landelijke benchmark 'Transparante Keten zorg' van InEen. De Zorgaanbieder levert de voor het betreffend jaar van toepassing zijnde prestatie-indicatoren op naam, tijdig en volledig (gevalideerd) aan bij de landelijke benchmarkinstantie.
13. De Zorgaanbieder zendt jaarlijks vóór 1 juni, of op een bilateraal overeengekomen tijdstip, de Zorgaanbieder specifieke rapportage (inclusief trendrapportage) uit de landelijke benchmark 'Transparante Keten zorg' van InEen aan de Zorgverzekeraar toe.
14. De Zorgverzekeraar staat toe dat de Zorgaanbieder een weerstandsvermogen opbouwt ter financiering van risico's in de bedrijfsvoering en nadrukkelijk niet ter financiering van innovatie. De Zorgaanbieder verstrekt hiertoe desgevraagd een risicoanalyse aan de Zorgverzekeraar. Het weerstandsvermogen bedraagt maximaal 10% van de jaaromzet. De jaarlijkse opbouw bedraagt maximaal 2% van de jaaromzet en wordt gevormd door de gelden die niet aan Zorg en/of O&I zijn besteed. Indien het weerstandsvermogen uitstijgt boven 10%, brengt de Zorgaanbieder dit zo snel mogelijk terug naar het maximum. Uitgangspunt hierbij is dat het teveel aan weerstandsvermogen wordt besteed aan zaken die de Zorg ten goede komen. De gelden kunnen in overleg met de regionale zorginkoper worden ingezet.
15. Het eenzijdig aanpassen van Zorginhoud, het ophogen van het aantal afgesproken minuten Zorg geleverd binnen het multidisciplinair Zorgprogramma of het eenzijdig aanpassen van de uurtarieven van Onderaannemers, leidt niet tot aanpassing van het Tarief. Als uit werkgebiedbrede evaluatie blijkt dat bijstelling van de inkoopkaders van de Zorgverzekeraar nodig is, zal dit verwerkt worden in de inkoopkaders van het volgend kalenderjaar.
16. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het vullen en daarna het actueel, correct en volledig houden van zijn eigen gegevens in het AGB-register. De gegevens worden gepresenteerd in Zorgvinden op de websites van de Zorgverzekeraar. Gedurende de looptijd van deze overeenkomst is het mogelijk dat de Zorgaanbieder nieuwe Onderaannemers contracteert. Wijzigingen met betrekking tot gecontracteerde Onderaannemers worden door de Zorgaanbieder aangepast in Vektis. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor een correcte registratie in Vektis.
17. Partijen verschaffen elkaar gevraagd en ongevraagd de inlichtingen die zij redelijkerwijs behoeven voor inzicht in de nakoming van de in deze overeenkomst aangegane verplichtingen.
18. Partijen behandelen de (persoons)gegevens van de betrokken Verzekerden en de Zorgaanbieders op wie die gegevens betrekking hebben die zij uitwisselen en onderling ter beschikking stellen vertrouwelijk en met inachtneming van de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.

19. De Zorgaanbieder draagt zorg voor goede voorlichting door de Onderaannemer aan de Verzekerde over alle relevante aspecten van de aan de Verzekerde te verlenen Zorg. Hiertoe worden uitdrukkelijk ook de financiële aspecten van de Zorg gerekend.

