

Zorgovereenkomst

**Overeenkomst
Multidisciplinaire zorg en O&I
2024-2025
Deel II – Algemene bepalingen**



OHRA

 **nationale
nederlanden**

Inhoudsopgave

Toelichting		3
Deel II	Algemene bepalingen	5
Deel II, Bijlage 1	Landelijke uniforme declaratieparagraaf	22
Deel II, Bijlage 2	Verantwoording	29
Deel II, Bijlage 3	Zorginkoopdocumenten	30

Toelichting

Voor u ligt Deel II van de overeenkomst Multidisciplinaire zorg en O&I 2024-2025. Deze sluit aan bij het op onze [website](#) gepubliceerde Zorginkoopbeleid Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg en de Uitwerking Zorginkoopbeleid Multidisciplinaire zorg en O&I 2024-2025.

Indeling overeenkomst

De indeling van de overeenkomst is opgebouwd uit een Deel I (Individueel deel) en Deel II (Algemene bepalingen). Per artikel is weergegeven welke bepalingen voortvloeien uit de landelijke uniforme bepalingen en welke de zorgverzekeraarspecifieke bepalingen zijn. Tevens is de landelijke Uniforme declaratieparagraaf als bijlage 1 toegevoegd.

Contractering

CZ groep biedt een tweejarige overeenkomst aan voor 2024 en 2025. Deze loopt qua looptijd gelijk met 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. In het document Uitwerking Zorginkoopbeleid Multidisciplinaire zorg en O&I 2024-2025 (zie bijlage 3) staan de Inkoopspecificaties en Inkoopkaders. De rollen en taken van de zorgaanbieder evenals de inhoud van de multidisciplinaire zorgketens staan hierin vermeld.

Wijzigingen

De meeste wijzigingen zijn tekstuele correcties en verduidelijkingen. Aanvullingen en wijzigingen zijn:

- In artikel 6 Informatievoorziening en gegevensbeheer is lid 9 toegevoegd vanwege de invoering van de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) per 1 juli 2023.
- In Deel II Bijlage 1 Landelijke uniforme declaratieparagraaf is in artikel 3 Declareren lid 16 toegevoegd waarin is opgenomen dat de zorgaanbieder unieke factuurnummers gebruikt.
- In Deel II Bijlage 1 Landelijke uniforme declaratieparagraaf zijn artikel 6 lid 16 en 17 gewijzigd. Over de wijze van terugbetaling wordt de zorgaanbieder nog bericht, voor de zorgaanbieder kan dit een wijziging betekenen van de systematiek hoe de zorgverzekeraar een terugbetaling verwerkt wordt. Tevens is de uiterlijke datum voor het bereiken van overeenstemming over de terugvordering aangepast van 31 december naar 30 september.

Aandachtspunten

• **Toegankelijkheid**

De druk op de toegankelijkheid van huisartsenzorg neemt toe en het toekomstbestendig organiseren van de huisartsenzorg is een absolute noodzaak om de zorg toegankelijk te krijgen en te houden. Hoewel niet nieuw in het zorginkoopbeleid brengen we dit onderwerp nog nadrukkelijker onder de aandacht. De rol van de zorgaanbieder in borging van toegankelijkheid staat beschreven in de RHO rollen en prioriteiten in de eerder genoemde Uitwerking Zorginkoopbeleid. Het onderwerp toegankelijkheid vormt een vast onderwerp van gesprek tijdens periodiek overleg met de regionale zorginkoper.

• **Meer Tijd Voor de Patiënt**

In 2023 is landelijk Meer Tijd Voor de Patiënt geïmplementeerd. Het onderwerp heeft een plek in de rollen en taken van de RHO en daarmee in periodiek overleg met de regionale zorginkoper.

• **Doelmatigheid**

Doelmatige inzet van zorg kan ook bijdragen aan het verlichten van de druk op de huisartsenpraktijk en bovendien draagt dit bij aan passende zorg. We zien ondanks inspanningen de afgelopen jaren nog veel onverklaarbare praktijkvariatie. De bepalingen in artikel 2 lid 17 en lid 18 hebben betrekking op doelmatige inclusie. Wat CZ groep daarin verwacht van de zorgaanbieder is niet nieuw, echter het doel hiervan is om doelmatigheid beter te borgen en meer aandacht te vragen voor doelmatige uitvoering van multidisciplinaire zorg. De zorgaanbieder heeft een actieve rol in de uitvoering van de zorg en naar onderaannemers. En ziet toe op doelmatige inclusie, waarbij alleen patiënten geïncludeerd worden die aantoonbaar gemotiveerd zijn én waarbij de programmatische aanpak aantoonbaar meerwaarde en/of verbeterpotentieel heeft.

Ook verwacht CZ groep dat bij de sturing op doelmatige inclusie en terugdringen praktijkvariatie gebruik gemaakt wordt van de factsheets die CZ groep jaarlijks als spiegelinformatie deelt (artikel 10 lid 4). Het adequaat registreren van contactmomenten volgt uit de NZa [Regeling multidisciplinaire zorg - NR/REG-1821](#), zodat dubbeldeclaraties kunnen worden gemonitord. CZ groep gaat er van uit dat uit de contactmomenten blijkt dat patiënten gezien of opgevolgd worden, zodat geborgd wordt dat alleen voor patiënten wordt gedeclareerd die daadwerkelijk ketenzorg ontvangen.

- **Overige aandachtspunten**

Onderstaande bepalingen maken reeds langere tijd deel uit van de overeenkomst. We vestigen hier toch graag extra aandacht op omdat blijkt dat er regionale verschillen zijn in de uitvoering ervan en/of omdat het naleven van deze bepalingen voor verbetering vatbaar is.

- De zorgaanbieder heeft een belangrijke rol in de uitvoering van het kwaliteitsbeleid waarbij CZ groep een verdere verbreding wil realiseren van chronische zorg naar huisartsenzorg. Indien van toepassing zal CZ groep aan de hand van de factsheet met de zorgaanbieder verbeterafspraken maken over het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie. Deze afspraken worden vastgelegd in de zorgaanbiederspecifieke afspraken (bijlage zorgaanbiederspecifieke bepalingen bij Deel I). Daarnaast heeft de zorgaanbieder een rol, voor zover dit nog niet het geval is, in het ophalen van de toestemming van aangesloten huisartsen om spiegelinformatie (bijvoorbeeld Vektis praktijkspiegels, factsheet) en CZ declaratiegegevens van huisartsen en andere onderaannemers te delen met de zorgaanbieder (artikel 4.A, lid 3 en 4) over prestaties die tevens via de ketenzorg bekostigd worden en/of in het kader van zorgvernieuwingsprojecten.
- Artikel 13 lid 5 sub e verlangt van de zorgaanbieder dat hij de zorgverzekeraar actief informeert bij verschuiving van zeggenschapsverhouding binnen de organisatie. CZ groep vraagt hier nadrukkelijk aandacht voor.
- Er wordt jaarlijks (inhoudelijk en financieel) geëvalueerd conform bijlage 2 van deze overeenkomst. Om ervoor te zorgen dat de informatie in het format t.b.v. financiële verantwoording eenvoudig te herleiden is naar de jaarrekening worden aanvullende eisen gesteld aan de jaarrekening in artikel 6 lid 14. Indien het weerstandvermogen uitstijgt boven 10% van de jaaromzet zal dit gespreksonderwerp zijn.
- Naast de jaarlijkse evaluatie zal periodiek overleg plaatsvinden met de regionale zorginkoper om de voortgang van de gemaakte afspraken te monitoren.

Artikel 1. Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

Detailcontrole:

onderzoek door de Zorgverzekeraar naar bij de Zorgaanbieder berustende persoonsgegevens met betrekking tot eigen Verzekerden ten behoeve van Materiële controle of Fraudeonderzoek.

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;
- 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.

Medisch adviseur:

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:

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

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.

Onderaanneming:

er is sprake van Onderaanneming indien een Verzekerde in zorg is bij een Zorgaanbieder (de hoofdaannemer) en deze, voor (een deel van) de daadwerkelijke zorgverlening een andere zorgverlener (de onderaannemer), niet zijnde dezelfde juridische entiteit als de hoofdaannemer, inschakelt door (een deel van) deze zorgverlening door te contracteren aan deze andere zorgverlener.

Overeenkomst:

alle delen van deze zorgovereenkomst met inbegrip van de daarbij behorende bijlagen.

Partijen:

de Partijen die de 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.

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 ten behoeve van wie een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet en/of een aanvullende verzekeringsovereenkomst is gesloten met de Zorgverzekeraar, en die 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 een instelling is zoals bedoeld in de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) en die de Overeenkomst is aangegaan; tevens de Zorgaanbieder als bedoeld in rubriek B van deel I (Individueel Deel) van de Overeenkomst.

Zorgaanbodplan:

het plan van de Zorgaanbieder waarin hij op basis van het door de Zorgverzekeraar beschikbaar gesteld format de regionale behoeften beschrijft waar hij voor staat (missie), welke doelen nagestreefd worden (visie) en hoe deze doelen bereikt worden (strategie).

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 aantoonbaar 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 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 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).

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

7. In aanvulling op lid 5 geldt dat de Zorgaanbieder de Zorg kan weigeren of de aangevragen Zorg voortijdig beëindigen indien er gewichtige redenen bestaan op grond waarvan (voortgezette) verlening van de Zorg redelijkerwijs niet van hem kan worden verlangd, ondanks het (voort)bestaan van een indicatie en op voorwaarde dat er geen sprake is van een spoedeisende situatie of een noodsituatie. De Zorgaanbieder handelt hierbij in lijn met de meest recente 'Richtlijn niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst' van de KNMG. In geval van weigering of beëindiging van de verlening van Zorg doet de Zorgaanbieder schriftelijk - zo mogelijk vooraf - mededeling aan de Verzekerde van de weigering c.q. beëindiging en de redenen die daaraan ten grondslag liggen. De Zorgaanbieder neemt waar nodig en met toestemming van de Verzekerde tevens contact op met de Zorgverzekeraar teneinde gezamenlijk te trachten (de continuïteit van) de verlening van de Zorg te waarborgen.
8. De Zorgaanbieder verbindt zich de Zorg of een nader overeen te komen deel daarvan 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, alsmede met hetgeen Partijen hieromtrent bij of krachtens de Overeenkomst zijn overeengekomen. In het geval van programmatische multidisciplinaire (eerstelijns)zorg geldt dat de Zorg geleverd kan worden door gecontracteerde Onderaannemers van de Zorgaanbieder.
9. 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.

10. 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 begrotingsformat.
11. 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.
12. De Zorgaanbieder geeft, binnen de begroting, uitvoering aan het tussen Partijen overeengekomen Zorgaanbodplan.
13. Het vigerende Zorginkoopbeleid huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg, de Uitwerking Zorginkoopbeleid Multidisciplinaire zorg en O&I (zie bijlage 3), het Zorgaanbodplan en de voor de contracteerperiode overeengekomen begroting maken onderdeel uit van de Overeenkomst.
14. 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.
15. De Zorgaanbieder heeft verwijs- en terugverwijsafspraken 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. Passende zorg is daarbij het uitgangspunt.
16. 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 registratie in het kwaliteitsregister V&V met deskundigheidsgebied Diabeteszorg. De longverpleegkundige dient te zijn geschoold in de verpleging van zorgvragers met longziekten en is ervoor verantwoordelijk de eigen deskundigheid op peil te houden.
17. Het integrale Tarief kan enkel worden gedeclareerd voor patiënten die volgens de vigerende 'Handleiding voor Inclusie en Exclusie van Patiënten' in een ketenzorgprogramma geïncludeerd zijn en die daadwerkelijk gedurende het kalenderjaar Zorg ontvangen voor hun chronische aandoening, dat wil zeggen daadwerkelijk behandeld worden door de (Onderaannemers van de) Zorgaanbieder.
18. De Zorgaanbieder is medeverantwoordelijk voor het verlenen van doelmatige Zorg en doelmatige inclusie conform het door de Zorgaanbieder uitgewerkt zorgprogramma dat gebaseerd is op de vigerende zorgstandaard en onderliggende richtlijnen alsmede die van de deelnemende beroepsgroepen. De door de Zorgverzekeraar verstrekte factsheet geeft daarbij o.a. inzicht in de inclusiedata en kan aanleiding zijn voor het maken van verbeterafspraken.
19. Zodra er sprake is van een landelijk verplichting, neemt de Zorgaanbieder deel aan de landelijke benchmarkmeting 'Patient Reported Experience Measures' (PREM), zoals gepubliceerd op website <http://www.patientvaringsmetingen.nl> en <https://ineen.nl/thema/kwaliteitsbeleid/prem-chronische-zorg/>. We stimuleren zorgaanbieders om hier wel al aan deel te nemen.
20. De Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar zijn een totaalbedrag voor O&I-kosten overeengekomen. Dit bedrag wordt omgerekend naar een bedrag per op naam ingeschreven Verzekerde (ION). Indien de Zorgaanbieder merkt dat de realisatie niet aansluit op de overeengekomen totale O&I-begroting (populatie en kosten), 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 ingeschreven Verzekerden en dat de vaste kostencomponenten ongewijzigd blijven.

Artikel 3. Onderaanneming

Landelijke uniforme bepalingen

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat hij voldoende Onderaannemers contracteert zodat hij alle zorgonderdelen van de gecontracteerde Zorgprestaties tijdig kan leveren aan de Geïnccludeerde patiënten en in hun nabijheid.
2. 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.
3. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de Onderaannemers Geïnccludeerde patiënten voor zorgonderdelen die binnen het bereik van deze 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 zorgverlener die geen Onderaannemer is. 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.
4. 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.
5. 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.
6. De Zorgaanbieder verstrekt de Zorgverzekeraar een overzicht van de door hem ingeschakelde Onderaannemers inclusief hun AGB-codes. De Zorgaanbieder geeft mutaties zo snel mogelijk door aan Vektis.

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

7. Onverminderd de eigen verantwoordelijkheid van de aan de Zorgaanbieder verbonden beroepsbeoefenaren en/of de door de Zorgaanbieder gecontracteerde Onderaannemers, is de Zorgaanbieder te allen tijde verantwoordelijk en aansprakelijk voor de te organiseren en te leveren Zorg die de beroepsbeoefenaar en/of Onderaannemer aan de Verzekerde verleent. Dit houdt in dat:
 - a) de Zorgaanbieder gehouden is alle verplichtingen die uit deze Overeenkomst voortvloeien voor zover mogelijk ook in de afspraken met de Onderaannemer op te nemen;
 - b) de Zorgaanbieder ervoor zorgt dat de Zorgverlening door de Onderaannemer hetzelfde kwaliteitsniveau heeft als waarvoor de Zorgaanbieder bij de Zorgverzekeraar is gecontracteerd;
 - c) de Zorgaanbieder de Zorg verleend door een Onderaannemer zelf bij de Zorgverzekeraar declareert; en
 - d) de Zorgaanbieder aansprakelijk is voor klachten, uitkomsten van inspectierapporten en achterafcontroles als bedoeld in artikel 8 van de Overeenkomst, betrekking hebbende op Verzekerden waarbij een Onderaannemer de daadwerkelijke Zorg heeft verleend.
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 één regionaal samenwerkingsverband kan aansluiten en dus niet per multidisciplinaire zorgprogramma of prestatie (zoals O&I) bij een ander regionaal samenwerkingsverband.

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 programmatische multidisciplinaire (eerstelijns)zorg alsnog Zorg leveren aan Verzekerden.

Artikel 4. Kwaliteit van de zorg

A. Algemene voorwaarden

Landelijke uniforme bepalingen

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

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

2. Het in lid 1 genoemde kwaliteitsbeleid wordt opgezet en onderhouden voor de Onderaannemers die de feitelijke Zorg leveren. Het kwaliteitsbeleid is schriftelijk vastgelegd en wordt jaarlijks onderhouden.
3. De Zorgaanbieder verbreedt zijn kwaliteitsbeleid naar huisartsenzorg. Hiervoor heeft de Zorgaanbieder aantoonbaar toestemming van alle bij hem aangesloten huisartsen en andere Onderaannemers geborgd zodat de Zorgverzekeraar relevante declaratiegegevens en spiegelinformatie van deze huisartsen en Onderaannemers op regionaal niveau met de Zorgaanbieder kan delen en gebruiken als input voor de PDCA-kwaliteitscyclus.
4. De Zorgverzekeraar stuurt de Zorgaanbieder jaarlijks een factsheet die spiegelinformatie over o.a. programmatische multidisciplinaire (eerstelijns)zorg bevat, met als doel het inzichtelijk maken van praktijkvariatie. De factsheet geeft tevens inzicht in de inclusiedata. De informatie uit de factsheet kan voor de Zorgverzekeraar aanleiding vormen voor het maken van verbeterafspraken met de Zorgaanbieder.

B. Privacy en dossiervorming

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

1. De Zorgaanbieder registreert en bewaart de (persoons)gegevens van elke Verzekerde op zorgvuldige wijze. De (persoons)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 (persoons)gegevens aan derden zonder toestemming van de Verzekerde is verboden behoudens de verstrekking van (persoons)gegevens die 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, meldt de Zorgaanbieder dit onverwijld aan de Zorgverzekeraar. 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 en/of NZa dat de Zorgaanbieder betreft voor zover relevant voor de uitvoering van de Overeenkomst.

Artikel 5. 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 6. Informatievoorziening en gegevensbeheer

Landelijke uniforme bepalingen

Informatievoorziening aan de patiënt

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.

Gegevensbeheer en -uitwisseling

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 organisatiekosten (O&I) en gespecificeerde (zorg)kosten.
7. 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 (zorg)kosten en opbrengsten van de Zorgaanbieder.
8. Landelijke partijen waaronder brancheorganisaties van zorgaanbieders, het Ministerie van VWS, Patiëntenfederatie en ZN hebben in het Informatieberaad afspraken gemaakt over uitwisseling en standaardisatie van gegevens om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen verlenen. Op basis hiervan maken Partijen de volgende afspraken:
 - a) De Zorgaanbieder geeft voorrang aan het realiseren van de prioritaire processen en afspraken zoals deze binnen het Informatieberaad Zorg zijn vastgesteld. De Zorgaanbieder zal voor het uitwisselen van medische gegevens toewerken naar het gebruik van landelijke standaarden. Voorbeelden van landelijke standaarden zijn de Basisgegevensset Zorg (B(l)gZ), MedMij, Medicatieproces en eOverdracht.
 - b) Naast de hiervoor genoemde standaarden c.q. gegevensuitwisselingen zal de Zorgaanbieder waar van toepassing voor landelijke uitwisseling van medische beelden toewerken naar het gebruik van de Twiin infrastructuur.
 - c) Door de Zorgaanbieder wordt bij gegevensuitwisseling met andere zorgverleners waar mogelijk gebruik gemaakt van de toestemming van patiënten zoals vastgelegd in de online toestemmingsvoorziening Mitz.
 - d) De Zorgaanbieder draagt bij aan standaardisatie met behulp van zorginformatiebouwstenen (ZIB's) volgens het principe 'eenmalige registratie voor meervoudig gebruik'.

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

9. De Zorgaanbieder conformeert zich aan de Meerjarenagenda Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz).
10. De Zorgaanbieder neemt deel aan de landelijke benchmark 'Transparante Ketenzorg' van InEen. De Zorgaanbieder levert de dataset prestatie-indicatoren (gevalideerd) aan bij de landelijke benchmarkinstantie.
11. De Zorgaanbieder zendt jaarlijks vóór 1 juni, of op een bilateraal overeengekomen tijdstip, de Zorgaanbiederspecifieke rapportage (inclusief trendrapportage) uit de landelijke benchmark 'Transparante Ketenzorg' van InEen van het voorafgaande jaar aan de Zorgverzekeraar.
12. De Zorgaanbieder zendt jaarlijks vóór 1 juni, of op een bilateraal overeengekomen tijdstip, conform bijlage 2 van deze Overeenkomst de door Zorgverzekeraar benodigde documenten t.b.v. de verantwoording van het voorafgaande jaar toe aan de Zorgverzekeraar.
13. 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.
14. 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:
 - a) in de jaarrekening worden de opbrengsten per multidisciplinair zorgprogramma vermeld;
 - b) 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 toegestane weerstandsvermogen, dan moet uit de jaarrekening(en) te herleiden zijn hoe dit eigen vermogen ontstaan is.
15. In aanvulling op lid 6 geldt dat de Zorgaanbieder tegelijk met de jaarrekening een samenstellingsverklaring van de accountant aanlevert of indien de Zorgaanbieder dit wettelijk verplicht is een accountantscontroleverklaring aanlevert.
16. De Zorgaanbieder zendt jaarlijks vóór 1 juni, of op een bilateraal overeengekomen tijdstip, een inhoudelijk jaarverslag van het voorafgaande jaar aan de Zorgverzekeraar. Hierin wordt inhoudelijk gerapporteerd over en de relatie gelegd met:
 - a) de vooraf gestelde doelstellingen en/of resultaatsafspraken zoals weergegeven in het Zorgaanbodplan;
 - b) indien van toepassing, de Zorgaanbiederspecifieke afspraken (bijlage zorgaanbiederspecifieke bepalingen bij Deel I);
 - c) de door de Zorgaanbieder behaalde resultaten en voortgang van eerder vastgestelde verbeterpunten n.a.v. de landelijke benchmark 'Transparante Ketenzorg' van Ineen;
 - d) de door de Zorgaanbieder behaalde resultaten en voortgang van eerder vastgestelde verbeterafspraken n.a.v. de factsheet van de Zorgverzekeraar.
17. 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.
18. Partijen verschaffen elkaar gevraagd en ongevraagd de inlichtingen die zij redelijkerwijs behoeven

voor inzicht in de nakoming van de in deze Overeenkomst aangegeven verplichtingen.

19. 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.
20. 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 7. Organisatie en weerstandsvermogen Zorgaanbieder

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

1. De Zorgaanbieder handelt conform de principes van de Governancecode Zorg.
2. De Zorgaanbieder neemt de Wet Normering Topinkomens in acht en neemt conform de openbaarmakingsplicht de WNT verantwoording op in de jaarrekening.
3. De Zorgaanbieder streeft ernaar dat andere Onderaannemers dan aangesloten huisartsen aantoonbaar zeggenschap hebben in de organisatie en in het Zorgaanbodplan.
4. De Zorgaanbieder spant zich in zijn bedrijfsvoering zodanig te organiseren dat bij in- of uitleen van werknemers gekozen wordt voor een btw-gunstige wijze van in- of uitleen teneinde de ondoelmatige besteding van zorggeld zoveel als mogelijk te beperken.
5. De Zorgverzekeraar staat toe dat de Zorgaanbieder een weerstandsvermogen opbouwt voor financiering van risico's in de bedrijfsvoering maar nadrukkelijk niet voor financiering van innovatie of uitkering aan Onderaannemers, bestuurders of derden. De Zorgaanbieder verstrekt hiertoe desgevraagd een risicoanalyse aan de Zorgverzekeraar. Alle reserves van de Zorgaanbieder zijn op de balans opgenomen onder het eigen vermogen van de Zorgaanbieder.
6. Het vrije deel van het eigen vermogen wordt geacht gelijk te zijn aan het weerstandsvermogen. Het weerstandsvermogen bedraagt maximaal 10% van de netto jaaromzet. De jaarlijkse opbouw bedraagt maximaal 2% van de netto jaaromzet en wordt gevormd door de gelden die niet aan Zorg en/of O&I zijn besteed. Indien het weerstandsvermogen boven 10% uitstijgt, 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. Besteding van het weerstandsvermogen, ongeacht het percentage, geschiedt in overleg met de regionale zorginkoper.
7. In het geval de Zorgaanbieder niet meer als gecontracteerde, zelfstandige entiteit Zorg conform deze Overeenkomst levert (bijvoorbeeld door fusie, overname of liquidatie), wordt in afstemming met de Zorgverzekeraar bepaald of en op welke wijze het opgebouwde totale (weerstands)vermogen besteed kan worden dan wel terugvloeit naar de zorgverzekeraars.

Artikel 8. 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 uitvoeren ten aanzien van de uitvoering van de 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 de 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, ten aanzien van de Formele en Materiele controle, hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering 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 en artikel 5 van de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen WMG 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 adviseur 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. 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.

12. 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 9. 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 adequate beroeps- en bedrijfsaansprakelijkheidsverzekering is gesloten voor de door of vanwege de Zorgaanbieder ingeschakelde (rechts)personen die in het kader van de Overeenkomst Zorg verlenen maar niet onder de dekking van eerstgenoemde verzekering vallen. De Zorgaanbieder geeft op eerste verzoek aan de Zorgverzekeraar een kopie van het polisblad en de voorwaarden van de in dit kader relevante verzekeringen.
3. 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 de 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.
4. 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 10 Voorkomen dubbeldeclaraties

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

1. De Zorgverzekeraar wil dubbeldeclaraties voorkomen met betrekking tot de in deze Overeenkomst vastgelegde Zorg. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het voorkomen van dubbeldeclaraties en legt hierover afspraken vast in de overeenkomsten met Onderaannemers. Indien Onderaannemers zorgprogrammagerelateerde consulten en verrichtingen rechtstreeks bij de Zorgverzekeraar declareren, worden deze kosten door de Zorgverzekeraar bij de Zorgaanbieder terug gevorderd dan wel verrekend. Ook indien zorgverleners die geen Onderaannemer zijn zorgprogrammagerelateerde consulten en verrichtingen rechtstreeks bij de Zorgverzekeraar declareren, worden deze kosten door de Zorgverzekeraar bij de Zorgaanbieder terug gevorderd dan wel verrekend.
2. De Zorgaanbieder controleert op adequate wijze de juistheid van de door de Zorgaanbieder ingediende declaraties.

3. In het geval de Zorgverzekeraar dubbeldeclaraties bij de Zorgaanbieder terug vordert, onderbouwt de Zorgverzekeraar dit met een overzicht hiervan.
4. De Zorgaanbieder draagt zorg voor adequate registratie van de contactmomenten tussen de Onderaannemer en Geïnccludeerde patiënt, die zorginhoudelijk verband houden met Zorg die via de (keten)zorgprestatie is ingekocht. De Zorgaanbieder levert de registratie van de contactmomenten desgevraagd aan de Zorgverzekeraar zodat deze kan controleren op dubbeldeclaraties.
5. 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.
6. 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.
7. 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.

Artikel 11. Honorering, declaratie en betaling

Het is voor zorgverzekeraars verplicht de Uniforme declaratieparagraaf te gebruiken. Deze is als bijlage 1 toegevoegd, maakt integraal onderdeel uit van deze Overeenkomst en bevat de landelijke uniforme bepalingen en de zorgverzekeraarspecifieke bepalingen.

Artikel 12. 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, artikel 7.10 Rzv en artikel 5 van de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen Wmg 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 13. 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 in 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 Wtza: indien de toelatingsvergunning van de Zorgaanbieder op grond van de Wtza is ingetrokken of 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 Overeenkomst 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, als 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, Fraude, 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 wijzigingen in wet- of regelgeving 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. Tussenkomen 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 verantwoording, aansprakelijkheid en geheimhouding.

Artikel 14. 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 Den Haag.

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

4. Op deze Overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

Artikel 15. UBO (Ultimate Beneficial Owner)

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

1. De Zorgaanbieder heeft geen UBO die vermeld staat op een sanctielijst zoals bedoeld in lid 2 van dit artikel.
2. Onverminderd hetgeen bepaald is in lid 1 mag de Zorgverzekeraar op grond van de Sanctiewet- en regelgeving (waaronder de Sanctiewet 1977) nooit betalingen verrichten aan een Zorgaanbieder waarvan de UBO (uiteindelijk belanghebbende) is vermeld op een sanctielijst behorend bij de Sanctiewet- en regelgeving. Om dit te kunnen controleren maakt Zorgverzekeraar onder andere gebruik van het landelijk UBO-register en Vektis. De Zorgaanbieder draagt daartoe – indien voor hem een registratieplicht geldt – zorg voor een juiste UBO-registratie in het landelijk UBO-register en Vektis. Mocht de Zorgverzekeraar niet zelfstandig, onder andere door gebruikmaking van het UBO-

register en Vektis, kunnen vaststellen wie de UBO van de Zorgaanbieder is, dan verstrekt Zorgaanbieder op eerste verzoek van Zorgverzekeraar deze informatie aan de Zorgverzekeraar.

3. De Zorgverzekeraar verricht nooit betalingen aan de Zorgaanbieder indien blijkt dat de UBO van Zorgaanbieder is vermeld op een sanctielijst behorend bij de Sanctiewet- en regelgeving.
4. Indien Zorgverzekeraar de UBO van de Zorgaanbieder niet kan achterhalen en Zorgaanbieder na het eerste verzoek van de Zorgverzekeraar geen informatie verstrekt over de UBO (zoals bedoeld in lid 2), dan heeft Zorgverzekeraar de mogelijkheid om betalingen aan Zorgaanbieder op te schorten totdat Zorgverzekeraar meer duidelijkheid over de UBO van de Zorgaanbieder heeft verkregen.

Artikel 16. Slotbepalingen

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

1. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om een Overeenkomst die is voorzien van wijzigingen 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 en/of woordmerk 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 en/of woordmerk is te vinden op de website van de Zorgverzekeraar;
 - b. indien (het logo en/of woordmerk 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;
 - c. indien de Zorgaanbieder het beeldmerk en/of woordmerk van de Zorgverzekeraar in strijd met hetgeen bepaald onder a) en/of b) gebruikt, staakt de Zorgaanbieder dit gebruik op eerste verzoek van de Zorgverzekeraar. De Zorgverzekeraar kan, eventueel na sommatie, passende (rechts)maatregelen treffen als het gebruik niet wordt gestaakt.
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.

Deze declaratieparagraaf beschrijft hieronder de volgende onderwerpen:

- **Artikel 1 Algemeen**
- **Artikel 2 Controle verzekeringsrecht**
- **Artikel 3 Declareren**
- **Artikel 4 Declareren via derden** (voor zover van toepassing)
- **Artikel 5 Herdeclaraties en correcties**
- **Artikel 6 Betaling**
- **Artikel 7 Retourinformatie**
- **Artikel 8 Beheer en onderhoud gegevens in AGB en UZOVI**

Artikel 1. Algemeen

1. Wetgeving, regelgeving (beleidsregels en andere regels), landelijke richtlijnen en overige bilateraal overeengekomen afspraken zijn altijd leidend.
2. De declaratieparagraaf geldt voor:
 - a. het declaratieproces en onderwerpen die daarmee samenhangen, en
 - b. declaraties betrekking hebbende op Zorg, zoals omschreven in de Overeenkomst en zoals is verleend aan de Verzekerden van de Zorgverzekeraar.
3. Deze declaratieparagraaf is niet van toepassing op afspraken onder de beleidsregel innovatie, tenzij specifiek afgesproken bij die afspraken onder de beleidsregel innovatie.
4. De declaratieparagraaf is een bijlage bij de individuele zorgovereenkomst tussen de Zorgverzekeraar en de Zorgaanbieder en vormt hiermee één geheel.
5. Het is uitsluitend toegestaan te declareren bij de Zorgverzekeraar dan wel de Verzekerde namens Zorgaanbieder die in de Overeenkomst genoemd wordt.

Artikel 2. Controle verzekeringsrecht en BSN

1. De Zorgverzekeraar stelt elke werkdag geactualiseerde gegevens van zijn Verzekerden beschikbaar voor controle op verzekeringsrecht (COV) via VECOZO.
2. De Zorgaanbieder stelt vast dat de patiënt dezelfde persoon is als uit diens legitimatiebewijs blijkt.
3. De Zorgaanbieder controleert het verzekeringsrecht van de patiënt via COV vóór:
 - a. aanvang aanschrijven c.q. behandeling en voor;
 - b. inzending declaratie.Uitzondering hierop geldt bij een acute situatie. In voorkomende gevallen dient dit door de Zorgaanbieder aangetoond te worden.
Een geverifieerd verzekeringsrecht van de patiënt door de Zorgaanbieder geeft geen betaalgarantie van een declaratie.
4. Een COV-bericht via VECOZO dient in overeenstemming te zijn met de meest recente vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is.
5. Door de beschikbaarheid van COV is het slechts mogelijk om in uitzonderlijke situaties gegevens over verzekeringsrecht of Burgerservicenummer (BSN) van een patiënt telefonisch bij de Zorgverzekeraar op te vragen, een en ander overeenkomstig vigerende privacywetgeving.
6. Bij twijfel over de identiteit van de patiënt of wanneer er gerichte aanwijzingen zijn voor Fraude, wordt door de Zorgaanbieder een melding gedaan bij de afdeling fraude van de Zorgverzekeraar.

Artikel 3. Declareren

1. Een declaratie dient in overeenstemming te zijn met de vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen Zorg.

2. De Zorgaanbieder declareert de in het kader van de op grond van deze Overeenkomst verleende Zorg zonder tussenkomst van de Verzekerde bij de Zorgverzekeraar met uitzondering van de prestaties die zijn opgenomen in bijlage A.1 Uitgezonderde prestaties.
3. Declaraties worden door de Zorgaanbieder via VECOZO digitaal aangeleverd bij de Zorgverzekeraar.
4. De Zorgaanbieder hanteert bij declaratie de UZOVI-code(s) zoals die zijn opgenomen in bijlage A.2 UZOVI-code(s).
5. De Zorgaanbieder levert **per kwartaal voor de tarieven die per kwartaal zijn overeengekomen en per maand of eenmalig voor de tarieven die voor een andere tijdperiode zijn overeengekomen** de initiële declaraties in leesbare en onbeschadigde staat aan. Indien het declaratiebestand niet leesbaar of beschadigd is, wordt het declaratiebestand afgewezen en is de Zorgaanbieder gehouden zo snel mogelijk een nieuw declaratiebestand aan te leveren.
6. Alleen declaraties die (deels) zijn afgewezen omdat die niet onder de dekking van de verzekering van de Verzekerde vallen, kunnen door de Zorgaanbieder aan de Verzekerde worden voorgelegd. In dat geval voegt de Zorgaanbieder duidelijk op of bij de nota een tekst met onderstaande strekking toe: **“Deze nota is door [NAAM Zorgaanbieder] rechtstreeks ingediend bij uw Zorgverzekeraar. Voor zover u recht heeft op een vergoeding van – het deel – verzekerde Zorg is dat door uw Zorgverzekeraar al aan [NAAM Zorgaanbieder] betaald. Het resterende niet voor vergoeding in aanmerking komende bedrag à € [BEDRAG te voldoen] dient u zelf aan [NAAM Zorgaanbieder] te betalen. Stuur u deze nota dus niet door aan uw zorgverzekeraar”**.
Alle Zorg die, op basis van de informatie waarover de Zorgaanbieder redelijkerwijs kan beschikken, niet onder de dekking van de verzekering van de Verzekerde valt, kan door de Zorgaanbieder ten laste aan de Verzekerde worden voorgelegd. Dit geldt eveneens voor (deels) afgewezen declaraties. De Zorgaanbieder informeert de patiënt/Verzekerde voorafgaand aan de behandeling -voor zover hij redelijkerwijs over de informatie beschikt- indien een behandeling niet, of niet volledig, voor vergoeding in aanmerking komt op grond van de verzekering. Het voorgaande laat onverlet dat de Zorgaanbieder in ieder geval de patiënt/Verzekerde zal informeren omtrent de vergoeding voor wat betreft de zorgverzekering.
7. Alleen indien er expliciete afspraken zijn gemaakt tussen Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar kan er in uitzonderlijke gevallen een papieren declaratiebericht verstuurd worden. Een papieren declaratiebericht (ook een nota aan de Verzekerde) bevat tenminste een aantal gegevenselementen. Deze moeten voldoen aan de Nadere Regels die de NZa aan de informatieverplichting bij factureren stelt.
8. De Zorgaanbieder declareert ten opzichte van de einddatum van de prestatie **honderd procent binnen twaalf maanden** bij de Zorgverzekeraar.
9. Indien door overmacht de termijn, zoals bedoeld in dit artikel, niet gehaald wordt neemt de Zorgaanbieder contact op met de Zorgverzekeraar met de intentie om alsnog de betreffende declaratie(s) zowel administratief als financieel juist af te handelen. De partij die zich op overmacht beroept moet dat aantonen.
10. De afhandeling van declaratieregels wordt door de Zorgverzekeraar uitgevoerd volgens het principe dat de Zorgverzekeraar foutief aangeleverde regels niet corrigeert en daarom niet verwerkt en/of (gedeeltelijk) uitbetaalt. Bij regelmatige foutieve aanlevering, dan wel hoge uitvalpercentages, neemt de Zorgverzekeraar contact op met de Zorgaanbieder.
11. Indien de Zorgaanbieder een machtiging heeft aangevraagd en verkregen via het zogenoemde machtigingenportaal van VECOZO, vult de Zorgaanbieder bij het declareren het door de Zorgverzekeraar afgegeven machtigingsnummer (en dus niet het VECOZO machtiging-ID) in.

Toevoeging Zorgverzekeraar

12. De Zorgaanbieder toetst welke Verzekerden bij de Onderaannemers in Zorg zijn op de eerste dag van ieder kalenderkwartaal. Is de Verzekerde op deze peildatum in Zorg, dan volgt in het desbetreffende kwartaal 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 vanaf het volgende kwartaal weer gedeclareerd worden.
13. De declaraties van de overeengekomen Zorgprestaties worden door de Zorgaanbieder gedeclareerd in het kwartaal waarop de declaratie betrekking heeft. De Zorgaanbieder dient deze declaratie van de overeengekomen Zorgprestaties als verzamelnota in, met als prestatiedatum de eerste dag van het

desbetreffende kwartaal.

14. De Zorgaanbieder verleent de Zorg zonder enige betaling voor de Zorg door de Verzekerde, tenzij anders 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.
15. De Zorgaanbieder vergewist zich ervan dat geen zorg bij de Zorgverzekeraar gedeclareerd wordt als bedoeld in artikel 3.1.1. Wlz.
16. Elke declaratie beschikt over een uniek factuurnummer. Dit houdt in dat elk factuurnummer bij de Zorgaanbieder maar één keer mag voorkomen.

Artikel 4. Declareren via derden (voor zover van toepassing)

1. Alle bepalingen uit deze declaratieparagraaf zijn onverminderd van toepassing op declaraties via derden. Met derden wordt bedoeld partijen die zich met een AGB-code in het veld als servicebureau identificeren in het voorlooprecord van het declaratiebericht.
2. De Zorgaanbieder is vrij de gehele declaratieprocedure aan een derde partij uit te besteden (ongeacht de wijze waarop). De Zorgaanbieder is er verantwoordelijk voor dat de Zorgverzekeraar formeel en schriftelijk wordt geïnformeerd dat:
 - a. de declaratiewerkzaamheden zijn uitbesteed aan een derde en welke derde;
 - b. en hiermee samenhangend aan wie in het vervolg betaald moet worden.Dit dient tenminste 14 kalenderdagen voorafgaand aan de eerste verzending van de declaratie bij de Zorgverzekeraar bekend te zijn gemaakt.
3. Beëindiging of wijziging van de hiervoor genoemde uitbesteding dient door de Zorgaanbieder zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen de gestelde betaaltermijn, schriftelijk bij de Zorgverzekeraar bekend gemaakt te zijn.
4. De Zorgaanbieder is er tevens verantwoordelijk voor dat de derde gemachtigde de bepalingen uit deze declaratieparagraaf onverkort naleeft. Indien dit onverhoopt niet gebeurt, dan kan de Zorgverzekeraar hier niet aansprakelijk voor worden gesteld.
5. Indien de Zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteedt aan een derde, blijft de Zorgaanbieder te allen tijde zelf volledig verantwoordelijk en aansprakelijk voor naleving van verplichtingen die uit de Overeenkomst voortvloeien, ongeacht wat tussen de Zorgaanbieder en de derde partij is overeengekomen. De Zorgaanbieder vrijwaart de Zorgverzekeraar voor het niet of niet juist naleven door een gemachtigde van de bepalingen uit deze declaratieparagraaf.
6. Betaling door de Zorgverzekeraar aan een derde op schriftelijk verzoek en/of met schriftelijke instemming van de Zorgaanbieder, geldt als een bevrijdende betaling aan de Zorgaanbieder.

Artikel 5. Herdeclaraties en correcties

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat herdeclaraties/correcties, ten gevolge van eerdere afwijzingen, **conform lid 6** na beschikbaarstelling van de retourinformatie op VECOZO opnieuw worden gedeclareerd.
2. Correcties op declaraties die eerder zijn aangeboden aan en zijn betaald door de Zorgverzekeraar, worden door de Zorgaanbieder door middel van crediteringen via de externe integratie standaard aangeboden.
3. De Zorgverzekeraar is gerechtigd om een uitbetaalde declaratie bij de Zorgaanbieder terug te vorderen indien er sprake is van:
 - ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties;
 - incorrecte tarieven;
 - Fraude;
 - dubbel uitbetaalde declaraties.
4. De Zorgverzekeraar stelt de Zorgaanbieder of de derde partij op de hoogte van de door hem geconstateerde ten onrechte of foutief uitbetaalde declaratie(s) ten gevolge van achterafcontroles en de wijze waarop zij de terugvordering voornemens is uit te voeren. Indien de Zorgaanbieder de terugvordering betwist, heeft hij **achtentwintig** kalenderdagen de tijd om de declaratie te motiveren

alvorens de Zorgverzekeraar de terugvordering ten uitvoer zal brengen. Indien de (eventueel gedeeltelijke) onrechtmatigheid van de terugvordering is aangetoond, vervalt de vordering (gedeeltelijk).

5. De Zorgaanbieder stelt de Zorgverzekeraar op de hoogte van het intrekken van een factuur met betrekking tot een restitutenota.

Toevoeging Zorgverzekeraar

6. In afwijking van lid 1 geldt het volgende: De Zorgaanbieder herdeclareert/corrigeert ten gevolge van eerdere afwijzingen ten opzichte van de datum van de prestatie binnen twaalf maanden bij de Zorgverzekeraar.

Artikel 6. Betaling

1. De Zorgaanbieder informeert de patiënt/Verzekerde voor aanvang behandeling indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat de Verzekerde, op basis van de informatie waarover de Zorgaanbieder redelijkerwijs kan beschikken, mogelijk geen recht op vergoeding heeft op grond van zijn verzekering. Het voorgaande laat onverlet dat de Zorgaanbieder in ieder geval de patiënt/Verzekerde zal informeren omtrent de vergoeding voor wat betreft de zorgverzekering.
2. Indien een zorgovereenkomst is gesloten, vindt uitsluitend betaling van Zorg plaats tegen de in de zorgovereenkomst overeengekomen en/of de wettelijke tarieven waarvoor de Verzekerde bij de Zorgverzekeraar is verzekerd.
3. De Zorgverzekeraar betaalt de goedgekeurde regels van de ingediende declaratie aan de Zorgaanbieder op het door de Zorgaanbieder vooraf aangegeven IBAN. Voor zover de Zorgverzekeraar betalingen verricht, geldt, indien en voor zover van toepassing, dat deze altijd zijn gedaan inclusief btw.
4. Bij digitale declaraties hanteert de Zorgverzekeraar voor de betaalbaarstelling ten opzichte van de datum ontvangst factuur een betaaltermijn van **vijfentwintig** kalenderdagen mits de declaraties zijn ontvangen binnen de overeengekomen declaratietermijn.
5. Declaraties die meer dan **twaalf maanden** na behandeldatum/behandeltraject worden ingediend, komen niet meer voor vergoeding in aanmerking.
6. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat de Verzekerde een eigen risico heeft, zal de Zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag conform Overeenkomst uitbetalen en volledig aan de Zorgaanbieder vergoeden conform bijlage A.3 (Betaalafspraken).
7. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat er sprake is van een door de Verzekerde te betalen eigen bijdrage, dan zal de Zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag geheel/gedeeltelijk/niet aan de Zorgaanbieder vergoeden, conform bijlage A.3 (Betaalafspraken).
8. Indien blijkt dat patiënt/Verzekerde met terugwerkende kracht wordt uitgeschreven als gevolg van gereede twijfel omdat deze niet als Verzekerde ingevolge de Zorgverzekeringswet kan worden aangemerkt, waardoor deze derhalve geen rechten kan ontlenen aan de zorgverzekering, dan kan de Zorgverzekeraar de betaling terugvorderen omdat deze onverschuldigd is gedaan.
9. Indien de Zorgverzekeraar bij een door de Zorgaanbieder correct ingediende declaratie niet binnen de overeengekomen betaaltermijnen kan vergoeden, dan gaat de Zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk over tot een voorlopige betaling in de vorm van een voorschot ter hoogte van **honderd procent** van het gedeclareerde bedrag.
10. Als achteraf blijkt dat de Zorgverzekeraar met het voorschot teveel heeft betaald, verreken de Zorgverzekeraar het teveel betaalde met de volgende betaling(en). De Zorgverzekeraar verstrekt in dit geval, binnen de overeengekomen betaaltermijn, een duidelijke verreken- of betaalspecificatie.
11. Indien de terugbetaling van het voorschot conform hetgeen geldt overeenkomstig het onderhavige artikel niet binnen dertig kalenderdagen plaatsvindt, is de Zorgverzekeraar gerechtigd al zijn vorderingen op de Zorgaanbieder te verrekenen met al hetgeen de Zorgverzekeraar aan de Zorgaanbieder dient te betalen ter hoogte van het bedrag dat als voorschot is betaald.
12. Bij surseance van betaling en/of een – naderend – faillissement worden uitstaande voorschotten aan de Zorgaanbieder direct verrekend met nog openstaande ingediende en/of in te dienen declaraties.

Toevoeging Zorgverzekeraar

13. Zorg verleend buiten de kaders van de onderhavige Overeenkomst en/of verzekeringspolissen van de Verzekerde komt niet voor vergoeding door de Zorgverzekeraar in aanmerking.

14. 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.
15. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor ten onrechte uitbetaalde declaraties en overige opeisbare vorderingen terug te vorderen of te verrekenen met nieuwe 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.
16. Alle niet gemaakte Zorgkosten en O&I-kosten, die door de Zorgverzekeraar aan de Zorgaanbieder betaald zijn, worden door de Zorgverzekeraar teruggevorderd. 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.
17. Tijdens het jaarlijkse evaluatiegesprek wordt de verantwoording als bedoeld in artikel 6 Informatievoorziening en gegevensbeheer lid 12 van Deel II besproken. Indien uit de financiële verantwoording blijkt dat er sprake is van niet bestede Zorgkosten en/of O&I-kosten en/of indien toepasselijk Segment 3 prestaties, wordt de hoogte van terugvordering met de Zorgverzekeraar bepaald. Indien niet uiterlijk 30 september van het jaar waarin het evaluatiegesprek plaatsvindt overeenstemming is over de terugvordering van niet bestede Zorgkosten en/of O&I-kosten en/of indien toepasselijk Segment 3 prestaties, is de berekening van de Zorgverzekeraar leidend. Over de wijze van terugvorderen ontvangt de Zorgaanbieder dan nog bericht van de Zorgverzekeraar.
18. 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 7. Retourinformatie

1. Ieder retourbericht dient in overeenstemming te zijn met de vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen zorg.
2. Indien een declaratie niet voldoet aan de specificaties van de externe integratie standaard, informeert de Zorgverzekeraar (door middel van de retourinformatie via VECOZO) de Zorgaanbieder hier zo spoedig mogelijk over.
3. De Zorgverzekeraar stelt conform de eisen van de externe integratie standaard de retourinformatie beschikbaar volgens dezelfde versie van de standaard als waarmee het declaratiebericht is verzonden.
4. De Zorgverzekeraar stelt de retourinformatie met betrekking tot via VECOZO ingediende declaraties binnen de overeengekomen betaaltermijn, uiterlijk binnen **vijfentwintig** kalenderdagen, beschikbaar via VECOZO. Tenzij sprake is van een voorlopige betaling in de vorm van een voorschot.

Artikel 8. Beheer en onderhoud gegevens in AGB en UZOVI

1. Het AGB-register van Vektis baseert zich mede op authentieke bronnen. Om problemen met of bij het declareren te voorkomen, is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor het actueel houden van de door en over hem geregistreeerde gegevens in AGB.
2. De Zorgaanbieder dient ervoor zorg te dragen dat de gegevens van de bij hem werkzame zorgverleners die voldoen aan de AGB eisen, actueel in AGB vastgelegd zijn. Daarbij in acht nemen dat bij een onderneming/vestiging altijd een bevoegde zorgverlener gekoppeld moet zijn en een zorgverlener ook altijd gekoppeld moet zijn aan een onderneming/vestiging. Ingeval er sprake is van beëindiging van het beroep of bij het aangaan van een nieuwe relatie met een onderneming/vestiging dient dit zo spoedig mogelijk te worden gemeld bij AGB.

3. De Zorgaanbieder dient mutaties van AGB-gegevens zo snel mogelijk door te geven aan AGB (zie hiervoor www.AGBCODE.nl) of te wijzigen via www.vecozo.nl (indien men beschikt over een VECOZO certificaat).
4. De Zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het actueel houden van zijn gegevens behorende bij UZOVI-nummers en zijn raadpleegbaar via UZOVI-register van Vektis.
5. Indien de Zorgverzekeraar wijzigingen in zijn gegevens behorende bij UZOVI-nummers doorvoeren die consequenties hebben voor de Zorgaanbieder, stelt hij de Zorgaanbieder hiervan tijdig én schriftelijk op de hoogte.

Toevoeging Zorgverzekeraar

6. In aanvulling op lid 2 geldt dat de gegevens worden gepresenteerd in Zorgvinder op de websites van de Zorgverzekeraar.

Bijlage A: Specifieke afspraken

A.1: Uitgezonderde prestaties

Onderstaande prestaties dienen niet rechtstreeks bij de Zorgverzekeraar te worden gedeclareerd:

Prestatiecode/Declaratiecode	Omschrijving/toelichting
n.v.t.	n.v.t.

A.2: UZOVI-code

Overzicht code UZOVI die gehanteerd moeten worden in de declaraties.

UZOVI-code	UZOVI-naam
9664	Centrale Verwerkingseenheid CZ: CZ, Nationale-Nederlanden en OHRA

A.3: Betaalafspraken

Betaalafspraken gelden per code UZOVI, voor alle prestaties en/of op prestatieniveau. Mogelijke betaalafspraken zijn (combinaties zijn mogelijk):

Soorten eigen betalingen	Overname incassoprocedure	Overname Incassorisico	Aanvullend Clausules
Eigen risico	Ja	Ja	Nee
Eigen bijdrage (co-payment)	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
Boven maximale vergoeding (co-insurance)	Ja	Ja	Nee
Onverzekerde zorg	Nee	Nee	Nee

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 6, lid 6, 7, 13 en 14)
2. Financiële verantwoording conform door de Zorgverzekeraar opgemaakt format
(volgens deel II, artikel 6, lid 12)
3. Inhoudelijk jaarverslag
(volgens deel II, artikel 6, lid 15)
4. Zorgaanbieder specifieke rapportage (inclusief trendrapportage) uit de landelijke benchmark 'Transparante Ketenzorg' van InEen
(volgens deel II, artikel 6, lid 10)

- [Zorginkoopbeleid Huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg en O&I 2024](#)
- [Uitwerking Zorginkoopbeleid Multidisciplinaire zorg en O&I 2024-2025](#)
- Voor contactinformatie, formats, beleid, declareren en terugbetalen:
[Informatie voor zorgaanbieders van multidisciplinaire zorg](#)



Zorg die verder gaat