

Overeenkomst multidisciplinaire zorg 2016/2017

De ondergetekenden:

De Zorgverzekeraar:

VGZ Zorgverzekeraar NV
IZZ Zorgverzekeraar NV
IZA Zorgverzekeraar NV
NV Zorgverzekeraar UMC
NV VGZ Cares
NV Univé Zorg

Zowel elk afzonderlijk als tezamen aangeduid als 'de Zorgverzekeraar';

en

De Zorgaanbieder:

Naam :
Adres :
Postcode/Plaats :
KvK.nr. :
AGB code (s) :
Bankrekeningnummer :

Verder aangeduid als 'de Zorgaanbieder'

Komen overeen dat de contractuele relatie tussen partijen wordt beheerst door deze overeenkomst, bestaande uit:

- Overeenkomst multidisciplinaire zorg 2016/2017
- Bijlage 1: Tarieven, nacalculatie en reserves
- Bijlage 2: Indicatoren en rapportage
- Bijlage 3: De Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2016
- **Kies** Addendum GGZ
- **Kies** Addendum Ouderenzorg
- **Kies** Addendum Meekijkconsult specialist Ouderengeneeskunde (SOG)

De Algemene voorwaarden zijn meegezonden met deze zorgovereenkomst en te raadplegen via <http://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/algemene-informatie/algemene-informatie>

Artikel 1 Prestatie

1. De Zorgaanbieder levert Zorgprogramma's, bestaande uit multidisciplinaire zorg te verlenen aan verzekerden van de Zorgverzekeraar voor zover zij op deze zorg zijn aangewezen en zich tot de Zorgaanbieder hebben gewend. Het betreft hier het chronisch lijden aan:

- Diabetes Mellitus type II (DM 2), of
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), of
- Cardiovasculair risicomanagement/hart- en vaatziekten (CVRM/HVZ), of
- **KIES** Cardiovasculair risicomanagement/verhoogd vasculair risico (CVRM/VVR), of
- **KIES** Astma

De Zorgprogramma's stemmen overeen met de vigerende NZa-beleidsregels, prestatiebeschrijvingen en tariefbeschikkingen:

- BR/CU-7144 Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.
- NR/CU 727 Regeling multidisciplinaire zorg.
- TB/CU-7123-01 Tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

Overeenkomst multidisciplinaire zorg 2016/2017

- of een daarvoor in de plaats tredende beleidsregel, nadere regeling, of tariefbeschikking. De Zorgprogramma's worden verder genoemd: "Zorg".
2. De Zorgverzekeraar vergoedt de Zorgaanbieder voor de Zorg die hij verleent, conform het overeengekomen tarief zoals bepaald in Bijlage 1 'Tarieven, nacalculatie en reserves'.

Artikel 2 Voorwaarden levering

1. De Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2016 en, voor zover daar in deze overeenkomst naar verwezen wordt tevens 'Inkoopbeleid voor zorggroepen 2016/2017, Coöperatie VGZ' zijn van toepassing op deze overeenkomst.
2. Door de Zorgaanbieder gebruikte algemene voorwaarden zijn niet op de zorgovereenkomst tussen Zorgverzekeraar en Zorgaanbieder van toepassing. De algemene voorwaarden van de Zorgaanbieder worden hierbij uitdrukkelijk van de hand gewezen.
3. De Zorgaanbieder verleent de Zorg zelf of door het inschakelen van derden onder zijn verantwoordelijkheid. De handelingen van die derden worden beschouwd als zijnde handelingen verricht door de Zorgaanbieder, los van de eigen verantwoordelijkheid van die derden.
4. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de continuïteit van de te leveren Zorg en informeert de Zorgverzekeraar genoegzaam ten aanzien van alle feiten en omstandigheden welke van invloed zijn of kunnen zijn op de continuïteit van de te leveren Zorg.