Artikel 6. Controle

Landelijke uniforme bepalingen

1. De Zorgverzekeraar voert Formele en Materiële controles uit 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.

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

3. De Zorgverzekeraar kan een controle uitoefenen ten aanzien van de uitvoering van deze overeenkomst door de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder dient hier zijn medewerking aan te verlenen. De Zorgverzekeraar kan de controle uitvoeren al dan niet naar aanleiding van een vermoeden van niet (juiste) nakoming van de in onderhavige overeenkomst opgenomen verplichtingen door de Zorgaanbieder.
4. De Zorgverzekeraar kan periodiek Formele en Materiële controles uitvoeren conform de vigerende wet- en regelgeving, waaronder de Regeling zorgverzekering en de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekering WMG. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitoefening van een dergelijke controle de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens in acht, alsmede de (nadere) regels die worden gesteld in artikel 87 Zorgverzekeringswet en artikel 68a Wet marktordening gezondheidszorg en de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen WMG.
5. De controle als bedoeld in lid 1, 3 en 4 van dit artikel zal niet onnodig belastend zijn voor de Zorgaanbieder en zich niet verder uitstrekken dan voor het doel van de controle noodzakelijk is.
6. De Zorgverzekeraar meldt een voorgenomen Materiële controle bij de Zorgaanbieder ten minste 14 dagen voor het tijdstip dat de controle zal plaatsvinden, tenzij er reden is van die termijn af te wijken. Reden om daarvan af te wijken is in ieder geval aan de orde in het geval onderzoek niet langer kan wachten omdat dit schadelijk is voor de Zorgverzekeraar of de Verzekerden of indien de onregelmatigheden door langer wachten niet of moeilijk zijn aan te tonen.
7. Indien serieuze vermoedens van malversaties bestaan, zorgt de Zorgaanbieder dat de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar onmiddellijk na aankondiging van een controle toegang tot praktijk- en patiëntenregistratie van de Zorgaanbieder en de aan de Zorgaanbieder verbonden beroepsbeoefenaren en/of Onderaannemers krijgen.
8. De Zorgaanbieder is op grond van artikel 7.4 lid 2 van de Regeling zorgverzekering verplicht medewerking te verlenen aan een Materiële controle die wordt uitgevoerd overeenkomstig de Regeling zorgverzekering. Dit houdt onder andere in dat de Zorgaanbieder de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar ter uitvoering van de controle in de praktijk toe dient te laten. Tevens is de Zorgaanbieder verplicht de bevoegde medewerkers die uitvoering geven aan de controle(s) behulpzaam te zijn voor zover dat redelijkerwijs mag worden verwacht, waartoe uitdrukkelijk wordt gerekend dat de Zorgaanbieder desgevraagd actieve medewerking verleent aan het daadwerkelijk toegang verschaffen van de praktijk- en patiëntenregistratie.
9. Indien en voor zover de controle betrekking heeft op de rechtmatigheid en doelmatigheid van de aanspraken van Verzekerden zijn de Zorgaanbieder en de aan hem verbonden beroepsbeoefenaren en/of Onderaannemers gehouden de Medische dienst van de Zorgverzekeraar met inachtneming van de daarvoor geldende wettelijke voorschriften inzage te geven in de medische dossiers van de Verzekerden. Op verzoek van de Zorgverzekeraar worden deze dossiers op beveiligde wijze (versleuteld), zoals bijvoorbeeld middels Cryptshare, door de Zorgaanbieder aan de Zorgverzekeraar beschikbaar gesteld.

10. De Zorgverzekeraar zal de Zorgaanbieder binnen twee maanden na de controledatum schriftelijk in kennis stellen van zijn controlebevindingen en de Zorgaanbieder binnen redelijke termijn de gelegenheid geven daarop schriftelijk te reageren (hoor en wederhoor).
11. De Zorgverzekeraar is gerechtigd ten onrechte uitbetaalde declaraties en overige opeisbare vorderingen terug te vorderen of te verrekenen met nog af te wikkelen declaraties aan elk van de in deel I genoemde Zorgverzekeraars individueel of gezamenlijk (inclusief doorberekeningen van de wettelijke rente). De digitale, en overige gegevens over de declaratieverwerking en betaling in de bestanden van de Zorgverzekeraar, waar onder begrepen die van VECOZO, strekken Partijen tot volledig bewijs, behoudens tegenbewijs door de Zorgaanbieder.
12. Indien de Zorgverzekeraar bij het uitvoeren van een controle informatie opvraagt bij de Zorgaanbieder zal deze de informatie binnen de in het schriftelijk verzoek gestelde termijn aanleveren bij de Zorgverzekeraar, tenzij anders is overeengekomen. De gevraagde informatie wordt zodanig aangeleverd dat controle op eenvoudige wijze mogelijk is.
13. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de afstemming met de aan de Zorgaanbieder verbonden beroepsbeoefenaren en/of aangesloten Onderaannemers en wordt derhalve ook verantwoordelijk gesteld voor de eventuele vordering die uit een controle naar voren komt.

