

II

Overeenkomst Multidisciplinaire Zorg





delta lloyd

OHRA Direct geregeld



Overeenkomst Multidisciplinaire zorg 2017 - 2018

DEEL I: Individueel deel zorgovereenkomst

Overeenkomstnummer 1.53.100

De ondergetekenden:

A De zorgverzekeraar:

naam

OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA,
statutair gevestigd te Tilburg en tevens kantoorhoudende te Goes en
Sittard;
Delta Lloyd Zorgverzekering N.V., statutair gevestigd te Tilburg;
OHRA Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Tilburg;
OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Tilburg.

en

B De zorgaanbieder:

Naam instelling/bedrijf

Meditta Zorg B.V. (ketenzorg & Innovatie)

Vestigingadres(sen)

Milaanstraat 100

Postcode / plaats

6135 LH SITTARD

Correspondentieadres

Milaanstraat 100

Postcode / plaats

6135 LH SITTARD

E-mail- / internetadres

AGB-instellingscode

53.530099

Inschrijfnummer

14125840

Handelsregister van

Koophandel

Naam en functie

tekeningsbevoegde

J.H.G. Cober

- C Komen overeen, ter zake van de verlening van één of meerdere multidisciplinaire zorgprogramma's aan verzekerden van de zorgverzekeraar die lijden aan de chronische aandoening(en) diabetes mellitus type 2, COPD, astma en/of VRM (zie addenda) dat de contractuele relatie tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder wordt beheerst door:

Deel I Individueel deel, inclusief:

Addendum DM 2

Addendum COPD

Addendum Astma

Addendum VRM

Deel II Landelijke algemene bepalingen

Deel III CZ-specifieke bepalingen

Deel IV Zorggroepspecifieke bepalingen (indien van toepassing)



delta lloyd

OHRA Direct geregeld

Deze overeenkomst valt onder de meest recente NZa-beleidsregel 'Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg'.

De zorgverzekeraar zal - onverlet de overige bepalingen in deze overeenkomst - de zorgaanbieder honoreren in 2017-2018 conform in de addenda overeengekomen tarieven per zorgprogramma.

De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de in opdracht of in loondienst van de zorgaanbieder werkzame onderaannemers kennis nemen van deze overeenkomst en komt met hen overeen dat de bepalingen uit deze overeenkomst ten aanzien van hun werkzaamheden onverkort van toepassing zijn.

De zorgaanbieder dient een verantwoordingsdocument aan te leveren.

Wat:	Periode:	Uiterste aanleverdatum:
Verantwoordingsdocument:		
Bestuursverklaring	1 januari 2017 t/m 31 december 2017	1 mei 2018
Financiële verantwoording	1 januari 2018 t/m 31 december 2018	1 mei 2019
Accountantsverklaring		
Jaarrekening		
Rapportage benchmark InEen		

D De ondertekende overeenkomst Multidisciplinaire zorg 2017 - 2018 is van kracht vanaf 1 januari 2017 en is aangegaan voor een bepaalde termijn, te weten tot en met 31 december 2018. Deze overeenkomst eindigt eerder met inachtneming van de in deel II en III opgenomen bepalingen omtrent beëindiging van de overeenkomst.

E Het landelijke document voor volgafspraken (schriftelijke samenvatting) is vervallen. De zorgverzekeraar wil voor u een digitale samenvatting van deze overeenkomst naar alle verre zorgverzekeraars versturen. Wij vragen u om hiervoor toestemming te geven. Graag hieronder aankruisen wat van toepassing is:

Ja*, de zorgaanbieder geeft toestemming aan de zorgverzekeraar om een digitale samenvatting te versturen naar alle verre zorgverzekeraars. Als de overeenkomst na ondertekening wijzigt, stuurt de zorgverzekeraar ook een gewijzigde samenvatting naar alle verre zorgverzekeraars.

Nee*, de zorgaanbieder geeft geen toestemming aan de zorgverzekeraar om een digitale samenvatting te versturen naar alle verre zorgverzekeraars.

*De prestatie- en tariefafspraken uit deze overeenkomst gelden tussen de zorgaanbieder en de verre zorgverzekeraar voor zover geaccordeerd door de verre zorgverzekeraar. De verre zorgverzekeraar hanteert daarbij de eigen administratieve bepalingen en procedures. Indien de zorgaanbieder van meerdere preferente zorgverzekeraars een overeenkomst aangeboden krijgt, kan slechts van een preferente zorgverzekeraar een volgzorgzoek ingediend worden bij verre verzekeraars.



delta lloyd

OHRA Direct
geregeld

- F Partijen verklaren hierbij een exemplaar te hebben ontvangen van de onder C genoemde onderdelen en ermee in te stemmen dat deze overeenkomst en addenda/bijlagen de contractuele verhouding tussen partijen beheerst.

Opgemaakt in tweevoud te Tilburg, 25 januari 2017

De Zorgverzekeraar,

drs. K.C. Heldoorn
manager Huisartsenzorg,
Versterking 1e lijn en Ketenzorg
ondertekend op: 25 januari 2017
ondertekend te: Tilburg

De zorgaanbieder,

ondertekend op: 20.02.2017.....(datum)
ondertekend te: Sittard.....(plaats)
AGB-code : 53.530099
Overeenkomstnummer : 1.53.100

Deel II: Algemene bepalingen

Artikel 1. Definities

Detailcontrole:

onderzoek door de zorgverzekeraar naar bij de zorggroep 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 een zorggroep 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 zorggroep 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 zorggroep is overeengekomen.

Fraudeonderzoek¹:

een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de verzekerde of de zorggroep 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 zorggroep 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 zorggroep in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.

Medische dienst:

de medisch adviseur, (de (tand)arts, fysiotherapeut, verloskundige, verpleegkundige, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut of apotheker) die de zorgverzekeraar adviseert over 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 medisch adviseur voor specifieke doeleinden betrokken bij de verwerking van persoonsgegevens.

Onderaannemer:

natuurlijk persoon, rechtspersoon of maatschap die een overeenkomst met een zorggroep is aangegaan ten behoeve van de verlening van een onderdeel van de multidisciplinaire zorg.

Partijen:

de partijen die deze overeenkomst zijn aangegaan.

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.

Professionele standaard:

richtlijnen, modules, normen, zorgstandaarden, zoals in ieder 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 cliënt 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 die op naam van een bij de zorgaanbieder aangesloten en door de zorgverzekeraar gecontracteerde huisarts is ingeschreven, en recht heeft op de omschreven zorg in natura dan wel op gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten van de omschreven zorg; waarbij de diagnose conform geldende zorgstandaard(en) is gesteld en aan wie zorg wordt verleend binnen het desbetreffende zorgprogramma.

Zorg:

zorgverlening waarbij zorggroepen met diverse disciplines in samenwerking met de patiënt in onderlinge samenhang geïntegreerde eerstelijnszorg verlenen, waarvan huisartsenzorg een onderdeel is.

Zorgaanbieder²:

rechtspersoon of maatschap die een overeenkomst met een zorgverzekeraar is aangegaan om multidisciplinaire zorg aan verzekerden van de betreffende zorgverzekeraar te leveren.

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

Zorgprestatie:

multidisciplinaire, geïntegreerde (eerstelijns)zorg zoals omschreven in de geldende beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit inclusief overige prestaties die volgens de NZa-beleidsregels kunnen worden overeengekomen tussen zorgverzekeraar en zorggroep.

Zorgverzekeraar:

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

² In de overeenkomst wordt gesproken over het 'verlenen' en het 'leveren' van zorg. Het *verlenen* van zorg houdt in dat een zorgaanbieder een cliënt daadwerkelijk behandelt/verzorgt. De onderaannemers van zorggroepen, zoals huisartsen, zijn de zorgaanbieders die zorg verlenen. Zorggroepen *leveren* zorg aan de verzekerden van de zorgverzekeraars waarmee zij een overeenkomst hebben gesloten. Dit houdt in dat zij ervoor zorgen dat de MDZ (het pakket aan zorg) door de onderaannemers wordt verleend. Dit brengt mee dat de zorggroepen de zorgverlening door de onderaannemers onder andere moeten organiseren en coördineren. Het leveren van zorg brengt *niet* mee dat degene die zorg levert ook zorg verleent. Dit is bij MDZ vrijwel nooit het geval.

Artikel 2. 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 Keten Zorgprogramma's geïnccludeerd.
3. De Zorgaanbieder levert de Zorgprestaties enkel aan patiënten die staan ingeschreven op naam (ION) van een huisarts die Onderaannemer is van de Zorgaanbieder.
4. Voor zover van toepassing omvatten de gecontracteerde Zorgprestaties de zorgonderdelen zoals beschreven binnen de kaders van de meest recente zorgstandaarden.
5. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat hij voldoende Onderaannemers contracteert zodat hij alle zorgonderdelen van de gecontracteerde Zorgprestaties tijdig kan leveren aan zijn patiënten en in hun nabijheid.
6. De Zorgaanbieder kan de levering van een Zorgprestatie aan een patiënt weigeren of de aangevragen levering van een Zorgprestatie beëindigen indien er gewichtige redenen bestaan op grond waarvan (voortgezette) levering van een Zorgprestatie redelijkerwijs niet van hem kan worden verlangd.
7. De Zorgaanbieder levert Zorgprestaties in overeenstemming met de relevante geldende wet- en regelgeving, waaronder in ieder geval begrepen de Wbp, de Wgbo, de Wkkgz, Wet big en Wmg.
8. De Zorgaanbieder verbindt de door hem ingeschakelde Onderaannemers contractueel om de zorgonderdelen waarvoor zij zijn gecontracteerd uit te voeren met inachtneming van het bepaalde in deze algemene bepalingen. De Zorgaanbieder treedt niet in de verantwoordelijkheid van de Onderaannemer die voortvloeit uit de voor hem geldende Professionele standaard.
9. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de Onderaannemers 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.
10. De Zorgaanbieder neemt in het contract met zijn Onderaannemers in ieder geval op dat zij de Zorg die zij als onderdeel van de Zorgprestaties in gevolge onderhavige overeenkomst verlenen niet buiten de Zorgaanbieder om bij de Zorgverzekeraar of de patiënt in rekening mogen brengen.
11. Voor zover van toepassing draagt de Zorgaanbieder er zorg voor dat de Onderaannemers BIG-geregistreerd zijn en/of geregistreerd staan in het voor de betreffende beroepsgroep geldende kwaliteitsregister.

Artikel 3. Kwaliteit van de zorg

1. 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.
2. De Zorgaanbieder stelt een kwaliteitsbeleid inclusief kwaliteitscyclus op.
3. Jaarlijks stuurt de Zorgaanbieder het kwaliteitsjaarverslag toe waarin onder andere het resultaat van de Zorgaanbieder in de meest recente benchmark, zoals bedoeld in artikel 4 van dit deel van de overeenkomst, en de voortgang op de verbeterpunten zijn opgenomen

Artikel 4. Verbeterafspraken, informatie, rapportage en verantwoording

1. 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 (Zorg)kosten.
2. 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.
3. 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.
4. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat zijn patiënten mondeling en/of schriftelijk worden geïnformeerd over de werkwijze en de klachtenregeling van de Zorgaanbieder.
5. De Zorgverzekeraar informeert zijn Verzekerden conform de geldende NZa-regels over de Zorgprestaties die voor vergoeding in aanmerking komen en de wijzigingen hierin.
6. 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.
7. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de patiëntenregistratie in ieder geval vijf jaar na afloop van hetdesbetreffende kalenderjaar overeenkomstig vigerende wetgeving wordt bewaard. De patiëntenregistratie blijft ook nadat de bilaterale overeenkomst een einde heeft genomen voor de Zorgverzekeraar voor controledoeleinden beschikbaar.

8. 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.
9. De Zorgaanbieder neemt deel aan de landelijke benchmark chronische Zorg van InEen. De Zorgaanbieder levert de dataset prestatie-indicatoren (gevalideerd) aan bij de landelijke benchmarkinstantie.
10. De Zorgaanbieder levert specifieke rapportage (inclusief trendrapportage) uit de landelijke benchmark chronische Zorg uiterlijk op 15 mei aan bij de Zorgverzekeraar.

Artikel 5. Achterafcontrole

1. 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.
2. De Zorgverzekeraar streeft ernaar controles zo snel mogelijk uit te voeren.

Artikel 6. Fraude

1. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitvoering van Fraudeonderzoek het bepaalde bij of krachtens de Wbp, 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.

Artikel 7. Verzekering

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

Artikel 8. 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.

Artikel 9. 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.

Deel III: Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

Artikel 1. Zorg

1. De Zorgaanbieder verbindt zich de Zorg te verlenen aan de Verzekerde die als zodanig recht heeft op de Zorg en zich hiervoor tot aangesloten Onderaannemers van de Zorgaanbieder wendt 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.
2. Onverminderd de eigen verantwoordelijkheid van de door de Zorgaanbieder gecontracteerde Onderaannemers, is de Zorgaanbieder ten volle verantwoordelijk en aansprakelijk voor de te organiseren en te leveren Zorg die aan de Verzekerde door de Onderaannemer wordt 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 van de Onderaannemer het kwaliteitsniveau heeft waarvoor de Zorgaanbieder bij de Zorgverzekeraar is gecontracteerd;
 - de Zorgaanbieder de Zorg, verleend door een Onderaannemer, 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 een Onderaannemer de daadwerkelijke Zorg heeft verleend.
3. 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.
4. De door de Zorgaanbieder gecontracteerde Onderaannemers hebben met betrekking tot de beroepsinhoudelijke aspecten jegens de Zorgverzekeraar en eventuele verwijzers en voorschrijvers een eigen verantwoordelijkheid conform hetgeen bij of krachtens de (beroeps)wetgeving ten aanzien van de betrokken beroepsgroepen en de desbetreffende zorg is geregeld, alsook conform hetgeen gebruikelijk is in de kring van de vrijgevestigde beroepsgenoten. Desgewenst kunnen Zorgverzekeraar en Onderaannemers ten aanzien van voorbedoelde aspecten elkaar aanspreken.
5. De Zorgverzekeraar stelt als voorwaarde dat een huisarts zich als Onderaannemer maar bij één Zorgaanbieder kan aansluiten en dus niet per zorgprogramma bij een andere Zorgaanbieder.
6. 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.
7. De huisarts, die als Onderaannemer aangesloten is bij de Zorgaanbieder, heeft een praktijkondersteuner somatiek (POH-S) die Zorg verleent in het kader van de overeengekomen zorgprogramma's.
8. 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. De Regionale Transmurale Afspraken zijn niet ouder dan drie jaar.

9. Zodra dat landelijk mogelijk is, neemt de Zorgaanbieder deel aan de landelijke benchmarkmeting "Patient Reported Experience Measures ("PREM"), zoals gepubliceerd op website <http://www.patientervaringsmetingen.nl>.
10. 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.
11. Indien de Zorg voor de Verzekerde, zoals beschreven in deze overeenkomst, overgedragen wordt aan medisch specialistische zorg buiten het overeengekomen zorgprogramma, stopt (tijdelijk) de Zorgverlening als onderdeel van de desbetreffende DBC. De Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar zijn beiden verantwoordelijk voor het vermijden van dubbele bekostiging. DOT's en OVP's gerelateerd aan Diabetes Mellitus type 2 en/of VRM en/of COPD en/of Astma kunnen niet naast de desbetreffende DBC worden gedeclareerd. Praktisch gezien betekent dit dat de Zorgaanbieder een declaratie kan indienen voor de Verzekerde die op de peildatum van het desbetreffende kwartaal de Zorg ontvangt. In het kwartaal van verwijzing naar medisch specialistische zorg kan de Zorgaanbieder de DBC nog declareren voor de Verzekerde. Bij terugverwijzing is declaratie weer mogelijk vanaf het kwartaal na de terugverwijzing.
12. Vanaf 2018 zal de Zorgverzekeraar de laboratoriumbepalingen niet langer integraal (als onderdeel van de DBC DM2) bekostigen, omdat dit rechtsongelijkheid met zich meebrengt voor Verzekerden in verband met het eigen risico.

Artikel 2. Kwaliteit van de zorg

A. 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 richtlijnen van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst en de Wet bescherming 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 daarvoor gegeven wettelijke voorschriften.
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.

B. Patiëntbejegening

1. De Zorgaanbieder neemt in diens relatie tot de Verzekerde de algemeen aanvaarde patiëntrechten in acht en ziet er op toe dat Onderaannemers dit ook doen.
2. In de situatie dat de Verzekerde, goed geïnformeerd zijnde door de Zorgaanbieder of diens Onderaannemers over de Zorg, procedures of anderszins, er desondanks voor kiest de Zorg niet via de Zorgaanbieder te willen ontvangen, wordt de desbetreffende Verzekerde niet in zorg genomen of gehouden door de Zorgaanbieder.
3. De Zorgaanbieder dient te beschikken over een interne klachtenregeling die voldoet aan de eisen die daaraan worden gesteld in de Wkkgz

C. Opleiding/nascholing, inhoudelijke professionele kwaliteit

1. 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.
2. De Zorgaanbieder borgt een actief overleg tussen de betrokken Onderaannemers, met de huisarts als regisseur, over de status van een in Zorg zijnde Verzekerde. De verplichting tot dit overleg en de positie van de huisarts worden geborgd in de contractuele relatie tussen de Zorgaanbieder en Onderaannemers.

D. 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 Onderaannemer krachtens een uitspraak gedaan op grond van de Wet BIG onderscheidenlijk het Wetboek van Strafrecht is geschorst in de uitoefening van zijn bevoegdheid, dan wel hem de uitoefening van zijn beroep is ontzegd, melden zowel Zorgaanbieder als Zorgverzekeraar dit onverwijld aan elkaar. De Zorgaanbieder draagt de verantwoordelijkheid om de continuïteit van Zorg binnen het betreffende zorgprogramma te waarborgen. Indien de Zorgverzekeraar toestaat dat de Onderaannemer gedurende de schorsing c.q. ontzegging wordt waargenomen, is de Onderaannemer verantwoordelijk voor regeling van een adequate waarneming.
3. De Zorgaanbieder informeert de Zorgverzekeraar over ieder (niet) openbaar rapport dat de Zorgaanbieder betreft, uitgebracht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Artikel 3. Praktijk- en patiëntenregistratie

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de Onderaannemers een adequate praktijk- en patiëntenregistratie voeren.
2. De 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.
3. Voorafgaand aan inclusie in een nieuw zorgprogramma draagt de Zorgaanbieder zorg voor opschoning van de registratie van Verzekerden in de systemen van de als Onderaannemer aangesloten huisartsen zodat de juiste Verzekerden in het desbetreffende zorgprogramma worden geïncludeerd.

Artikel 4. Verbeterafspraken, informatie, rapportage en verantwoording

1. Partijen behandelen de gegevens die zij uitwisselen en onderling ter beschikking stellen vertrouwelijk en met inachtneming van de regels ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de betrokken Verzekerden en de zorgverleners op wie die gegevens betrekking hebben.
2. De Zorgaanbieder draagt zorg voor registratie van de contactmomenten tussen huisartsgeneeskundige zorgverleners en de Verzekerde, die zorginhoudelijk verband houden met de multidisciplinaire zorgprogramma's.
3. Voorafgaand aan het tot stand komen van de overeenkomst tussen de Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar, is de definitieve begroting vastgesteld en verstrekt aan de Zorgverzekeraar middels het format voor de begroting.
4. Deelname aan de landelijke benchmark is voor Zorgaanbieders een voorwaarde voor het aangaan van deze overeenkomst. De Zorgaanbieder levert op naam, tijdig en volledig de indicatoren aan via <http://www.transparanteketenzorg.nl> voor alle zorgprogramma's.
5. De Zorgaanbieder levert vóór 1 juni de financiële verantwoording conform het CZ-format, de bestuursverklaring, de accountantsverklaring en de jaarrekening aan bij de Zorgverzekeraar.
6. De Zorgverzekeraar staat een weerstandsvermogen toe ter financiering van risico's in de bedrijfsvoering en nadrukkelijk niet ter financiering van innovatie. Dit weerstandsvermogen bedraagt maximaal 10% van de jaaromzet tot een maximum van € 500.000. De jaarlijkse opbouw bedraagt maximaal 2% van de jaaromzet. Indien het weerstandsvermogen uitstijgt boven het hiergenoemde percentage, brengt de Zorgaanbieder dit vermogen zo snel mogelijk terug naar ten minste het maximum.
7. De Zorgaanbieder spant zich in te handelen volgens de Kritische Kwaliteitskenmerken die opgesteld zijn door InEen.
8. 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 op deze overeenkomst volgend kalenderjaar.

Artikel 5. Declaratie en honorering

A. Declaratie

1. De Zorgaanbieder verleent de Zorg zonder enige betaling voor de Zorg door de Verzekerde, tenzij hierna anders wordt overeengekomen. Uitzondering hierop vormt de situatie waarin een Verzekerde met een restitutiepolis uitdrukkelijk te kennen geeft zelf de declaratie van de Zorgaanbieder te willen ontvangen. In dat geval brengt de Zorgaanbieder de Zorg in rekening bij de Verzekerde tegen de tarieven zoals vastgelegd in deze overeenkomst.

2. De declaraties van de overeengekomen Zorgprestaties worden door de Zorgaanbieder gedeclareerd in de tweede maand van het kwartaal waarop deze declaratie betrekking heeft. Hiervoor wordt een kwart van het overeengekomen jaartarief, zoals opgenomen in deel I van deze overeenkomst, gedeclareerd. 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 artikel 5.B lid 5 genoemde termijn betaalbaar te stellen.
3. Partijen zijn verantwoordelijk voor het voorkomen van dubbele declaraties. De Zorgaanbieder legt hierover afspraken vast in de overeenkomsten die hij heeft met de Onderaannemers. Indien Onderaannemers zorgprogrammagerelateerde consulten en verrichtingen rechtstreeks bij de Zorgverzekeraar declareren, kunnen deze kosten verhaald worden op de Zorgaanbieder.
4. De Zorgaanbieder declareert de Zorg door de declaratiegegevens via de internetapplicatie www.vecozo.nl aan te leveren en maakt hierbij gebruik van het meest recente Externe integratiemodel Huisartsenhulp dat door Vektis is vastgelegd.
5. 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, als beschreven in artikel 1 van dit deel van de overeenkomst, 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.
6. De Zorgaanbieder controleert via de COV-check (Controle Op Verzekeringsrecht) het verzekeringsrecht van de Verzekerde in Vecozo. Als peildatum wordt de prestatiedatum gehanteerd.
7. 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 artikel 5.B lid 6.
8. Onverminderd zijn verplichting de (her)declaraties per kwartaal in te dienen conform artikel 5.A lid 2, zal de Zorgaanbieder de Zorg die deze in enig kalenderjaar heeft geleverd uiterlijk twaalf maanden na de prestatiedatum declareren bij de Zorgverzekeraar. Na die datum ontvangen (her)declaraties neemt de Zorgverzekeraar niet in behandeling, behoudens in geval van overmacht aan de zijde van de Zorgaanbieder.
9. Een voorwaarde om tot declaratieverwerking te kunnen overgaan is dat de gegevens van de Zorgaanbieder en alle Onderaannemers bij Vektis zijn geregistreerd voordat de declaraties worden ingezonden. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor een correcte registratie bij Vektis.
10. De Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar zijn een totaalbedrag voor overheadkosten overeengekomen. Dit bedrag is teruggerekend naar een bedrag per Verzekerde op basis van de begrote inclusie. Elk kwartaal monitort de Zorgaanbieder de inclusie per overeengekomen DBC. Indien de Zorgaanbieder bemerkt dat de overeengekomen totale begroting van overheadkosten niet aansluit op de realisatie, of dat het begrote aantal Geïncludeerde patiënten niet aansluit op de realisatie, neemt de Zorgaanbieder zo spoedig mogelijk contact op met de Zorgverzekeraar. De Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar treden dan in overleg over de declaratie en honorering. Uitgangspunt is dat de variabele kostencomponent binnen de overheadkosten gecorrigeerd wordt naar het gerealiseerde aantal Verzekerden en dat de vaste overheadkosten ongewijzigd blijven.

11. 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 DBC worden gedeclareerd.
12. De gecontracteerde zorgprogramma's bevatten alle dieetadvisering, ongeacht de indicatie. Dit betekent dat voor de Verzekerden die Zorg ontvangen binnen een zorgprogramma, geen verrichtingen dieetadvisering buiten de DBC kunnen worden gedeclareerd door een diëtist, ongeacht de reden voor een consult.

B. Honorering

1. De Zorgverzekeraar honoreert de Zorgaanbieder ter zake van aan de Verzekerde verleende Zorg op basis van de door Partijen in het individueel deel (deel I) van deze overeenkomst overeengekomen Tarief, 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.
2. 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 overheadkosten. Tevens mag er geen verrekening van zorgkosten plaats vinden tussen de verschillende disciplines.
3. Indien de Zorgaanbieder na de financiële verwerking overheadgelden overhoudt, mag de Zorgaanbieder 10% van deze overgebleven gelden behouden, met inachtneming van artikel 5.A lid 10.
4. Indien de Zorgaanbieder gelden overhoudt ten gevolge van doelmatig inkopen van de Zorg bij Onderaannemers, mogen deze niet worden uitgekeerd aan Onderaannemers.
5. 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.
6. De Zorgverzekeraar stelt retourinformatie over de via www.vecozo.nl ingediende declaraties, waaronder de afrekeningspecificatie, via www.vecozo.nl beschikbaar aan de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder kan de retourinformatie na afhandeling van de declaraties ophalen via www.vecozo.nl. De retourinformatie via www.vecozo.nl vervangt de papieren afrekening. De retourinformatie is tot een jaar na verwerking van de declaratie beschikbaar.
7. Declaraties worden uitbetaald op het bij de Zorgverzekeraar bekende rekeningnummer (IBAN). Dit rekeningnummer is van de Zorgaanbieder of van een door de Zorgaanbieder ingeschakeld servicebureau.
8. Indien de Zorgverzekeraar door een oorzaak gelegen in zijn risicosfeer er niet in slaagt de declaratie binnen de in lid 5 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.
9. 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.

10. Zorg verleend buiten de kaders van de onderhavige overeenkomst en/of verzekeringspolissen van de Zorgverzekeraar komt niet voor vergoeding door de Zorgverzekeraar aan de Zorgaanbieder in aanmerking.
11. De Zorgaanbieder zal de declaratie, die is afgewezen omdat zij niet voldoet aan de voorwaarden die in deze overeenkomst aan de declaratie en/of de indiening daarvan worden gesteld, niet ter betaling aan de Verzekerde voorleggen.

Artikel 6. Achterafcontrole

1. De Zorgverzekeraar controleert periodiek of de Zorgaanbieder en de Onderaannemers hun verplichtingen uit deze overeenkomst op een juiste wijze nakomen.
2. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitoefening van de controle de bij of krachtens de wet gestelde voorschriften ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de Verzekerde in acht, alsmede de (nadere) regels die worden gesteld in artikel 87 Zorgverzekeringswet, hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering en het Protocol Materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland.
3. De controle zal niet onnodig belastend zijn en zich niet verder uitstrekken dan voor het doel van de controle noodzakelijk is.
4. De Zorgverzekeraar controleert zoveel mogelijk direct tijdens het declaratieproces. Bij resterende risico's wordt ervoor gekozen om achteraf te controleren.
5. In de achterafcontroles wordt onderscheid gemaakt tussen Formele controles en Materiële controles. In de Formele controles wordt nagegaan of de door de Zorgaanbieder ingediende declaraties in overeenstemming zijn met de geldende wet- en regelgeving en de in de gesloten overeenkomst opgenomen voorwaarden. De Materiële controle wordt uitgevoerd om vast te stellen of de gedeclareerde Zorg overeenkomt met de werkelijke levering en of de zorgverlening doelmatig is geweest in relatie tot de zorgvraag.
6. De resultaten van een achterafcontrole kunnen incidenteel een bezoek aan de Zorgaanbieder noodzaken. De Zorgverzekeraar meldt een voorgenomen controle in locatie van de Zorgaanbieder tenminste veertien dagen voor het tijdstip dat de controle zal plaatsvinden. Indien ernstige vermoedens van malversaties bestaan, hebben de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar terstond na aankondiging toegang tot praktijk- en patiëntenregistratie van de Zorgaanbieder en de Onderaannemers.
7. De Zorgaanbieder en de Onderaannemers verlenen de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar op werkdagen (overdag) toegang tot de praktijk voor de tijd die nodig is om het praktijkbezoek uit te voeren. Voorts verplichten de Zorgaanbieder en de Onderaannemers zich de bevoegde medewerkers behulpzaam te zijn als redelijkerwijs mag worden verwacht, waartoe uitdrukkelijk wordt gerekend dat deze desgevraagd actieve medewerking verlenen aan het daadwerkelijk toegankelijk stellen van de praktijk- en patiëntenregistratie.
8. 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.
9. De Zorgverzekeraar zal de Zorgaanbieder schriftelijk in kennis stellen van zijn controlebevindingen die mogelijk leiden tot een terug te vorderen bedrag. De Zorgaanbieder wordt altijd in de gelegenheid gesteld te reageren op de door de Zorgverzekeraar geconstateerde bevindingen.

10. Indien en voor zover de controle betrekking heeft op de rechtmatigheid en doelmatigheid van de aanspraken van Verzekerden zijn de Zorgaanbieder en de 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.
11. Alle bescheiden en digitale gegevensbestanden die ten grondslag liggen aan de declaraties blijven vijf jaar voor de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar beschikbaar voor controledoeleinden, ook nadat deze overeenkomst een einde heeft genomen.
12. De Zorgverzekeraar is gerechtigd ten onrechte uitbetaalde declaraties en overige opeisbare vorderingen terug te vorderen of te verrekenen met nog af te wikkelen declaraties van de Zorgaanbieder (inclusief doorberekeningen van de wettelijke rente). De Zorgverzekeraar zal de resultaten van de achterafcontrole schriftelijk kenbaar maken aan de Zorgaanbieder. Tevens geeft de Zorgverzekeraar aan op welke wijze de financiële afhandeling zal plaatsvinden.
13. Indien de Zorgaanbieder niet, niet volledig of niet tijdig voldoet aan de uit deze overeenkomst voortvloeiende verplichtingen, bestaat de mogelijkheid als gevolg hiervan ontstane vordering te verrekenen met toekomstige declaraties. Indien de Zorgverzekeraar voornemens is een bedrag te verrekenen, dan stelt de Zorgverzekeraar de Zorgaanbieder hiervan vooraf in kennis en geeft hem de gelegenheid hierop te reageren.
14. De Zorgverzekeraar verricht jaarlijks Formele en Materiële controles. Deze controles zijn gericht op declaraties van de Zorgaanbieder en de Onderaannemers rechtstreeks aan de Zorgverzekeraar of Verzekerde voor Zorg die onderdeel is van deze overeenkomst. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de afstemming met de Onderaannemers en wordt derhalve ook verantwoordelijk gesteld voor de eventuele vordering die uit een controle naar voren komt.

Artikel 7. Duur en einde van de overeenkomst

1. De overeenkomst treedt in werking en eindigt op de in deel I (Individueel Deel) onder rubriek D van deze overeenkomst genoemde data.
2. De overeenkomst kan eerder eindigen met wederzijds goedvinden.
3. De overeenkomst kan 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 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 achterafcontrole;
 - e. door een der Partijen indien voor deze Partij sinds het sluiten van de overeenkomst zich onvoorziene omstandigheden hebben voorgedaan, die van dien aard zijn dat de wederpartij naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid instandhouding van de overeenkomst niet mag verwachten;
 - f. 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;
 - g. als een der Partijen zich tegenover de wederpartij schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, fraude, dwang of bedreiging;

- h. door een der Partijen wanneer de wederpartij niet meer voldoet aan de definities in artikel 1 van deel II van deze overeenkomst.
- 4. De Zorgverzekeraar is bij beëindiging, op welke wijze dan ook, van deze overeenkomst geen schadevergoeding uit welke hoofde dan ook aan de Zorgaanbieder verschuldigd.
- 5. Rechten en plichten die naar hun aard bestemd zijn om ook na beëindiging van deze overeenkomst voort te duren, blijven na beëindiging van deze overeenkomst bestaan. Tot deze verplichtingen behoren onder meer aansprakelijkheid en geheimhouding.

Artikel 8. 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. Indien één of meerdere bepalingen van deze overeenkomst nietig c.q. onverbindend blijken te zijn, zullen de overige bepalingen van de overeenkomst van kracht blijven. Partijen zullen over de bepalingen die nietig c.q. onverbindend blijken te zijn overleg plegen teneinde een vervangende regeling te treffen, zodanig dat in zijn geheel de strekking van deze overeenkomst behouden blijft.
3. Op deze overeenkomst zijn de algemene voorwaarden van de Zorgaanbieder, onder welke naam of in de welke vorm dan ook, uitdrukkelijk niet van toepassing.
4. De Zorgaanbieder vrijwaart de Zorgverzekeraar van alle aanspraken van derden (waaronder maar niet uitsluitend de Verzekerde(n)) terzake van door hen geleden schade als gevolg van door de Zorgaanbieder verleende Zorg. De Zorgaanbieder garandeert de Zorgverzekeraar dat eenzelfde soort verzekering als bedoeld in artikel 7 van deel II van deze overeenkomst is gesloten voor de door of vanwege de Zorgaanbieder ingeschakelde onderaannemers die in het kader van deze overeenkomst Zorg verlenen maar niet onder de dekking van eerstgenoemde verzekering vallen.
5. In geval de overeenkomst met de Zorgverzekeraar eindigt en niet aansluitend wordt vernieuwd, is de Zorgaanbieder gehouden de Verzekerde 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.

Bijlage II Kwaliteitscriteria onderaannemers

Huisarts, diëtist, podotherapeut en pedicure

Met huisartsen, diëtisten en podotherapeuten sluit CZ rechtstreeks contracten waarin artikelen/bijlagen zijn opgenomen met betrekking tot de kwaliteit van zorg. Voor multidisciplinaire zorg hanteert CZ dezelfde kwaliteitscriteria. Voor deze criteria verwijzen we daarom naar de overeenkomst die te vinden zijn op de website van CZ:

Huisarts: <https://www.cz.nl/~media/zorgaanbieder/actueel/huisartsenzorg/overeenkomst-vrijgevestigd-huisarts.pdf> - artikel Continuïteit, artikel Informatievoorziening en gegevensbeheer en deel V artikel 4 Kwaliteitscriteria stoppen-met-roken-programma's

Diëtist: <https://www.cz.nl/~media/zorgaanbieder/actueel/dieetadvisering/overeenkomst-dietetiek-algemeen-deel-ii.pdf> - bijlage 1 Kwaliteit

Podotherapeut: <https://www.cz.nl/~media/zorgaanbieder/actueel/podotherapie/overeenkomst-voetzorg-algemeen-deel.pdf> - bijlage 1 Kwaliteit

Met pedicures sluit CZ niet rechtstreeks contracten. CZ sluit contracten met podotherapeuten, die op hun beurt weer contacten sluiten met pedicures waar het om reguliere zorg gaat. Zorggroepen kunnen in het kader van multidisciplinaire zorg wel rechtstreeks contracten sluiten met pedicures. CZ stelt in dat geval registratie bij ProCert (Medisch Pedicure of Pedicure met aantekening Diabetische Voet) als voorwaarde.

Praktijkondersteuner somatiek, diabetesverpleegkundige en longverpleegkundige

Met praktijkondersteuners somatiek, diabetesverpleegkundigen en longverpleegkundigen sluit CZ niet rechtstreeks contracten. In het kader van multidisciplinaire zorg hanteert CZ voor deze zorgverleners de volgende kwaliteitscriteria:

Praktijkondersteuner somatiek

De praktijkondersteuner is in het bezit van het HBO-diploma Praktijkondersteuner Somatiek. Voor diabeteszorg is aanvullend de cursus Langerhans een vereiste en voor COPD- & astmazorg de cursus Caspir.

Diabetesverpleegkundige

De diabetesverpleegkundige dient in het bezit te zijn van een titelregistratie Diabetesverpleegkundige in het Kwaliteitsregister EADV.

Longverpleegkundige

De Longverpleegkundige dient te zijn geschoold in de verpleging van zorgvragers met longziekten en is ervoor verantwoordelijk de eigen deskundigheid op peil te houden.



Overeenkomst Huisartsenzorg geleverd door zorggroepen

Toelichting op de overeenkomst

Voor u ligt de overeenkomst huisartsenzorg door zorggroep en zorgverzekeraar. In deze overeenkomst worden de afspraken vastgelegd tussen de zorggroep en de zorgverzekeraar over uit de overeenkomst huisartsenzorg, die geleverd worden door een zorggroep.

Landelijke uniforme bepalingen

In het kader van het “Roer moet om” zijn er uniforme landelijke bepalingen voor de overeenkomst huisartsenzorg-zorgverzekeraar en zorggroep-zorgverzekeraar vastgesteld. In onderstaande overeenkomst zijn de bepalingen van de algemene bepalingen huisartsenzorg, indien van toepassing, als basis gebruikt en aangevuld met bepalingen uit de algemene bepalingen zorggroep. Daarnaast zijn er nog zorgverzekeraarspecifieke bepalingen opgenomen.

Overeenkomst huisartsenzorg

Voor de prestaties, die worden afgesproken tussen de Zorggroep en de Zorgverzekeraar zijn de voorwaarden van toepassing, die zijn opgenomen in de overeenkomst huisartsenzorg. De overeenkomst huisartsenzorg en de voorwaarden van de prestaties zijn terug te vinden op www.cz.nl/zorgaanbieder.

Deel IIa - Algemene bepalingen huisartsenzorg

Uitgangspunten

De algemene bepalingen zijn onderdeel van de overeenkomst zorgverzekeraar-zorggroep. Naast deze algemene bepalingen bestaat de overeenkomst uit een zorgverzekeraar-specifiek deel, waarin bilaterale afspraken staan die niet in deze geüniformeerde algemene bepalingen zijn opgenomen. In de overeenkomsten zorgverzekeraar- zorggroep (waaronder tevens dient te worden verstaan de algemene voorwaarden die van toepassing zijn op de overeenkomst zorgverzekeraar – zorggroep) kan niet van deze algemene bepalingen worden afgeweken, tenzij dit uitdrukkelijk bij een artikellid van deze algemene bepalingen is bepaald.

1. Definities

Zorgaanbieder:

de natuurlijke persoon, rechtspersoon of maatschap die deze overeenkomst is aangegaan en die tevens Huisarts kan zijn, dit conform het beleid van de individuele zorgverzekeraar; de zorgaanbieder wordt in bilaterale overeenkomsten ook wel met de term contractant of Huisarts aangeduid;

Zorggroep¹: rechtspersoon of maatschap die een overeenkomst met een zorgverzekeraar is aangegaan om huisartsenzorg aan verzekerden van de betreffende zorgverzekeraar te leveren.

Huisartsenzorg: zorg zoals Huisartsen die plegen te bieden zoals bedoeld in het Besluit zorgverzekering (Bzv) en nader gespecificeerd in regelgeving van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);

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

Onderaannemer: natuurlijk persoon, rechtspersoon of maatschap die een overeenkomst komt met een zorggroep is aangegaan ten behoeve van de verlening van een onderdeel van de multidisciplinaire zorg.

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

¹ Indien een andere partij dan een zorggroep contractpartner is, is het mogelijk om deze overeenkomst hierop aan te passen.



deel van een specifiek zorgproces en die vastleggen wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen.

Detailcontrole: onderzoek door de zorgverzekeraar naar bij de zorggroep 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 een zorggroep voor een prestatie in rekening is gebracht:

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

Fraudeonderzoek: een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de verzekerde of de zorggroep 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 zorggroep geen recht heeft of recht kan hebben.²

Materiële controle: een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de door de zorggroep in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde;

2. Zorgverlening ³

2.1 De Zorggroep levert Huisartsenzorg aan de verzekerden van de zorgverzekeraar.

2.2 De Zorggroep levert Huisartsenzorg voorzover de patiënt daar redelijkerwijs op is 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.

2.3 De Zorggroep neemt bij het verlenen van zorg de eisen in acht die volgens de algemeen aanvaarde professionele standaard redelijkerwijs aan de te leveren zorg mogen worden gesteld en handelt in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving waaronder privacywetgeving en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Het voorgaande laat onverlet dat bilateraal aanvullende afspraken gemaakt kunnen worden.

2.4 De Zorggroep biedt goede zorg aan. 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

² 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.

³ In de overeenkomst wordt gesproken over het 'verlenen' en het 'leveren' van zorg. Het *verlenen* van zorg houdt in dat een zorgaanbieder een cliënt daadwerkelijk behandelt/verzorgt. De onderaannemers van zorggroepen, zoals huisartsen, zijn de zorgaanbieders die zorg verlenen. Zorggroepen *leveren* zorg aan de verzekerden van de zorgverzekeraars waarmee zij een overeenkomst hebben gesloten. Dit houdt in dat zij ervoor zorgen dat de MDZ (het pakket aan zorg) door de onderaannemers wordt verleend. Dit brengt mee dat de zorggroepen de zorgverlening door de onderaannemers onder andere moeten organiseren en coördineren. Het leveren van zorg brengt *niet* mee dat degene die zorg levert ook zorg verleent. Dit is bij MDZ vrijwel nooit het geval.



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.

2.5 Indien een Zorggroep zorg in rekening brengt bij de zorgverzekeraar waarvoor een bijzondere bekwaamheid nodig is, dient de Zorggroep die de zorg feitelijk zal verlenen te voldoen aan de door de beroepsgroep gestelde voorwaarden waaronder de inschrijving in de specifieke registers.

2.6 De Zorggroep vervult zijn poortwachtersrol met inachtneming van de uitgangspunten genoemd in dit artikel.

2.7 De Zorggroep verleent de zorg in een adequaat ingerichte en geoutilleerde praktijkruimte die voor de patiënt goed bereikbaar en toegankelijk is.

2.8 De Zorggroep is bereikbaar en beschikbaar conform de vigerende richtlijnen van de beroepsgroep.

2.9 De Zorggroep beschikt over een klachtenprocedure en hanteert daartoe een reglement voor klachtbehandeling dat voldoet aan de wettelijke eisen.

3. Zorgverlening door onderaannemers

3.1 De zorggroep 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 zorggroep treedt niet in de verantwoordelijkheid van de onderaannemer die voortvloeit uit de voor hem geldende professionele standaard.

3.2 De zorggroep 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 zorggroep aangesloten onderaannemers. Hiervan kan uitsluitend afgeweken worden indien de patiënt op voorhand expliciet aangeeft gebruik te willen maken van een zorggroep die geen onderdeel uitmaakt van de onderaannemers als in deze overeenkomst bedoeld. In voorkomend geval zal de zorggroep voorafgaand aan de doorverwijzing de patiënt erop attenderen dat hier voor hem financiële gevolgen aan verbonden kunnen zijn.

3.3 De zorggroep neemt in het contract met zijn onderaannemers in ieder geval op dat zij de zorg die zij als onderdeel van de zorgprestaties in gevolge onderhavige overeenkomst verlenen niet buiten de zorggroep om bij de zorgverzekeraar of de patiënt in rekening mogen brengen.

3.4 Voor zover van toepassing draagt de zorggroep er zorg voor dat de onderaannemers BIG-geregistreerd zijn en/of geregistreerd staan in het voor de betreffende beroepsgroep geldende kwaliteitsregister.

4. Informatievoorziening en gegevensbeheer

Informatievoorziening aan verzekerden

4.1 De zorggroep 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.

4.2 De zorggroep draagt er zorg voor dat zijn patiënten mondeling en/of schriftelijk worden geïnformeerd over de werkwijze en de klachtenregeling van de zorggroep.

4.3 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

4.4 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.

Informatieverstrekking aan de zorgverzekeraar

4.5 De zorggroep verstrekt de zorgverzekeraar een overzicht de door hem ingeschakelde onderaannemers inclusief hun AGB-codes. De zorggroep geeft mutaties zo snel mogelijk door aan Vektis.

5. Controle

5.1 De zorgverzekeraar voert Formele en Materiële controles met inachtneming van de eisen van de Zvw, de Rzv en het Protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland.

5.2 De zorgverzekeraar streeft ernaar controles zo snel mogelijk uit te voeren.

6. Fraude

6.1 De zorgverzekeraar neemt bij de uitvoering van onderzoek naar mogelijke fraude de Wbp, de Zvw en de Rzv in acht.

6.2 De zorgverzekeraar informeert de Zorggroep schriftelijk over de zakelijke inhoud van de voorgenomen uitkomsten van het onderzoek en stelt de Zorggroep in de gelegenheid daarop te reageren. De zorgverzekeraar betreft deze reactie van de Zorggroep bij de vaststelling van de definitieve uitkomsten van het onderzoek en bericht deze schriftelijk aan de zorggroep.

6.3 Indien de zorgverzekeraar heeft aangetoond dat de Zorggroep fraude heeft gepleegd, verliest hij aanspraak op vergoeding van dat deel van de declaratie waarbij fraude is vastgesteld. Daarnaast kan de zorgverzekeraar:

- a) zijn overeenkomst met de Zorggroep met onmiddellijke ingang beëindigen;
- b) registratie van fraude doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
- c) melding c.q. aangifte doen bij de FIOD-ECD en/of het Openbaar Ministerie.

7. Wijzigingen in de overeenkomst

7.1 Indien wijzigingen in wet- en/of regelgeving aanpassing van de overeenkomst noodzakelijk maken, treden partijen met elkaar in overleg om de betreffende bepalingen in de overeenkomst zoveel mogelijk aan te passen aan de nieuwe wet- en regelgeving, met instandhouding van de overige bepalingen.

7.2 Wijzigingen in de overeenkomst kunnen uitsluitend worden aangebracht met wederzijds goedvinden

8. Geschillen

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

8.2 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 rechter.

9. Verzekering en vrijwaring

9.1 De Zorggroep sluit een aansprakelijkheidsverzekering af die een dekking biedt tot een bedrag en onder voorwaarden die gebruikelijk zijn voor zorggroepen in de zin van de overeenkomst.

9.2 Indien de zorgverzekeraar door een patiënt aansprakelijk wordt gesteld voor toerekenbare tekortkomingen in de zorgverlening, zal de Zorggroep de zorgverzekeraar vrijwaren voor schade die de patiënt lijdt als gevolg van een tekortkoming in de nakoming van enige verbintenis die op de Zorggroep rust.



Deel IIb - Zorgverzekeraarspecifiek deel

1. Machtigingen

Indien voor een bepaalde prestatie een machtigingsprocedure landelijk is toegestaan en bij de zorgverzekeraar van toepassing is, zal de verzekerde of de Zorggroep namens de verzekerde de toestemming/machtiging aanvragen. Indien er zich op het gebied van machtigingen door de zorgverzekeraar geïnitieerde wijzigingen voordoen treden partijen in overleg.

2. Declaratie

2.1 De Zorggroep verleent de zorg³ op basis van deze overeenkomst zonder enige (bij)betaling voor de zorg door de verzekerde, tenzij hierna anders wordt overeengekomen.

2.2 De declaraties van de overeengekomen prestaties die betrekking hebben op een bedrag per verrichting worden door de Zorggroep in de maand ingediend, die volgt op de maand waarop deze declaraties betrekking hebben. De Zorggroep dient deze declaraties als verzamelnota in. In geval de Zorggroep niet voldoet aan deze termijn, is de zorgverzekeraar niet gehouden de declaraties binnen de genoemde termijn betaalbaar te stellen.

2.3 De declaraties van de overeengekomen prestaties die betrekking hebben op een bedrag per kwartaal worden door de Zorggroep in het kwartaal ingediend, waarop deze declaraties betrekking hebben. De Zorggroep dient deze declaraties als verzamelnota in, met als prestatiedatum de eerste dag van het desbetreffende kwartaal. In geval de Zorggroep niet voldoet aan deze termijn, is de zorgverzekeraar niet gehouden de declaraties binnen de genoemde termijn betaalbaar te stellen.

2.4 De Zorggroep declareert elektronisch via Vecozo. De Zorggroep maakt gebruik van het meest recente Externe Integratiemodel Huisartsenhulp dat door Vektis is vastgesteld.

2.5 De Zorggroep controleert via de COV-check (Controle Op Verzekeringsrecht) het verzekeringsrecht van de verzekerde in Vecozo. Als peildatum wordt de prestatiedatum gehanteerd.

2.6 De Zorggroep vergewist zich ervan dat geen zorg bij de Zorgverzekeraar gedeclareerd wordt als bedoeld in artikel 3.1.1. Wlz.

2.7 De Zorggroep 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 Zorggroep, afgewezen. De zorgverzekeraar stelt de Zorggroep hiervan op de hoogte via elektronische retourinformatie, volgens het meest recente Externe Integratiemodel Huisartsenhulp dat door Vektis is vastgesteld. De retourinformatie is tot maximaal een jaar na verwerking van de declaratie via Vecozo raadpleegbaar.

2.8 Onverminderd zijn verplichting de (her)declaraties tijdig in te dienen conform lid 2.2 en 2.3, zal de Zorggroep de zorg die hij 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 Zorggroep.

2.9 Alle aanpassingen van de instellingsgegevens dienen tijdig kenbaar te worden gemaakt aan Vektis (www.agbcode.nl). Een voorwaarde om tot declaratieverwerking te kunnen overgaan is dat de gegevens van de Zorggroep en de deelnemende huisartsen bij Vektis zijn geregistreerd.

3 Honorering

3.1 De zorgverzekeraar honoreert de Zorggroep ter zake van aan de verzekerde verleende zorg op basis van de door partijen in het individueel deel (bijlage 1 van Deel I) van deze overeenkomst overeengekomen tarieven, met inachtneming van de overige bepalingen in dit artikel.

3.2 De overeengekomen prestaties worden uitbetaald aan Zorggroepen die daarvoor een overeenkomst met de Zorgverzekeraar hebben gesloten. De prestaties worden uitbetaald conform de afspraken die daarover zijn vastgelegd.



3.3 De Zorgverzekeraar zal de declaraties die voor betaling in aanmerking komen binnen dertig kalenderdagen na ontvangst betaalbaar stellen aan de Zorggroep, mits de Zorggroep voldoet aan de voorwaarden gesteld in artikel 2. Onder betaalbaarstelling wordt verstaan het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank om tot betaling van de declaratie over te gaan.

3.4 De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om ten onrechte gedane betalingen terug te vorderen of te verrekenen met nieuwe declaraties.

3.5 Indien een verzekerde met een restitutiepolis uitdrukkelijk te kennen geeft zelf de declaratie van de Zorggroep te willen ontvangen, brengt de Zorggroep de zorg in rekening bij de verzekerde tegen de tarieven zoals vastgelegd in deze overeenkomst.

4. Duur en einde van de overeenkomst

4.1 De overeenkomst treedt in werking en eindigt op de in Deel I onder rubriek D van de overeenkomst genoemde data.

4.2 De overeenkomst neemt eerder een einde:

- a) met wederzijds goedvinden;
- b) indien bij gerechtelijke tussenkomst de overeenkomst wordt ontbonden.

4.3 De overeenkomst kan verder al dan niet met onmiddellijke ingang, zonder rechterlijke tussenkomst, geheel of gedeeltelijk worden opgezegd:

- a) indien de Zorggroep een rechtspersoon is: door faillissement of ontbinding van de rechtspersoon;
- b) door faillissement of ontbinding van de rechtspersoon van de zorgverzekeraar.
- c) door een der partijen als de wederpartij (voorlopige) surseance van betaling verkrijgt;
- d) door een der partijen als de wederpartij zich in staat van kennelijk onvermogen bevindt of het onderwerp uitmaakt van een procedure tot faillissement, gerechtelijk akkoord, vereffening, beslaglegging of van elke andere soortgelijke procedure;
- e) door de zorgverzekeraar als de onderneming van of de beroepsuitoefening door de Zorggroep beëindigd wordt of aan een derde wordt overgedragen;
- f) door een der partijen als de wederpartij haar verplichtingen uit de zorgovereenkomst na een deugdelijke ingebrekestelling voor zover vereist, niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomt;
- g) indien voor een der partijen sinds het sluiten van de overeenkomst zich onvoorziene omstandigheden hebben voorgedaan, welke van dien aard zijn dat de wederpartij naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid instandhouding van de overeenkomst niet mag verwachten;
- h) 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;
- i) door beide partijen in een situatie als bedoeld in artikel 7 lid 1 van Deel II van deze overeenkomst (overleg tussen partijen bij wetwijzigingen);
- j) als één der partijen zich tegenover de andere partij schuldig maakt aan een (poging tot) misdrijf, overtreding, fraude, dwang of bedreiging;
- k) wanneer één der partijen niet meer voldoet aan de definities in artikel 1 van Deel I respectievelijk Deel II de overeenkomst.