



Bijlage **Specifieke bepalingen Zorgovereenkomst Geriatrische Revalidatiezorg 2024**

Artikel 1. Zorgverlening

De zorgaanbieder

1. levert zorg aan verzekerden van de zorgverzekeraar en levert zorg voor zover 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. is bereikbaar en beschikbaar conform de vigerende richtlijnen van zijn beroepsgroep;
3. levert zorg die voldoet aan de eisen en voorwaarden zoals gesteld in de vigerende beleidsregels, nadere regels en tarief- en prestatiebeschikkingen van de NZa;
4. levert zorg zoals beschreven in het zorgplan dat is vastgelegd in het patiëntendossier. Een zorgplan is een dynamische set van afspraken van de verzekerde met de zorgverlener(s) over zorg en zelfmanagement. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, interventies en resultaten in relatie tot de behoeften en situatie van de verzekerde. Ze komen in gezamenlijke besluitvorming met de cliënt tot stand;
5. erkent samen met de zorgverzekeraar een doelmatigheidsplicht. Dat wil zeggen dat de zorgaanbieder zich bij de verlening van zorg mede laat leiden door overwegingen van doelmatigheid, waaronder deze overeenkomst in ieder geval een afweging van de kosten en baten van de zorg verstaat. De zorgaanbieder verleent geen zorg die leidt tot onnodige kosten;
6. neemt met de ondertekening van deze overeenkomst de verantwoordelijkheid op zich voor de continuïteit van zorg en de overeengekomen prestaties. Derhalve worden op voorhand geen cliënten geweigerd, bijvoorbeeld op basis van zorgzwaarte of regionale kenmerken;
7. werkt in het geval van capaciteitsproblemen samen met de andere zorgorganisaties in zijn regio om ervoor te zorgen dat alle zorgvragers adequaat bediend worden met in achtname van relevante wet- en regelgeving waaronder de Wet marktordening gezondheidszorg en de Mededingingswet. De organisatie waar een verzekerde zich meldt zoekt, indien de zorg niet door de eigen organisatie geleverd kan worden, een geschikte andere gecontracteerde aanbieder die de zorg gaat leveren. Indien dit niet lukt, dan kan worden verwezen naar de afdeling Zorgadvies- en bemiddeling van zorgverzekeraar. Dit geschiedt in nauw overleg met de cliënt;
8. maakt samen met de verzekerde afspraken over de start van zorg binnen 2 weken, of binnen 24 uur na vaststelling van de zorgvraag indien dit uit medisch oogpunt noodzakelijk is en treft de nodige maatregelen om de toegangs- en wachttijden voor verzekerden tot een minimum te beperken. De zorgaanbieder heeft zicht op wachttijden en deelt dit indien gevraagd direct met de zorgverzekeraar;
9. heeft een aantoonbare samenwerkingsrelatie met in elk geval het sociaal domein, de eerste lijn c.q. de huisarts en het ziekenhuis in de regio waarin de zorgaanbieder actief is;
10. zorgt bij elke cliënt voor een kleine stabiele groep betrokken zorgverleners;
11. streeft ernaar om contacten met de familie of vertegenwoordiger van de verzekerde zoveel mogelijk via dezelfde contactpersoon van de zorgaanbieder te laten verlopen;
12. dient, indien de zorgaanbieder zorg in rekening brengt bij de zorgverzekeraar waarvoor een bijzondere bekwaamheid nodig is, te voldoen aan de door de beroepsgroep gestelde voorwaarden waaronder de inschrijving in de specifieke registers.

Artikel 2. Specifieke bepalingen zorgverlening GRZ

1. De zorgaanbieder biedt aantoonbaar een zorgaanbod dat valt onder de aanspraak zoals genoemd in artikel 3 van de Zorgovereenkomst Geriatrische Revalidatiezorg 2024.
2. De zorgaanbieder verleent zorg slechts na verwijzing door een medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde na het uitvoeren van een geriatrisch assessment. De zorgaanbieder neemt deze verwijzing op in het patiëntendossier.