Artikel 7. Verzekering en vrijwaring

Landelijke uniforme bepalingen

1. De Zorgaanbieder sluit een aansprakelijkheidsverzekering af die een dekking biedt tot een bedrag en onder voorwaarden die gebruikelijk zijn voor de zorgaanbieder in de zin van de overeenkomst.

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

2. Daarnaast garandeert de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar dat eenzelfde soort verzekering is gesloten voor de door of vanwege de Zorgaanbieder ingeschakelde (rechts)personen, die in het kader van deze overeenkomst Zorg verlenen maar niet onder de dekking van eerstgenoemde verzekering vallen dan wel die niet op grond van een eigen overeenkomst met de Zorgverzekeraar gehouden zijn zelf over een dergelijke verzekering te beschikken. De Zorgaanbieder geeft op eerste verzoek aan de Zorgverzekeraar een kopie van de polis en voorwaarden van de in dit kader relevante verzekeringen.
3. Indien de Zorgverzekeraar door een derde, waaronder maar niet uitsluitend de (nabestaande van de) Verzekerde, aansprakelijk wordt gesteld voor toerekenbare tekortkomingen in de nakoming van de verplichting om Zorg te leveren waarop de Verzekerde aanspraak heeft, vrijwaart de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar ter zake van door hem geleden schade als gevolg van de aanspraak van deze derde, ongeacht of de Zorgaanbieder zelf tekort is geschoten dan wel dat de tekortkoming voor rekening van de Onderaannemer is.

Artikel 8. Declaratie

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

1. De Zorgaanbieder verleent de Zorg zonder enige betaling voor de Zorg door de Verzekerde, tenzij hierna anders wordt overeengekomen. Uitzondering hierop vormt de situatie waarin een Verzekerde met een restitutiepolis uitdrukkelijk te kennen geeft zelf de declaratie van de Zorgaanbieder te willen ontvangen. In dat geval brengt de Zorgaanbieder de Zorg in rekening bij de Verzekerde tegen de tarieven zoals vastgelegd in deze overeenkomst.
2. De declaraties van de overeengekomen Zorgprestaties worden door de Zorgaanbieder gedeclareerd in de tweede maand van het kwartaal waarop deze declaratie betrekking heeft. De Zorgaanbieder dient deze declaraties als verzamelnota in, met als prestatiedatum de eerste dag van het desbetreffende kwartaal.
3. De Zorgaanbieder stelt de declaratie op met vermelding van alle gegevens die volgens de meest recente versie van het voor de onderhavige zorgsector toepasselijke rapport externe integratie op de declaraties dienen te worden vermeld.

