

# Overeenkomst

---

Multidisciplinaire zorg

**2019 – 2020**

## Inhoudsopgave

Toelichting		3
Deel II	Algemene bepalingen	5
Deel III	Aanvullende bepalingen programmatische multidisciplinaire (eerstelijns)zorg	15
Deel II, bijlage I:	Verantwoordingsdocument	18
Deel II, bijlage II:	Contactgegevens	19

## Toelichting

Voor u ligt de overeenkomst Multidisciplinaire zorg 2019 - 2020. In deze toelichting wordt u geïnformeerd over de belangrijkste punten.

### Indeling overeenkomst

Vanwege de introductie van de O&I-betaaltitels in de NZa-beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg heeft CZ groep de overeenkomsten voor geïntegreerde eerstelijnszorg en multidisciplinaire zorg (ketenzorg) samengevoegd. De indeling van de overeenkomst is als volgt:

- Deel I:           Individueel Deel met van toepassing zijnde bijlagen.
- Deel II:          Algemene bepalingen met bijlagen.
- Deel III:         Aanvullende bepalingen programmatische multidisciplinaire (eerstelijns)zorg.

De samenvoeging van de overeenkomsten brengt met zich mee dat een aantal bepalingen nieuw zal zijn. Van alle regionale samenwerkingsverbanden wordt vanaf 2019-2020 een zorgaanbodplan en een begroting (volgens CZ-format) gevraagd, voorafgaand aan de contracteringsgesprekken. Het principe van nacalculatie op niet bestede gelden wordt voor alle samenwerkingsverbanden onderdeel van de (financiële) evaluatie. Leest u de bepalingen in deel II + III goed door om te bezien welke bepalingen nieuw zijn.

De bijlage met kwaliteitscriteria is komen te vervallen. Deze criteria zijn in deze overeenkomst verankerd in de volgende bepalingen: deel II, artikel 2, lid 2 & deel III, artikel 1, lid 18 (mits van toepassing).

### Proces contractering & evaluatie

Deel I en alle van toepassing zijnde bijlagen worden afzonderlijk digitaal aangeboden via het VECOZO-zorginkoopportaal en dienen ook afzonderlijk ondertekend te worden. Alle zorgaanbieders hebben een brief ontvangen waarin instructies staan voor het digitaal contracteren.

Eventuele zorgaanbiedersspecifieke bepalingen worden in een bijlage van deel I opgenomen.

Deel III is enkel van toepassing voor zorgaanbieders die programmatische multidisciplinaire (eerstelijns)zorg organiseren. Op deel I wordt per zorgaanbieder aangegeven of dit wel of niet het geval is.

CZ groep biedt een tweejarige overeenkomst aan waarbij bij aanvang tarieven voor twee jaren overeengekomen worden. Er wordt wel jaarlijks (inhoudelijk en financieel) geëvalueerd.

Het format voor de begroting is zodanig aangepast dat het:

- beter aansluit op de specificatie van kosten in de jaarrekening;
- de mogelijkheid biedt om 2019 en 2020 in één document op te nemen;
- de mogelijkheid biedt om ook de realisatiecijfers erin op te nemen en na te calculeren;
- in de toekomst bij het opmaken van de begroting ook de realisatiecijfers van het verleden weergeeft.

Om bij de evaluatie mogelijk te maken dat de realisatiecijfers ingevuld kunnen worden, zal CZ groep per zorgaanbieder een financieel verantwoordingsdocument opmaken waarin de begrote cijfers zijn weergegeven. Dit verantwoordingsdocument zal jaarlijks uiterlijk 1 maart door CZ groep worden toegezonden.

De bestuursverklaring en accountantscontrole komen te vervallen als onderdeel van het verantwoordingsdocument. De landelijke, uniforme bepaling (deel II, artikel 5, lid 3) over het aanleveren van de jaarrekening biedt CZ groep voldoende zekerheid in relatie tot de (financiële) evaluatie.

Als vast onderdeel van het verantwoordingsdocument wordt een inhoudelijk jaarverslag geïntroduceerd. Hierin wordt de relatie gelegd met de op voorhand gestelde doelstellingen zoals weergegeven in het zorgaanbodplan. Veel regionale samenwerkingsverbanden stellen jaarlijks reeds een dergelijk verslag op; met deze aanpassing maakt CZ groep dat voor alle zorgaanbieders onderdeel van het proces. In bijlage I is terug te vinden waaruit het verantwoordingsdocument voor 2019-2020 bestaat.