3. De zorgaanbieder heeft ten tijde van het sluiten van deze overeenkomst een Veiligheids Management Systeem dat adequaat is voor de geriatrische revalidatiezorg.
4. De zorgaanbieder treft de nodige maatregelen om de toegangs- en wachttijden voor verzekerden van de zorgverzekeraar tot een minimum te beperken. De zorgaanbieder zoekt actief mee naar alternatief aanbod binnen of buiten de organisatie indien niet aan voorgaande kan worden voldaan.
5. De zorgaanbieder verstrekt aan de zorgverzekeraar per kwartaal - binnen 21 dagen na afloop van elk kwartaal - de ingevulde GRZ-monitor.
6. De zorgaanbieder voldoet aan de minimumeisen aanbieders Geriatrische Revalidatiezorg zoals vermeld in het Inkoopbeleid Eerstelijnsverblijf, Geriatrische revalidatiezorg en Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen 2024 en zoals door de zorgaanbieder bevestigd in de inschrijving via Vecozo.
7. De zorgaanbieder is aangesloten bij het regionale coördinatiepunt dat tenminste de toeleiding naar ELV, GRZ en Wlz crisis organiseert.
Het coördinatiepunt beschikt ten minste over de volgende 4 functionaliteiten:
 - Het beoordelen van de zorgbehoefte (triage),
 - 24/7 bereikbaarheid en inzicht geven in de beschikbare capaciteit,
 - Monitoring en evaluatie functioneren regionale coördinatiefunctie,
 - Kwaliteit en effectmeting regionale coördinatiefunctie.

Artikel 3. Wlz en Wmo

1. De zorgaanbieder monitort de zorgvraag van de cliënt cyclisch, stelt zo nodig het behandelplan bij en heeft hierbij doorlopend aandacht voor een eventuele aanspraak vanuit een ander domein zoals de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of de Wet langdurige zorg (Wlz). De zorgaanbieder gaat tijdig het gesprek aan met een cliënt indien te verwachten valt dat de zorgvraag zich ontwikkelt tot een vraag die voldoet aan de aanspraak Wlz en legt dit navolgbaar vast in het zorgdossier. Indien de zorgvraag voldoet aan de aanspraak Wlz begeleidt de zorgaanbieder de verzekerde naar het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) voor de aanvraag van een indicatie voor langdurige zorg.
2. Indien een verzekerde op basis van de indicatiestelling van het CIZ voldoet aan de zorginhoudelijke toegangscriteria en daarmee recht heeft op zorg vanuit de Wlz, vervalt de aanspraak op zorg vanuit de Zorgverzekeringswet.

Artikel 4. Continuïteit van de zorg

1. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de continuïteit en kwaliteit van de te leveren zorg. Dit betekent dat er 24 uur per dag beschikbaarheid van zorg moet zijn als de situatie van de cliënt daar om vraagt.
2. De zorgaanbieder zal aan de zorgverzekeraar alle feiten en omstandigheden melden die wijzen op zowel financiële als inhoudelijke risico's voor continuïteit of kwaliteit van de door de zorgaanbieder te verlenen zorg zodra deze zich voordoen.
3. Partijen treden in overleg als de zorgverzekeraar vragen heeft over de realisatiecijfers van de zorgaanbieder of over de mate waarin de continuïteit of kwaliteit van de zorgverlening is gewaarborgd. Na een eerste verzoek van de zorgverzekeraar om relevante informatie, verstrekt de zorgaanbieder die informatie.

Artikel 5: Vroegtijdige zorgbeëindiging

1. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het maken van afspraken met andere veldpartijen om vroegtijdig en proactief te kunnen handelen in geval van cliëntsituaties die mogelijk leiden tot zorgbeëindiging.
2. In geval van een voorgenomen vroegtijdige beëindiging van zorg stelt de zorgaanbieder de verzekerde en de afdeling Zorgadvies en bemiddeling van de zorgverzekeraar



(zorgbemiddeling@vgz.nl) daarvan tijdig, schriftelijk en beargumenteerd op de hoogte, met inachtneming van de privacyregelgeving.

3. De zorgaanbieder blijft verantwoordelijk voor de zorglevering aan de verzekerde totdat er een passende oplossing is gevonden en beëindigt de zorgverlening pas na melding en toestemming van de zorgverzekeraar. Beide partijen onthouden zich van het actief zoeken van publiciteit over voorgaande.

Artikel 6. Kwaliteit

1. De zorgaanbieder volgt de richtlijnen zoals die door organisaties van patiënten, beroepsgroep, brancheorganisaties en zorgverzekeraars zijn opgesteld.
2. Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om na te gaan of de zorgaanbieder de zorgovereenkomst op een juiste en volledige wijze nakomt, onder andere maar niet uitsluitend ten aanzien van de kwalitatieve criteria die worden gesteld in de zorgovereenkomst. Wanneer blijkt dat de zorgaanbieder niet voldoet aan één of meer voorwaarden uit de zorgovereenkomst dan volgt hieruit een verbeterafspraken. Wanneer bij een herhaalcontrole blijkt dat de zorgaanbieder deze verbeterafspraken niet naleeft, kunnen hier (financiële) consequenties aan verbonden worden.

Artikel 7. Informatievoorziening aan de zorgverzekeraar

1. Op verzoek van de zorgverzekeraar geeft de zorgaanbieder nader inzicht in zijn financiële vermogenspositie (inclusief solvabiliteit, rentabiliteit, liquiditeit) en bedrijfsvoering van de eigen onderneming, de in groepsverband verbonden ondernemingen en de door de zorgaanbieder gecontracteerde onderlinge dienstverlener(s).
2. De zorgaanbieder informeert de zorgverzekeraar vooraf schriftelijk over een voorgenomen verandering in de juridische structuur, in het bestuur, wanneer er sprake is van een voorgenomen fusie of overname of anderszins belangrijke wijziging die relevant kan zijn voor de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar behoudt zich bij fusies/overnames het recht voor om de overeenkomst te beëindigen.

Artikel 8. Zorgkostenplafond

1. Partijen komen een zorgkostenplafond overeen zoals vermeld in deze overeenkomst. Dit zorgkostenplafond vormt het maximum van de som van de declaraties die de zorgverzekeraar in enig jaar aan de zorgaanbieder vergoedt voor de in dat jaar geleverde zorg onder deze overeenkomst. Het zorgkostenplafond geldt voor alle verzekerden ongeacht de soort verzekering. Deze afspraken worden vastgelegd in de overeenkomst.
2. Voor zover een declaratie waarmee het zorgkostenplafond zou worden overschreden, wordt voldaan, is deze betaling onverschuldigd.
3. Bij het vaststellen of het maximum van het zorgkostenplafond is bereikt worden de kosten van zorg, verleend door een andere instelling dan die van de zorgaanbieder meegenomen, indien:
 - a. de activa, passiva, baten en lasten van de instelling worden opgenomen in de geconsolideerde jaarrekening van de zorgaanbieder dan wel beide zijn opgenomen in de geconsolideerde jaarrekening van een derde partij, en
 - b. de andere zorgaanbieder dan wel de derde partij met de zorgverzekeraar geen zorgkostenplafond is overeengekomen.
4. Het is de zorgaanbieder niet toegestaan voor dezelfde zorg als waarvoor hij bij de zorgverzekeraar is gecontracteerd bij een niet gecontracteerde aanbieder van deze zorg als onderaannemer op te treden.
5. De zorgaanbieder informeert de zorgverzekeraar indien het zorgkostenplafond overschreden gaat worden.
 - Met een verzoek tot ophoging meldt de zorgaanbieder zich bij de zorgverzekeraar bij het bereiken van 70% van het zorgkostenplafond. De zorgaanbieder levert daarbij de volgende gegevens aan, te weten: de prognose van de te verwachten productie voor 2024.
 - Zorgverzekeraar beoordeelt of er nog aanvullende informatie nodig is van de zorgaanbieder om een besluit te nemen over een eventuele ophoging van het zorgkostenplafond. Wanneer



de informatie compleet is, ontvangt de zorgaanbieder hierover bericht en volgt binnen 3 weken uitsluitel over het al dan niet ophogen van het zorgkostenplafond. Zonder expliciete schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar kan de zorgaanbieder niet uitgaan van een plafondophoging en blijft het afgesproken zorgkostenplafond ongewijzigd.