4. De Zorgaanbieder controleert via de COV-check (Controle Op Verzekeringsrecht) het verzekeringsrecht van de Verzekerde in VECOZO. Als peildatum wordt de prestatiedatum gehanteerd. De Zorgaanbieder declareert de Zorg door de declaratiegegevens via de internetapplicatie www.vecozo.nl aan te leveren.
5. De Zorgaanbieder vergewist zich ervan dat geen Zorg bij de Zorgverzekeraar gedeclareerd wordt als bedoeld in artikel 3.1.1. Wlz.
6. De Zorgaanbieder draagt zorg voor inhoudelijk kwalitatief goede declaraties. Bij een grotendeels foutief aangeleverde declaratie of hoog uitvalpercentage wordt de gehele declaratie door de Zorgverzekeraar afgewezen.
7. Onverminderd zijn verplichting de (her)declaraties conform lid 2 van dit artikel in te dienen, zal de Zorgaanbieder de Zorg die deze in enig kalenderjaar heeft geleverd uiterlijk twaalf maanden na de prestatiedatum declareren bij de Zorgverzekeraar. Na die datum ontvangen (her)declaraties neemt de Zorgverzekeraar niet in behandeling, behoudens in geval van overmacht aan de zijde van de Zorgaanbieder.
8. De Zorgaanbieder toetst welke Verzekerden bij de Onderaannemers in Zorg zijn op de eerste dag van ieder kalenderkwartaal. Is de Verzekerde op de peildatum in Zorg, dan volgt in de tweede maand van het kalenderkwartaal een declaratie. Indien de Verzekerde op de peildatum uit Zorg is, dan wordt het desbetreffende kwartaal niet gedeclareerd en indien van toepassing wordt er met terugwerkende kracht gecorrigeerd. Pas wanneer de Verzekerde in voorkomende gevallen op een peildatum weer terug in Zorg is, kan het volgende kwartaal weer gedeclareerd worden.
9. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het voorkomen van dubbeldeclaraties. De Zorgaanbieder legt hierover afspraken vast in de overeenkomsten met Onderaannemers. Indien Onderaannemers zorgprogrammagerelateerde consulten en verrichtingen rechtstreeks bij de Zorgverzekeraar declareren, worden deze kosten verhaald op de Zorgaanbieder.
10. De zorgprogramma's DM2, COPD en VRM (of HVZ of VVR) bevatten alle diëtetiek, ongeacht de indicatie. Dit betekent dat voor de Verzekerden die Zorg ontvangen volgens een van deze zorgprogramma's, geen verrichtingen diëtetiek buiten de Zorgprestaties kunnen worden gedeclareerd door een diëtist.
11. Wanneer een Verzekerde zowel in het zorgprogramma DM2 als VRM (of HVZ of VVR) geïnccludeerd is ten gevolge van comorbiditeit, dan is het zorgprogramma DM2 preferent en kan het zorgprogramma VRM (of HVZ of VVR) niet gedeclareerd worden. In geval van COPD en Astma is COPD preferent.
12. Alle niet gemaakte Zorgkosten en O&I-kosten, die door de Zorgverzekeraar aan de Zorgaanbieder betaald zijn, dienen door de Zorgaanbieder volledig terugbetaald te worden aan de Zorgverzekeraar. Dit betekent dat er geen onderlinge verrekening mag plaats vinden tussen de Zorgkosten en O&I-kosten. Tevens mag er geen verrekening van Zorgkosten plaats vinden tussen de verschillende disciplines. Indien de Zorgaanbieder gelden overhoudt ten gevolge van doelmatig inkopen van de Zorg bij Onderaannemers, mogen deze niet worden uitgekeerd aan Onderaannemers.
13. Tijdens het jaarlijkse evaluatiegesprek wordt de verantwoording als bedoeld in artikel 5, lid 8 besproken. Indien uit de financiële verantwoording blijkt dat er sprake is van niet bestede Zorgkosten en/of O&I-kosten, wordt een terugbetalingsafpraak met de Zorgverzekeraar vastgelegd. Indien niet uiterlijk 31 december van het jaar waarin het evaluatiegesprek plaatsvindt overeenstemming is over de terugbetaling van niet bestede Zorgkosten en/of O&I-kosten, is de berekening van de Zorgverzekeraar leidend en is Zorgverzekeraar gerechtigd de vordering te verrekenen met nieuwe declaraties van de Zorgaanbieder.
14. Alle bescheiden en digitale gegevensbestanden die ten grondslag liggen aan de declaraties blijven vijf jaar voor de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar beschikbaar voor controledoelinden, ook nadat deze overeenkomst einde heeft genomen.