Artikel 3 Contract Zorgaanbieder met onderaannemers

De Zorgaanbieder is de contractant. Ten behoeve van de zorgverlening aan de verzekerden sluit de Zorgaanbieder overeenkomsten met onderaannemers die ieder een deel van de betreffende ketenzorg leveren en daartoe bevoegd zijn. De Zorgaanbieder sluit zodanige overeenkomsten met onderaannemers dat zij blijft voldoen aan de voorwaarden van deze overeenkomst en regelt in ieder geval dat:

1. de onderaannemers patiënten uitsluitend doorverwijzen naar andere bij de Zorgaanbieder aangesloten onderaannemers in de eerste lijn, indien en voor zover deze prestatie binnen deze overeenkomst is gecontracteerd;
2. onderaannemers ten opzichte van de Zorgaanbieder op gelijke wijze als de Zorgaanbieder aan de Zorgverzekeraar zijn verbonden aan deze overeenkomst;
3. de Zorgaanbieder in het contract met de onderaannemer vastlegt dat deze BIG geregistreerd is (indien van toepassing) en/of staat ingeschreven in het kwaliteitsregister van de eigen beroepsgroep;
4. de onderaannemers en de personen die in opdracht van de onderaannemers feitelijk de hulp verlenen, voldoen aan de opleidingseisen zoals de Zorgverzekeraar die heeft vastgelegd in het "Inkoopbeleid voor zorggroepen 2016/2017, Coöperatie VGZ";
5. de door de Zorgaanbieder ingeschakelde huisartsen zelf ook een zelfstandige overeenkomst met de Zorgverzekeraar hebben (geen volgoovereenkomst). Indien de Zorgaanbieder overweegt een huisartsenpraktijk te contracteren waarmee de Zorgverzekeraar geen preferent contract heeft, informeert de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar hierover;
6. de onderaannemers werkzaam zijn in het hetzelfde werkgebied en georiënteerd op dezelfde samenwerkingspartners als de Zorgaanbieder;
7. in Vektis alle onderaannemers gekoppeld zijn de Zorgaanbieder. Wijzigingen dienen per kwartaal te worden verwerkt.

Artikel 4 Kwaliteit en doelmatigheid

In aanvulling op de bepalingen met betrekking tot doelmatigheid en kwaliteit die in de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2016 zijn opgenomen, komen de Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar het volgende overeen:

1. De Zorgaanbieder bevordert de samenwerking met andere zorgaanbieders en onderaannemers, zowel tussen en binnen de eerste en tweede lijn, zo nodig in goed overleg met de Zorgverzekeraar. Overleg en samenwerking hebben tot doel het waarborgen en optimaliseren van de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde Zorg alsmede het verbeteren van het functioneren van de huisartsgeneeskundige zorg binnen de totale zorg.

Overeenkomst multidisciplinaire zorg 2016/2017

2. De Zorgaanbieder beschikt over actuele Regionale Transmurale Afspraken (RTA's) met het ziekenhuis waarmee ze samenwerkt voor de gecontracteerde zorgpaden. De RTA's voldoen aan de criteria die de Zorgverzekeraar heeft geformuleerd in het "Inkoopbeleid voor zorggroepen 2016 Coöperatie VGZ";
3. Indien de Zorgverzekeraar het noodzakelijk vindt om over de samenwerking tussen Ziekenhuis en Zorgaanbieder een tripartiete overleg te houden werkt de Zorgaanbieder hier aan mee.
4. Eens per twee jaar voert de Zorgaanbieder in overleg met de Zorgverzekeraar een klantbelevingsonderzoek uit.
5. Per zorgpad is een kaderarts (eventueel in opleiding) verbonden aan de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder schakelt de kaderarts in conform de criteria die de Zorgverzekeraar daaromtrent in "Inkoopbeleid voor zorggroepen 2016 Coöperatie VGZ" heeft opgenomen.
6. De Zorgaanbieder toetst of de verzekerden die Zorg (gaan) ontvangen voldoen aan de inclusiecriteria, zoals vastgelegd in het "Inkoopbeleid voor zorggroepen 2016 Coöperatie VGZ". Aan verzekerden die niet aan de criteria voldoen, wordt geen Zorg verleend.
7. De Zorgaanbieder die het Zorgprogramma CVRM (inclusief VVR>20%) aanbiedt, legt in 2016 (voor een aantal geselecteerde huisartsenpraktijken) voor de verzekerden die in Zorg zijn, een verbinding met het niet-medische beweegaanbod in een aantal -kwetsbare- wijken.
8. De zorgaanbieder die het ElektroCardioGram (ECG) en/of het meekijkconsult medische specialistische zorg aanbiedt, voldoet aan de specifieke voorwaarden die de Zorgverzekeraar daaraan stelt.