- Indien de zorgverzekeraar het zorgkostenplafond niet ophoogt, dan hoeft de zorgaanbieder geen nieuwe cliënten met een naturapolis meer in zorg te nemen. Zorgaanbieder maakt hiervan op neutrale wijze melding op haar website.
 - Zorgaanbieder verwijst nieuwe cliënten met een naturapolis die niet in zorg kunnen worden genomen in eerste instantie door naar andere door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. Indien de zorgvraag van de cliënt daarmee niet op te lossen is, verwijst de zorgaanbieder deze cliënten door naar de afdeling Zorgadvies & Bemiddeling van de zorgverzekeraar.
 - Zorgaanbieder neemt cliënten met een combinatiepolis altijd in zorg, ook als zij zich melden nadat het zorgkostenplafond is bereikt. Het zorgkostenplafond omvat zowel de zorg aan cliënten met een natura- als aan cliënten met een combinatiepolis. Zorgaanbieder houdt er bij de spreiding van het zorgkostenplafond over het gehele jaar rekening mee dat zij altijd ruimte over houdt om een cliënt met een combinatiepolis in zorg te nemen.
 - Er geldt in alle gevallen een doorleverplicht voor alle cliënten die reeds in zorg zijn en nieuwe cliënten met een combinatiepolis zonder dat zorgverzekeraar daarvoor een vergoeding verschuldigd is.
6. Afspraken met betrekking tot het zorgkostenplafond zijn onder andere gebaseerd op het aantal verzekerden op het moment van contracteren. Afhankelijk van de toe- of afname van het aantal verzekerden van de zorgverzekeraar in de leeftijdscategorie van 71 jaar en ouder tussen het moment van contracteren en 31 januari 2024, heeft de zorgverzekeraar de mogelijkheid het zorgkostenplafond eenzijdig te herzien zonder dat hiervoor voorafgaande overeenstemming nodig is met de zorgaanbieder.
 7. De zorgverzekeraar neemt contact op met de zorgaanbieder om de prognose te bespreken als de zorgverzekeraar verwacht dat de realisatie van zorgkosten bij de zorgaanbieder in de loop van 2024 op jaarbasis meer dan 10% achterblijft bij het overeengekomen zorgkostenplafond. Indien nodig kan de zorgverzekeraar, nadat de zorgaanbieder is gehoord, het overeengekomen zorgkostenplafond tussentijds eenzijdig neerwaarts aanpassen.
 8. De zorgverzekeraar doet een verzoek tot terugbetaling indien er sprake is van een overschrijding van het overeengekomen zorgkostenplafond. Partijen komen overeen dat de zorgaanbieder de overschrijding zo spoedig mogelijk na het eerste verzoek terugbetaalt aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan de vordering ook verrekenen met al hetgeen de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder verschuldigd is.
 9. Bij eventuele tussentijdse beëindiging van deze overeenkomst stelt de zorgverzekeraar het zorgkostenplafond naar tijdsevenredigheid nader vast. Hierbij wordt geen rekening gehouden met declaratiefluctuaties in tijd. Het zorgkostenplafond wordt vastgesteld aan de hand van het aantal maanden dat de overeenkomst geldig was.

Artikel 9. Declaratie

1. De zorgaanbieder declareert conform de vigerende versie van de Externe Integratie Standaard die van toepassing is op de overeengekomen zorg.
2. Declaraties kunnen alleen worden ingediend onder de AGB-code van de zorgaanbieder, zoals vermeld in deze zorgovereenkomst. Het is niet toegestaan onder een andere AGB-code (verder) te declareren.
3. Voor verleende zorg gelden de tarieven die de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar in deze overeenkomst en de eventueel bijbehorende addenda overeenkomen. Deze tarieven gelden voor alle bij de zorgverzekeraar gedeclareerde kosten.
4. De zorgaanbieder declareert de op grond van deze overeenkomst verleende zorg uitsluitend bij de zorgverzekeraar.