### **Financiering O&I**

Zoals u waarschijnlijk al vernomen heeft, leidt het vergoeden van de O&I per ingeschreven verzekerde, tot belemmeringen op grond van de privacy regelgeving. CZ groep heeft er daarom voor gekozen om de O&I-kosten terug te rekenen naar en te vergoeden volgens een bedrag per geïncludeerde patiënt. Dat betekent dat O&I en zorg integraal vergoed wordt aan de hand van de 'oude' betaaltitels, zoals volgens de overeenkomst 2017-2018 het geval. Ondanks dat daarmee de O&I-betaaltitels niet zullen worden gebruikt, wil CZ groep 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.

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

#### **Fraudeonderzoek<sup>1</sup>:**

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 landelijk bepaalde 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 of maatschap die een overeenkomst met de zorgaanbieder is aangegaan ten behoeve van de verlening van de multidisciplinaire zorg.

#### **Partijen:**

de partijen die deze overeenkomst zijn aangegaan.

---

<sup>1</sup> *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.*

**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 geïncludeerde patient goede zorg te verlenen.

**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 patiënt in onderlinge samenhang zorg verlenen, waarvan huisartsenzorg een onderdeel is.

**Zorgaanbieder:**

de zorgaanbieder als bedoeld in rubriek B van deel I (Individueel Deel) van deze overeenkomst.

**Zorgprestatie:**

programmatische multidisciplinaire (eerstelijns)zorg zoals omschreven in de geldende beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit 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**

1. 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 Zorgverzekeringswet 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 Onderaannemers van de Zorgaanbieder.
2. Onverminderd de eigen verantwoordelijkheid van de aan de Zorgaanbieder verbonden beroepsbeoefenaren en/of de door de Zorgaanbieder gecontracteerde Onderaannemers, is de Zorgaanbieder ten volle verantwoordelijk en aansprakelijk voor de te organiseren en te leveren Zorg die door de beroepsbeoefenaar en/of Onderaannemer aan de Verzekerde verleend. Dit houdt in dat:
  - de Zorgaanbieder gehouden is alle verplichtingen die uit deze overeenkomst voortvloeien voor zover mogelijk ook in de afspraken met de Onderaannemer op te nemen;
  - de Zorgaanbieder ervoor zorgt dat de zorgverlening het kwaliteitsniveau heeft 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 dit deel van de overeenkomst, betrekking hebbende op Verzekerden waarbij de daadwerkelijke Zorg is verleend.
3. De Zorgaanbieder levert de Zorgprestaties in overeenstemming met de relevante geldende wet- en regelgeving, waaronder in ieder geval begrepen de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens, de Wgbo, de Wkkgz, Wet big en Wmg.
4. De Zorgaanbieder levert de Zorgprestaties enkel aan patiënten die staan ingeschreven op naam (ION) van een huisarts die verbonden beroepsbeoefenaar en/of aangesloten Onderaannemer is van de Zorgaanbieder.
5. 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.
6. De Zorgaanbieder stemt de Zorg af op de behoefte van de populatie van het verzorgingsgebied. Jaarlijks stelt de Zorgaanbieder daartoe een zorgaanbodplan op dat voorafgaand aan het sluiten van de overeenkomst wordt besproken met de Zorgverzekeraar.
7. 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.

## **Artikel 3. Kwaliteit van de zorg**

### **A. Algemene voorwaarden**

De Zorgaanbieder stelt een kwaliteitsbeleid inclusief PDCA kwaliteitscyclus op.

### **B. Privacy en dossiervorming**

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.

### **C. Patiëntbejegening**

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**

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 cliënt, waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de Professionele standaard en waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld. Het voorgaande laat onverlet dat bilateraal aanvullende afspraken gemaakt kunnen worden.

### **E. Continuïteit**

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, dan wel hem de uitoefening van zijn beroep is ontzegd en 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. ontzegging wordt waargenomen, is de beroepsbeoefenaar of Onderaannemer verantwoordelijk voor regeling van een adequate waarneming.
3. De Zorgaanbieder stelt de Zorgverzekeraar 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**

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, geboortedatum, woonplaats van de Verzekerde;
  - b. het verzekeringsnummer 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**

1. Partijen verschaffen elkaar gevraagd en ongevraagd de inlichtingen die zij redelijkerwijs behoeven voor inzicht in de nakoming van de in deze overeenkomst aangegane verplichtingen.
2. 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.
3. De Zorgaanbieder zendt jaarlijks vóór 1 juni, of op een bilateraal overeengekomen tijdstip, een door een accountant gecontroleerde of geaccordeerde jaarrekening van het voorafgaande jaar aan de Zorgverzekeraar toe. Bij de verantwoording van bestede gelden wordt een onderscheid gemaakt in gespecificeerde organisatiekosten en gespecificeerde zorgkosten. De jaarrekening wordt opgemaakt conform het 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 kosten en opbrengsten van de Zorgaanbieder.
4. De Zorgaanbieder zendt jaarlijks vóór 1 juni, of op een bilateraal overeengekomen tijdstip, de financiële verantwoording aan de Zorgverzekeraar toe. De realisatiecijfers worden door de Zorgaanbieder ingevuld in een door de Zorgverzekeraar opgemaakt verantwoordingsdocument dat jaarlijks vóór 1 maart door de Zorgverzekeraar zal worden toegezonden. Dit document wordt per Zorgaanbieder opgemaakt zodat de begrote cijfers en de financiële verwerking (nacalculatie) erin kunnen worden opgenomen.
5. 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 de relatie gelegd met de op voorhand gestelde doelstellingen zoals weergegeven in het zorgaanbodplan.
6. De Zorgverzekeraar staat een weerstandsvermogen toe 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. Indien het weerstandsvermogen uitstijgt boven het hiergenoemde percentage, brengt de Zorgaanbieder dit zo snel mogelijk terug naar het maximum.
7. De Zorgaanbieder past de Kritische Kwaliteitskenmerken die opgesteld zijn door InEen toe.
8. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat zijn 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.
9. De Zorgverzekeraar informeert zijn Verzekerden conform de geldende NZa-regels over de Zorgprestaties die voor vergoeding in aanmerking komen en de wijzigingen hierin.
10. 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.
11. 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.
12. 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.

## Artikel 6. Controle

1. 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.
2. De Zorgverzekeraar voert Formele en Materiële controles uit met inachtneming van de eisen van de Zvw, de Rzv en het Protocol Materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland.
3. De Zorgverzekeraar streeft ernaar controles zo snel mogelijk uit te voeren.
4. De Zorgverzekeraar meldt schriftelijk een voorgenomen 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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).
9. 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 van de Zorgaanbieder (inclusief doorberekeningen van de wettelijke rente).
10. 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.
11. 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**

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.
2. 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 terzake 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. Honorering, declaratie en betaling**

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 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 bij de Zorgverzekeraar verzekerd is, zulks met inachtneming van de overige bepalingen in dit artikel.
3. 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. Ingeval de Zorgaanbieder niet voldoet aan deze declaratietermijn, is de Zorgverzekeraar niet gehouden de declaratie binnen de in lid 6 van dit artikel genoemde termijn betaalbaar te stellen.
4. De Zorgaanbieder declareert elektronisch via VECOZO. De Zorgaanbieder maakt hierbij gebruik van het meest recente Externe integratiemodel Huisartsenhulp dat door Vektis is vastgelegd, met vermelding van alle gegevens die hiervoor noodzakelijk zijn.
5. Voor declaraties die via VECOZO worden ingediend, stelt de Zorgverzekeraar retourinformatie volgens het meest recente Externe Integratiemodel van Vektis beschikbaar via VECOZO. De retourinformatie is tot maximaal een jaar na verwerking van de declaratie raadpleegbaar.
6. 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.
7. Indien de Zorgverzekeraar door een oorzaak gelegen in zijn risicosfeer er niet in slaagt de declaratie binnen de in lid 6 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. Onverminderd zijn verplichting de (her)declaraties per kwartaal in te dienen conform lid 3 van dit artikel, zal de Zorgaanbieder de Zorg die deze in enig kalenderjaar heeft geleverd uiterlijk twaalf maanden na 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.
9. De Zorgaanbieder zal de declaratie, die is afgewezen omdat zij 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.

10. Zorg verleend buiten de kaders van de onderhavige overeenkomst en/of verzekeringspolissen van de Verzekerde komt niet voor vergoeding door de Zorgverzekeraar in aanmerking.
11. 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.
12. De Zorgaanbieder controleert via de COV-check (Controle Op Verzekeringsrecht) het verzekeringsrecht van de Verzekerde in VECOZO. Als peildatum wordt de prestatiedatum gehanteerd.
13. 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, na overleg met de Zorgaanbieder, afgewezen. De Zorgverzekeraar stelt de Zorgaanbieder hiervan op de hoogte via de retourinformatie conform lid 5 van dit artikel.
14. De Zorgaanbieder vergewist zich ervan dat geen Zorg bij de Zorgverzekeraar gedeclareerd wordt als bedoeld in artikel 3.1.1. Wlz. Voor Verzekerden die Zorg ontvangen vanuit de Wlz mag geen Zorgprestatie worden gedeclareerd.
15. Declaraties worden uitbetaald op het bij de Zorgverzekeraar bekende bankrekeningnummer (IBAN) van de Zorgaanbieder. Dit bankrekeningnummer is van de Zorgaanbieder of van een door de Zorgaanbieder ingeschakeld servicebureau.