Artikel 5 Rapportage

1. De Zorgaanbieder rapporteert aan de Zorgverzekeraar conform bijlage 2 "Indicatoren en rapportage".
2. Op grond van de rapportage als bedoeld in lid 1 voeren Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar periodiek gesprekken met elkaar en maken ze afspraken over aantoonbare en meetbare verbetering van de kwaliteit van de Zorg. De afspraken worden door de Zorgaanbieder vastgelegd in een verbeterplan. De Zorgaanbieder rapporteert periodiek aan de Zorgverzekeraar over de uitvoering van het verbeterplan en de behaalde resultaten daarin.
3. De Zorgaanbieder levert de dataset prestatie-indicatoren aan bij de landelijke benchmark. Wanneer een landelijk aanleverpunt ontbreekt, worden de gegevens aangeleverd bij VGZ.

Artikel 6 Informatieverstrekking

In aanvulling op de bepalingen met betrekking tot informatieverstrekking die in de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2016 zijn opgenomen, komen de Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar het volgende overeen.

1. Jaarlijks stuurt de Zorgaanbieder uiterlijk op 15 mei de vastgestelde jaarrekening en het jaarverslag over het voorafgaande boekjaar aan de Zorgverzekeraar toe. De jaarrekening dient te zijn voorzien van een beoordelingsverklaring van de accountant, tenzij de wettelijke voorschriften een controleverklaring voorschrijven.
2. De jaarrekening is 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 zorgkosten en opbrengsten van de Zorgaanbieder. In de winst- en verliesrekening zijn de zorgkosten per type onderaannemer/zorghubriek zichtbaar.
3. Tevens vermeldt de winst- en verliesrekening specifiek voor de Zorgverzekeraar het totaal na te calculeren bedrag voor het onderhavige boekjaar. Via een door de Zorgverzekeraar ter beschikking gesteld format levert de Zorgaanbieder een onderbouwing aan van het na te calculeren bedrag voor de verschillende zorghubrieken en bedrijfskosten. Deze onderbouwing sluit aan op het na te calculeren bedrag door de Zorgverzekeraar zoals vermeld in de jaarrekening.
4. De Zorgaanbieder voldoet aan de 'Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector' (WNT) en de 'Regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen zorg- en welzijnsector'.
5. De Zorgaanbieder stelt de Zorgverzekeraar onverwijld in kennis van het feit dat zijn financiële positie op korte termijn zal kunnen leiden tot een bedreiging van de continuïteit van zijn bedrijfsvoering. De Zorgverzekeraar verkrijgt alsdan van rechtswege een direct opeisbaar recht op terugbetaling van alle door hem aan de Zorgaanbieder betaalde gelden

Overeenkomst multidisciplinaire zorg 2016/2017

voor zover deze door de Zorgaanbieder nog niet zijn benut om de onderaannemers bedoeld in artikel 3 van deze overeenkomst te betalen.

6. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om de relevante documenten waaruit de vermogenspositie van de Zorgaanbieder blijkt door de eigen interne accountant of eventueel de externe accountant te laten beoordelen indien omstandigheden hiertoe aanleiding geven. Van dergelijke omstandigheden is in ieder geval sprake in de situatie als omschreven in lid 5 van dit artikel.
7. Ingeval een onderaannemer die een deel van de Zorg verleent voor de Zorgaanbieder als gevolg van een rechterlijke uitspraak een maatregel krijgt opgelegd die hem/haar verhindert Zorg te verlenen aan verzekerden, informeert de Zorgaanbieder zowel de Zorgverzekeraar, als de Inspectie voor de Gezondheidszorg hieromtrent.
8. Informatie over de te leveren Zorg en de organisatie van de Zorgaanbieder is actueel en wordt beschikbaar gesteld via tenminste de wachtkamers van de Zorgaanbieder en haar onderaannemers en de website van de Zorgaanbieder, danwel via post verkrijgbaar indien de verzekerde daarom vraagt.
9. De Zorgaanbieder is transparant over alle (derde) geldstromen, subsidies en/of geleverde diensten in natura (zoals scholing) door bedrijven (o.a. farmaceutische bedrijven), instellingen of overheden. De Zorgaanbieder beschrijft dit (in haar offerte/bedrijfsplan) en stelt dit beschikbaar aan de Zorgverzekeraar.