5. Declaraties vinden alleen plaats op basis van feitelijk geleverde zorg.
6. Als de zorgaanbieder een declaratie wil intrekken of wijzigen, dient deze daartoe een creditregel aan te leveren via Vecozo, conform de bepalingen van Vektis en de actuele declaratiestandaard.

Artikel 10. Controles

1. De zorgverzekeraar hanteert een maximale termijn van 2 jaar ($t - [2]$ in shadejaren) om de materiële controle op te starten, mits de zorgaanbieder zich houdt aan de afgesproken declaratieafspraken zoals overeengekomen in de Uniforme declaratieparagraaf behorende bij voornoemd artikel 9, waaronder de termijn van indiening van declaraties. Deze beperking van de controletermijn geldt niet indien en voor zover de resultaten uit de jaren welke gecontroleerd zijn, dan wel andere signalen van welke aard dan ook, waaronder maar niet uitsluitend (een vermoeden van) fraude, aanleiding geven om ook eerdere jaren alsnog te controleren. Dit is ter beoordeling aan de zorgverzekeraar.

Artikel 11. Niet-nakoming

1. Indien de zorgaanbieder tekortschiet in de nakoming van één of meer verplichtingen uit deze overeenkomst (en bijbehorende documenten), dan stelt de zorgverzekeraar de zorgaanbieder in gebreke. Als nakoming van de betreffende verplichting blijvend onmogelijk is, is de zorgaanbieder onmiddellijk in verzuim.
2. De ingebrekestelling gebeurt schriftelijk, waarbij de zorgverzekeraar de zorgaanbieder een redelijk termijn gunt om alsnog de verplichtingen na te komen. Deze termijn heeft het karakter van een fatale termijn.
3. In geval van niet nakoming van de verplichtingen uit deze overeenkomst, behoudt de zorgverzekeraar zich het recht voor de overeenkomst te ontbinden, voor zover de zorgaanbieder in verzuim is.
4. Onverminderd het bepaalde in lid 3 heeft de zorgverzekeraar de mogelijkheid om, indien vast is komen te staan dat de zorgaanbieder de afspraken in deze overeenkomst niet nakomt, maatregelen te nemen.
5. Onverminderd het bepaalde in de leden 3 en 4 is de zorgaanbieder indien deze toerekenbaar tekortschiet in het nakomen van één of meer verplichtingen uit deze overeenkomst, aansprakelijk voor vergoeding van de door de zorgverzekeraar, respectievelijk door verzekerden, geleden en te lijden schade. Van de zorgverzekeraar mag verwacht worden dat deze alles onderneemt wat van haar gevergd kan worden om de schade te beperken. Dit doet niet af aan de plicht van de zorgaanbieder om de zorg naar behoren uit te voeren.

Artikel 12. UBO (Ultimate Beneficial Owner)

1. De overeenkomst wordt gesloten onder de opschortende voorwaarden dat de zorgverzekeraar bekend is met de UBO('s) van de zorgaanbieder en de betreffende UBO('s) niet onder een wettelijke sanctieregeling valt. Een UBO is een belanghebbende, natuurlijk persoon, die direct of indirect voor meer dan 25% economisch- of eigendomsbelang heeft in (het vermogen van) de organisatie, dan wel degene die voor meer dan 25% zeggenschap uitoefent.
2. Zorgverzekeraar doet zelf onderzoek naar de UBO van de zorgaanbieder. Mocht de zorgverzekeraar de UBO niet zelf kunnen vaststellen, dan is de zorgaanbieder verplicht deze informatie te verstrekken.
3. Indien de UBO('s) van de zorgaanbieder gedurende de looptijd van deze overeenkomst wijzigt, is de zorgaanbieder verplicht dit vooraf te melden aan de zorgverzekeraar. De melding dient zodanig tijdig te geschieden dat de zorgverzekeraar in staat is het onderzoek, als bedoeld in lid 1 en 2, voorafgaand aan de wijziging af te ronden.
4. Onverminderd de geldigheid van deze overeenkomst betaalt de zorgverzekeraar nooit aan een zorgaanbieder, waarvan de UBO niet bekend wordt gemaakt door de zorgaanbieder of de UBO onder een wettelijke sanctieregeling valt.