#### **Artikel 9. Fraude**

1. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitvoering van Fraudeonderzoek het bepaalde bij of krachtens de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens, 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.
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 10. Duur en einde van de overeenkomst**

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.
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 kan 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 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;
  - e. 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;
  - f. als een der Partijen zich tegenover de wederpartij schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, dwang of bedreiging;
  - g. door een der Partijen indien Partijen niet tot overeenstemming komen over het Tarief voor het tweede jaar van de overeenkomst in het geval initieel alleen voor het eerste jaar Tarieven overeengekomen zijn.
5. De Zorgverzekeraar is bij beëindiging van deze overeenkomst op grond van een van de situaties zoals genoemd in lid 4 van dit artikel, geen schadevergoeding uit welke hoofde dan ook aan de Zorgaanbieder verschuldigd.
6. 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. Tussenkomst van de rechter is hier niet noodzakelijk.
7. De opzegging van de overeenkomst, alsmede de eventueel daaraan voorafgaande ingebrekestelling, geschiedt schriftelijk aan de wederpartij.
8. 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 11. Toepasselijk recht en 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 Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering zoals ondergebracht bij het Nederlands Arbitrage Instituut dan wel aan de bevoegde rechtbank.
4. Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

## **Artikel 12. Slotbepalingen**

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 gebruikt 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. 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.
4. Op deze overeenkomst zijn de algemene voorwaarden van de Zorgaanbieder, onder welke naam of in welke vorm dan ook, uitdrukkelijk niet van toepassing.
5. 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.

## **Deel III: Aanvullende bepalingen programmatische multidisciplinaire (eerstelijns) zorg**

### **Artikel 1. Zorg**

1. De Zorgaanbieder levert 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. Patiënten worden op basis van de vigerende Handleiding voor Inclusie en Exclusie van Patiënten in Ketenzorgprogramma's geïnccludeerd.
3. De medische eindverantwoordelijkheid van de indicering en uit te voeren Zorg binnen de multidisciplinaire zorgprogramma's ligt bij de behandelend huisarts, aangesloten als Onderaannemer bij de Zorgaanbieder.
4. 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 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.
5. De Zorgaanbieder heeft verwijs- en terugverwijsafspraken gemaakt met in de regio werkzame zorgverleners en -instellingen, die betrokken zijn bij de behandeling van Verzekerden, op basis waarvan bepaald wordt door wie en waar een Verzekerde wordt behandeld.
6. Voor zover van toepassing omvatten de gecontracteerde Zorgprestaties de zorgonderdelen zoals beschreven binnen de kaders van de meest recente zorgstandaarden.
7. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat hij voldoende Onderaannemers contracteert zodat hij alle zorgonderdelen van de gecontracteerde Zorgprestaties tijdig kan leveren aan zijn patiënten en in hun nabijheid.
8. De Zorgaanbieder is verplicht een open contracteerbeleid aangaande de Onderaannemers te hanteren conform objectieve, non-discriminatoire, transparante criteria. Iedere zorgverlener die voldoet aan de gestelde criteria moet in staat worden gesteld een overeenkomst als Onderaannemer te sluiten.
9. De Zorgverzekeraar stelt als voorwaarde dat een huisarts zich als Onderaannemer maar bij een Zorgaanbieder kan aansluiten en dus niet per zorgprogramma bij een andere Zorgaanbieder.
10. De Zorgverzekeraar behoudt zich in zwaarwegende gevallen het recht voor om gecontracteerde Onderaannemers te weigeren. Dit om te voorkomen dat Onderaannemers die op basis van het contracteerbeleid van de Zorgverzekeraar als individuele beroepsbeoefenaar zijn geweigerd, via de multidisciplinaire zorg alsnog Zorg leveren aan Verzekerden.
11. 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.

12. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de Onderaannemers 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 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 patiënt erop attenderen dat hier voor hem financiële gevolgen aan verbonden kunnen zijn.
13. 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.
14. 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.
15. Zodra dat landelijk mogelijk is, neemt de Zorgaanbieder deel aan de landelijke benchmarkmeting "Patient Reported Experience Measures ("PREM"), zoals gepubliceerd op website <http://www.patiëntervaringsmetingen.nl>.
16. 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.
17. 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 bemerkt 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 snel 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.
18. In aanvulling op hetgeen bepaald in deel II, artikel 2, lid 2, bullet 2 zijn de volgende kwaliteitscriteria van kracht: 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.

## **Artikel 2. Kwaliteit van de zorg**

### **Privacy en dossiervorming**

1. De Zorgaanbieder beschikt over een protocol waarin is vastgelegd welke medewerkers en Onderaannemers met welk doel toegang hebben tot het patiëntendossier.
2. De Zorgaanbieder verschaft de Verzekerde desgevraagd informatie over de wijze waarop zijn privacy wordt beschermd.

## **Artikel 3. Informatie en gegevensuitwisseling**

1. De Zorgaanbieder neemt deel aan de landelijke benchmark chronische zorg van InEen. De Zorgaanbieder levert de dataset prestatie-indicatoren op naam, tijdig en volledig (gevalideerd) aan bij de landelijke benchmarkinstantie.
2. De resultaten van de landelijke benchmark chronische zorg van InEen worden door de Zorgaanbieder verwerkt in het inhoudelijk jaarverslag.



3. Het eenzijdig aanpassen van zorginhoud, het ophogen van het aantal afgesproken minuten Zorg geleverd binnen het 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.

#### **Artikel 4. Honorering, declaratie en betaling**

1. 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.
2. 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.
3. 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 één van deze zorgprogramma's, geen verrichtingen diëtetiek buiten de Zorgprestaties kunnen worden gedeclareerd door een diëtist.
4. Wanneer een Verzekerde zowel in het zorgprogramma DM2 als VRM (of HVZ of VVR) geïncludeerd 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 én Astma is COPD preferent.
5. Alle Zorgkosten die door de Zorgverzekeraar aan de Zorgaanbieder uitbetaald zijn, maar die niet zijn gemaakt, 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.

## **Bijlage I      Verantwoordingsdocument**

De zorgaanbieder zendt jaarlijks vóór 1 juni, of op een bilateraal overeengekomen tijdstip, een verantwoordingsdocument aan CZ toe. Dit document bestaat uit verschillende onderdelen:

1.      Jaarrekening  
          (volgens deel II, artikel 5, lid 3)
2.      Financiële verantwoording  
          (volgens deel II, artikel 5, lid 4)
3.      Inhoudelijk jaarverslag  
          (volgens deel II, artikel 5, lid 5 en -mits van toepassing- deel III, artikel 3, lid 2)

## Bijlage II Contactgegevens

### Afdeling Relatiebeheer Zorgverleners

Voor vragen met betrekking tot de overeenkomst:

E-mail	<a href="mailto:rz.huisartsen@cz.nl">rz.huisartsen@cz.nl</a>
Telefoonnummer	Tel. 0113 27 49 91
Adresgegevens	CZ Relatiebeheer Zorgverleners Postbus 5130 5004 EC Tilburg

### Zorginkopers

Regio Den Haag e.o. Regio Breda e.o.	Mw. Gaby Prins-Siemons	<a href="mailto:gaby.siemons@cz.nl">gaby.siemons@cz.nl</a>
Regio Zuid-Hollandse eilanden Regio Zoetermeer	Dhr. Paul Raaijmakers	<a href="mailto:paul.raaijmakers@cz.nl">paul.raaijmakers@cz.nl</a>
Regio Zeeland Regio West-Brabant	Mw. Jonneke Klingens	<a href="mailto:jonneke.klingens@cz.nl">jonneke.klingens@cz.nl</a>
Regio Midden-Brabant Regio Zuidoost-Brabant	Dhr. Casper Besters	<a href="mailto:casper.besters@cz.nl">casper.besters@cz.nl</a>
Regio Noordoost-Brabant	Dhr. Michel Rouss	<a href="mailto:michel.rouss@cz.nl">michel.rouss@cz.nl</a>
Regio Midden-Limburg Regio Nijmegen e.o.	Mw. Marian Jacobs	<a href="mailto:marian.jacobs@cz.nl">marian.jacobs@cz.nl</a>
Regio Zuid Limburg	Dhr. Martin Wijnen	<a href="mailto:martin.wijnen@cz.nl">martin.wijnen@cz.nl</a>

### Afdeling Declaraties

Voor vragen met betrekking tot declaraties:

E-mail	<a href="mailto:huisartsen@cz.nl">huisartsen@cz.nl</a>
Informatielijn declaraties	Tel. 046 45 95 893