Artikel 7 Klinisch Informatie Systeem (KIS)

1. De Zorgaanbieder gebruikt een Klinisch informatiesysteem (KIS) dat voldoet aan de functionaliteiten zoals beschreven in het "Inkoopbeleid voor zorggroepen 2016/2017 Coöperatie VGZ".

Artikel 8. Informeren van de patiënt, individueel zorgplan en zelfmanagement

1. Zodra de patiënt in Zorg wordt genomen, werkt de Zorgaanbieder met een individueel zorgplan. Dit individueel zorgplan voldoet tenminste aan de volgende vereisten:
 - a. het individueel zorgplan is altijd raadpleegbaar voor alle betrokken onderaannemers én de patiënt;
 - b. de behandeldoelen worden in dialoog tussen patiënt en Zorgaanbieder opgesteld;
 - c. de patiënt stemt in met het voorgestelde zorgplan (informed consent);
 - d. er is beschreven hoe de doelen worden bereikt met een tijdpad (acties) hierbij;
 - e. de rollen en de verantwoordelijkheden van de Zorgaanbieder en van de patiënt (inclusief zelfmanagement) zijn beschreven;
2. De Zorgaanbieder voert in 2016 een zelfscan uit die aangeeft in welke ontwikkelfase de Zorgaanbieder zich bevindt ten aanzien van zelfmanagement. De Zorgaanbieder maakt hier beleid op dat ertoe leidt dat de Zorgaanbieder uiteindelijk beschikt over een patiëntenplatform met daaraan gekoppeld:
 - het medische dossier via het KIS;
 - het individueel zorgplan
 - de beschikbaarheid van een zelfmanagementtool

Artikel 9 Declaratie en betaling

In aanvulling op de bepalingen met betrekking tot declareren die in de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2016 zijn opgenomen, komen de Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar het volgende overeen.

1. De vigerende beleidsregel (NR-CU 727 regeling multidisciplinaire zorg) is onverkort van toepassing.
2. De Zorgaanbieder declareert de tarieven voor geleverde Zorg uitsluitend bij de Zorgverzekeraar.
3. In afwijking van de Algemene voorwaarden zorginkoop VGZ 2016 levert de Zorgaanbieder een digitale declaratie aan per kwartaal. Het kwartaalbedrag wordt gedeclareerd op 1 februari, 1 mei, 1 augustus en 1 november. In de declaratie worden de patiënten meegenomen die op de eerste dag van het kwartaal (1 januari, 1 april, 1 juli, 1 oktober) bij de Zorgaanbieder in Zorg zijn (hiervan is sprake bij het eerste contact/controlé). De voorfinanciering van de component prestatiebekostiging wordt éénmalig op 1 februari gedeclareerd met verrichtingsdatum 1 januari.

Overeenkomst multidisciplinaire zorg 2016/2017

4. De (digitale en overige) gegevens over de declaratieverwerking en betaling in de bestanden van de Zorgverzekeraar, waaronder begrepen die van Vecozo, strekken tussen partijen tot volledig bewijs, behoudens tegenbewijs door de Zorgaanbieder.