Artikel 9. Honorering

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

1. De Zorgverzekeraar honoreert de Zorgaanbieder ter zake van aan de Verzekerde verleende Zorg op basis van de door Partijen in het Individueel deel (deel I) van deze overeenkomst overeengekomen Tarieven, indien en voor zover de Verzekerde op de dag van de behandeling actueel bij de Zorgverzekeraar verzekerd is, zulks met inachtneming van de overige bepalingen in dit artikel.
2. De Zorgverzekeraar zal de declaraties die voor betaling in aanmerking komen binnen dertig kalenderdagen na ontvangst betaalbaar stellen aan de Zorgaanbieder. Onder betaalbaarstelling wordt verstaan het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank om tot betaling van de declaratie over te gaan. Ingeval de Zorgaanbieder niet voldoet aan de declaratietermijn zoals gesteld in artikel 8, lid 2, is de Zorgverzekeraar niet gehouden de declaratie binnen de hierboven genoemde termijn betaalbaar te stellen.
3. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om ten onrechte gedane betalingen terug te vorderen of te verrekenen met nieuwe declaraties aan elk van de in deel I genoemde Zorgverzekeraars individueel of gezamenlijk.
4. De Zorgverzekeraar stelt retourinformatie over de via www.vecozo.nl ingediende declaraties via www.vecozo.nl beschikbaar aan de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder kan de retourinformatie na afhandeling van de declaraties ophalen via www.vecozo.nl. De retourinformatie is tot twaalf maanden na verwerking van de declaratie beschikbaar.
5. De Zorgaanbieder zal de declaratie, die is afgewezen omdat die niet voldoet aan de voorwaarden die in deze overeenkomst aan de Zorg, de declaratie en/of de indiening daarvan worden gesteld, niet ter betaling aan de Verzekerde voorleggen. Bij overtreding van deze bepaling is Zorgverzekeraar gerechtigd een eventuele vergoeding aan de Verzekerde te verrekenen met nieuwe declaraties van de Zorgaanbieder.
6. Zorg verleend buiten de kaders van de onderhavige overeenkomst en/of verzekeringspolissen van de Verzekerde komt niet voor vergoeding door de Zorgverzekeraar in aanmerking.
7. Indien de Zorgverzekeraar door een oorzaak gelegen in zijn risicosfeer er niet in slaagt de declaratie binnen de in lid 2 van dit artikel 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.
8. Indien onder de Zorgverzekeraar beslag wordt gelegd ter verzekering van de rechten van een schuldeiser van de Zorgaanbieder, kunnen de extra kosten die de Zorgverzekeraar hier voor moet maken volledig voor rekening van de Zorgaanbieder worden gebracht.

Artikel 10. Fraude

Landelijke uniforme bepalingen

1. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitvoering van Fraudeonderzoek in ieder geval het bepaalde bij of krachtens de AVG, de Zvw en de Rzv in acht.
2. De Zorgverzekeraar informeert de Zorgaanbieder schriftelijk over de zakelijke inhoud van de voorgenomen uitkomsten van het onderzoek en stelt de Zorgaanbieder in de gelegenheid daarop te reageren. De Zorgverzekeraar betreft deze reactie van de Zorgaanbieder bij de vaststelling van de definitieve uitkomsten van het onderzoek en bericht deze schriftelijk aan de Zorgaanbieder.

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

3. De Zorgaanbieder verliest bij door hem gepleegde Fraude het recht op vergoeding uit hoofde van deze overeenkomst (betreffende het gedeelte waarop de Fraude betrekking heeft), ongeacht de geleverde Zorg.
4. In geval van Fraude kan de Zorgverzekeraar naar eigen keuze in ieder geval een of meerdere van de hierna beschreven maatregelen treffen:
 - a. de ten onrechte uitgekeerde betalingen en gemaakte onderzoekskosten terugvorderen;
 - b. deze overeenkomst met onmiddellijke ingang beëindigen;
 - c. registratie van Fraude doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
 - d. een klacht indienen bij een tuchtrechtelijke instantie waarbij de Zorgaanbieder is aangesloten;
 - e. melding c.q. aangifte doen bij enige opsporingsdienst en/of het Openbaar Ministerie.
5. De in lid 4 van dit artikel beschreven sancties laten het recht van de Zorgverzekeraar om nakoming, beëindiging en/of schadevergoeding te vorderen onverlet.
6. De Zorgverzekeraar spant zich in om onterechte declaraties en Fraude in de zorg zoveel mogelijk te bestrijden. Om die reden legt de Zorgverzekeraar (persoons)gegevens vast en kan de Zorgverzekeraar de gegevens delen met bevoegde derden waarmee de Zorgverzekeraar samenwerkt in het kader van veiligheid en integriteit van de Zorgverzekeraar en de branche.

Artikel 11. Duur en einde van de overeenkomst

Landelijke uniforme bepalingen

1. Indien wijzigingen in wet- en/of regelgeving aanpassing van deze algemene bepalingen of de bilaterale 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.
2. Wijzigingen in de overeenkomst kunnen uitsluitend worden aangebracht met wederzijds goedvinden.

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

3. De overeenkomst treedt in werking en eindigt op de in deel I (Individueel Deel) onder rubriek D van deze overeenkomst genoemde data.
4. De overeenkomst eindigt tussentijds en zonder dat schriftelijke opzegging is vereist:
 - a. met wederzijds goedvinden;
 - b. indien de Zorgaanbieder een instelling is in de zin van de WTZi: indien de toelating van de Zorgaanbieder op grond van de WTZi is ingetrokken of indien de Zorgaanbieder niet langer voldoet aan de vereisten zoals gesteld in de WTZi;
 - c. indien de Zorgaanbieder een instelling is in de zin van de Wtza: indien de Zorgaanbieder niet langer voldoet aan de vereisten zoals gesteld in de Wtza.
5. Naast de wettelijke beëindigingsgronden kan de overeenkomst verder met onmiddellijke ingang zonder rechterlijke tussenkomst, geheel of gedeeltelijk worden opgezegd:
 - a. door een der Partijen als de wederpartij (voorlopige) surseance van betaling verkrijgt;
 - b. door een der Partijen als de wederpartij zich in staat van kennelijk onvermogen om aan zijn financiële verplichtingen te voldoen bevindt of het onderwerp is van een procedure tot faillissement, gerechtelijk akkoord, vereffening, beslaglegging waardoor de verlening van Zorg (mogelijk) in gevaar komt of van elke andere soortgelijke procedure;
 - c. door de Zorgverzekeraar indien de Zorgaanbieder een rechtspersoon is: door faillissement of ontbinding van de rechtspersoon;
 - d. door de Zorgverzekeraar als de onderneming van of de beroepsuitoefening door de Zorgaanbieder beëindigd wordt dan wel ontbonden of (een deel daarvan) aan een derde wordt overgedragen en hiervoor voorafgaand geen instemming is gegeven door de Zorgverzekeraar;
 - e. door de Zorgverzekeraar indien de zeggenschapsverhouding binnen de instelling van de Zorgaanbieder naar het oordeel van de Zorgverzekeraar significant wijzigt door bijvoorbeeld overdracht van aandelen, omzetting, splitsing of fusie, tenzij de Zorgverzekeraar na voorafgaand overleg hiertegen geen bezwaar heeft;

- f. door een der Partijen als de wederpartij haar verplichtingen uit de zorgovereenkomst na een ingebrekestelling (voor zover vereist), niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomt, al dan niet blijkend uit de uitkomsten van een controle;
 - g. door een der Partijen wanneer de wederpartij in een situatie van overmacht verkeert en aan te nemen is dat deze langer zal duren dan dertig kalenderdagen;
 - h. als een der Partijen zich tegenover de wederpartij schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, dwang of bedreiging;
 - i. door een der Partijen indien Partijen niet tot overeenstemming komen over het Tarief voor de resterende looptijd van de overeenkomst, in het geval niet voor de volledige looptijd van de overeenkomst Tarieven overeengekomen zijn.
6. De Zorgverzekeraar is bij beëindiging van deze overeenkomst op grond van een van de situaties zoals genoemd in lid 4 en 5 van dit artikel, geen schadevergoeding uit welke hoofde dan ook aan de Zorgaanbieder verschuldigd.
7. Als wettelijke wijzigingen of andere Partijen bindende beslissingen aanpassing van deze overeenkomst noodzakelijk maken, treden Partijen zo snel mogelijk met elkaar in overleg om de bepalingen die gewijzigd moeten worden aan te passen. Dit met inachtneming van de oorspronkelijke bedoeling van Partijen. Indien er geen overeenstemming wordt bereikt, kan elk der Partijen de overeenkomst met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden opzeggen. Tussentijd van de rechter is hier niet noodzakelijk.
8. De opzegging van de overeenkomst, alsmede de eventueel daaraan voorafgaande ingebrekestelling, geschiedt schriftelijk aan de wederpartij.
9. 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.

Artikel 12. Toepasselijk recht en geschillen

Landelijke uniforme bepalingen

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 Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering zoals ondergebracht bij het Nederlands Arbitrage Instituut dan wel aan de bevoegde rechtbank.

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

4. Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

Artikel 13. Slotbepalingen

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

1. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om een overeenkomst die is voorzien van doorhalingen en/of mededelingen van de Zorgaanbieder van welke aard dan ook, als ongeldig te beschouwen. Indien de Zorgverzekeraar van dit recht gebruik maakt, zal zij de Zorgaanbieder daarvan schriftelijk in kennis stellen. In dat geval zal de Zorgverzekeraar de Zorgaanbieder eenmalig de overeenkomst alsnog toezenden en in de gelegenheid stellen binnen een termijn van drie weken door ondertekening en terugzending aan de Zorgverzekeraar de overeenkomst alsnog tot stand te brengen.
2. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Zorgverzekeraar is het de Zorgaanbieder, met uitzondering van het vestigen van pandrechten niet toegestaan rechten en verplichtingen uit deze overeenkomst geheel dan wel gedeeltelijk over te dragen aan derden of door derden te laten overnemen. Aan de toestemming kan de Zorgverzekeraar voorwaarden verbinden.

3. Ten aanzien van communicatie-uitingen (zoals reclame) geldt:
 - a. het is de Zorgaanbieder toegestaan het beeldmerk van de Zorgverzekeraar te gebruiken in communicatie-uitingen zolang het gebruik plaatsvindt in overeenstemming met het beleid van de Zorgverzekeraar. Het beleid inzake het gebruik van het logo is te vinden op de website van de Zorgverzekeraar;
 - b. indien (het logo van) de Zorgverzekeraar in communicatie-uitingen van de Zorgaanbieder wordt gebruikt of genoemd, mag dit gebruik geen verband houden met doelen die niet verenigbaar zijn met het beleid en doelstellingen van de Zorgverzekeraar. Tevens mag het gebruik niet leiden tot verwarring bij de Verzekerden ten aanzien van onder andere de vergoeding van Zorg of de kosten van het zorggebruik.
4. Indien een 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. onverbindend blijken te zijn overleg plegen teneinde een vervangende regeling te treffen, zodanig dat in zijn geheel de strekking van deze overeenkomst behouden blijft.
5. Op deze overeenkomst zijn de algemene voorwaarden van de Zorgaanbieder, onder welke naam of in welke vorm dan ook, uitdrukkelijk niet van toepassing.
6. Het niet terstond uitoefenen van enig recht dat de Zorgverzekeraar op grond van de wet of deze overeenkomst heeft zal in geen geval worden geacht te zijn het doen van afstand van dat recht door de Zorgverzekeraar.
7. In geval de overeenkomst met de Zorgverzekeraar eindigt en niet aansluitend wordt vernieuwd, is de Zorgaanbieder gehouden de Verzekerde met een naturapolis op de hoogte te brengen van de beëindiging van de contractuele relatie met de Zorgverzekeraar met inachtneming van het volgende:
 - a. de Zorgaanbieder informeert de Verzekerde waar mogelijk twee maanden voorafgaand aan de datum van afloop van de overeenkomst over de beëindiging van de overeenkomst met de Zorgverzekeraar;
 - b. de Zorgaanbieder informeert de Verzekerde over de consequenties van het opheffen van de overeenkomst tussen de Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar;
 - c. indien de behandeling van de Verzekerde wordt voortgezet door een gecontracteerde Zorgaanbieder is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor een adequate overdracht, een en ander in overeenstemming met de daarvoor geldende regel- en wetgeving.

Bijlage I Verantwoording

De zorgaanbieder zendt jaarlijks vóór 1 juni, of op een bilateraal overeengekomen tijdstip, t.b.v. de verantwoording van het voorafgaande jaar, onderstaande documenten aan de Zorgverzekeraar toe:

1. Jaarrekening
(volgens deel II, artikel 5, lid 6, 7 en 10)
2. Financiële verantwoording
(volgens deel II, artikel 5, lid 9)
3. Inhoudelijk jaarverslag
(volgens deel II, artikel 5, lid 11)
4. Zorgaanbieder specifieke rapportage (inclusief trendrapportage) uit de landelijke benchmark 'Transparante Ketenzorg' van InEen
(volgens deel II, artikel 5, lid 13)

Bijlage II Contactgegevens

Voor contactinformatie, formats en beleid:

www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/multidisciplinaire-zorg

Op deze website vindt u de informatie die u als zorgaanbieder nodig hebt. Bijvoorbeeld informatie over beleid, formats, formulieren, declareren en terugbetalen.

Afdeling Relatiebeheer Zorgverleners

Voor vragen over de overeenkomst:

E-mail	rz.huisartsen@cz.nl
Telefoonnummer	(0113) 27 49 91

Afdeling Declaraties

Voor vragen over declaraties:

E-mail	huisartsen@cz.nl
Informatielijn declaraties	(046) 459 58 93

Zorginkoopondersteuning

Voor inhoudelijke vragen over de overeenkomst of beleid:

E-mail	zorginkoophuisartsenzorg@cz.nl
--------	--

Regionale Zorginkopers

Voor regio-specifieke vragen:

Regio Den Haag e.o. (m.u.v. Zoetermeer) Regio West-Brabant Oost (Het Huisartsteam, HZG Breda en Zorroo)	Mw. Gaby Prins-Siemons	gaby.siemons@cz.nl
Regio Zuid-Hollandse eilanden Regio Zoetermeer Regio West-Brabant West (Zorggroep West-Brabant)	Dhr. Tijs van Hoek	tijs.van.hoek@cz.nl
Regio Zeeland	Mw. Nathalie van Schoonhoven	nathalie.van.schoonhoven@cz.nl
Regio Midden-Brabant Regio Nijmegen e.o.	Dhr. Ruud Voermans	ruud.voermans@cz.nl
Regio Noordoost-Brabant	Dhr. Kevin Vogels	kevin.vogels@cz.nl
Regio Midden-Limburg Regio Zuidoost-Brabant	Mw. Ellen Broex	ellen.broex@cz.nl
Regio Zuid-Limburg	Dhr. Martin Wijnen	martin.wijnen@cz.nl

Ondersteuning eerstelijnsgezondheidszorg

Voor meer informatie over versterking van de eerstelijnszorg in de regio Zuid-Nederland:
Versterking Eerstelijns Zuid-Nederland (VEZN), zie www.versterkingeerstelijns.nl.

Website	www.rosrobuust.nl
Telefoonnummer	(085) 401 81 85
E-mail	info@rosrobuust.nl

Website	www.stichtingkoel.nl
Telefoonnummer	(078) 619 30 68
E-mail	info@stichtingkoel.nl

Website	www.lijn1haaglanden.nl
Telefoonnummer	(070) 300 87 77
E-mail	info@lijn1haaglanden.nl

Website	www.sgzros.nl
Telefoonnummer	(079) 320 86 86
E-mail	ros@sgzoetermeer.nl