Artikel 10 Voorkomen dubbele declaraties

1. De Zorg wordt zodanig door de Zorgaanbieder georganiseerd dat geen sprake is van dubbeldeclaraties.
2. Zodra de Zorg als bedoeld in deze overeenkomst door de Zorgaanbieder aan een verzekerde van de Zorgverzekeraar aanvangt, worden zowel bij de Zorgverzekeraar als de patiënt geen declaraties ingediend voor dezelfde zorg (bijvoorbeeld voor consulten (inclusief visites, (herhaal)recepten, M&I-verrichtingen).
3. De Zorgaanbieder informeert de verzekerde over het feit dat deze geen (onderdeel van de) Zorg kan afnemen van niet door de Zorgaanbieder gecontracteerde onderaannemers.
4. Specifiek voor labonderzoek geldt dat de Zorgaanbieder verantwoordelijk is voor het declaratieverkeer dat ontstaat vanuit de aanvraag voor labonderzoek voor patiënten in de keten, wat betreft bepalingen die door de Zorgverzekeraar bij de Zorgaanbieder zijn ingekocht. In dat geval declareren de gecontracteerde de door de Zorgverzekeraar ingekochte labbepalingen, ten behoeve van de DM II ketenzorgpatiënten, bij de Zorgaanbieder. Declaraties voor ketenzorgpatiënten voor bij de Zorgaanbieder ingekochte bepalingen kunnen door de laboratoria niet bij de Zorgverzekeraar worden gedeclareerd.
5. Het meekijkconsult (waarbij de medisch specialist de patiënt ziet) kan niet gedeclareerd worden wanneer in de 2e lijn voor deze patiënt voor deze zorgvraag een DOT in de eerste drie maanden na het fysieke meekijkconsult wordt geopend, danwel reeds was geopend in de voorgaande maanden.
6. In geval door onderaannemers ten onrechte zorgkosten in rekening zijn gebracht bij de Zorgverzekeraar heeft de Zorgverzekeraar het recht deze, te verrekenen met diens betalingen aan de onderaannemers c.q. bij hen terug te vorderen. De Zorgaanbieder heeft een nadrukkelijke rol ten aanzien van het declaratiegedrag van haar onderaannemers voor zover het de door de Zorgaanbieder geleverde Zorg raakt.
7. De Zorgaanbieder evalueert regelmatig de met het ziekenhuis gemaakte afspraken die tot doel hebben het voorkomen dat gelijksoortige zorg bij dezelfde patiënt tegelijk door specialist/ziekenhuis (tweede lijn) geleverd wordt. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het vastleggen van afspraken met samenwerkingspartners in eerste en tweede lijn.
8. De DBC's voor Diabetes Mellitus II en CVRM kunnen voor één patiënt niet gelijktijdig gedeclareerd worden. Deze ketens sluiten elkaar uit.

Artikel 11 Nacalculatie

In bijlage 1 'Tarieven, nacalculatie en reserves' wordt geregeld welke voorwaarden gelden voor nacalculatie.

Artikel 12 Duur van de overeenkomst

1. Deze overeenkomst is tussen de Zorgverzekeraar en de Zorgaanbieder van kracht vanaf 1 januari 2016 en is aangegaan voor een bepaalde termijn, te weten tot en met 31 december 2017.
2. De afspraken voor de keten VVR binnen CVRM gelden vanaf 1 januari 2016 tot en met 31 december 2016. In verband met de doorontwikkeling van deze keten worden voor 2017 nieuwe afspraken gemaakt.
3. In het traject 'Het roer gaat om' is afgesproken dat veldpartijen voor 2017 werken aan uniformering van de overeenkomsten voor multidisciplinaire zorg. Bij landelijke overeenstemming op dit punt worden noodzakelijke wijzigingen in de overeenkomst meegenomen.
4. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om voor 2017 op de volgende onderdelen van de overeenkomst wijzigingen door te voeren:
 - a. De hoogte van de normen van de huidige prestatie-indicatoren waarvoor prestatiebekostiging geldt. Omvang van de vaste en variabele huisartsencomponent wijzigt niet.
 - b. De selectie van prestatie-indicatoren voor prestatiebekostiging, indien de landelijke afspraken hierover wijzigen.

Overeenkomst multidisciplinaire zorg 2016/2017

- c. De besparingsdoelstelling voor doelmatig voorschrijven (zie bijlage 1) wordt in 2016 voor 2017 vastgesteld.
5. Indien de Zorgaanbieder zich niet kan vinden in de mogelijke wijzigingen van de overeenkomst die voortvloeien uit het bepaalde in lid 4 a t/m c, heeft zij de mogelijkheid om deze overeenkomst (Overeenkomst multidisciplinaire zorg 2016-2017) op te zeggen.

Opgemaakt in tweevoud te Arnhem d.d. <<datum>>

De Zorgverzekeraar

De Zorgaanbieder

Naam: Dhr. B. Bokma
Directeur Zorginkoop Generieke en Integrale Zorg

Naam :
Functie: