



Bijlage

Specifieke bepalingen Zorgovereenkomst Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen 2024

Artikel 1. Algemene bepalingen 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. De Zorgaanbieder informeert de Verzekerde voor aanvang van de Zorg indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat de Verzekerde geen of een gedeeltelijk recht op vergoeding heeft op grond van zijn zorgverzekering zoals gedefinieerd in de Zorgverzekeringswet of indien een voorafgaande toestemming van de Zorgverzekeraar nodig is;
3. is bereikbaar en beschikbaar conform de vigerende richtlijnen van zijn beroepsgroep;
4. levert zorg die voldoet aan de eisen en voorwaarden zoals gesteld in de vigerende beleidsregels, nadere regels en tarief- en prestatiebeschikkingen van de NZa;
5. 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;
6. laat zich bij de verlening van zorg mede 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 doelmatiger met behulp van hulpmiddelen geleverd kan worden. Ook streeft zorgaanbieder ernaar om zorg die aan cliënt of diens mantelzorger aangeleerd kan worden zo spoedig mogelijk af te schalen of te beëindigen;
7. 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;
8. 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;
9. 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 kan indien gevraagd dit delen met de zorgverzekeraar;
10. 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;
11. zorgt bij elke cliënt voor een kleine stabiele groep betrokken zorgverleners;
12. streeft ernaar om contacten met de familie of vertegenwoordiger van de verzekerde zoveel mogelijk via dezelfde contactpersoon van de zorgaanbieder te laten verlopen;
13. 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

Lid 1 specifieke bepalingen zorgverlening Arts verstandelijk gehandicapten (arts VG)

1. De zorgaanbieder biedt aantoonbaar een zorgaanbod dat valt onder de aanspraak zoals genoemd in artikel 3 van de zorgovereenkomst.
2. De regiebehandelaar stelt een individueel behandelplan op voor de patiënt. Deze voorwaarde geldt niet indien de zorgverlening aan de patiënt alleen gericht overleg met de behandelend arts van de patiënt betreft.
3. Bij een consult zonder direct fysiek face-to-face-contact met de patiënt, anders dan het gericht overleg met de behandelend arts van de patiënt, moet voldaan worden aan de voorwaarden als opgenomen in de KNMG handreiking Videoconsulten, zoals gepubliceerd op de website van KNMG.
4. Diagnostiek na verwijzing en de uitvoering van en regie op het behandelplan kan alleen in rekening worden gebracht voor zover sprake is van directe tijd met de patiënt zelf dan wel de vertegenwoordiger zoals omschreven in artikel 465 van de WGBO.
5. Contact met andere zorgaanbieders en intercollegiaal/multidisciplinair overleg anders dan gericht overleg met de behandelend arts van de patiënt kan niet apart in rekening worden gebracht, ook niet als de patiënt hierbij aanwezig is.
6. De zorgaanbieder voldoet aan de minimumeisen voor zorgaanbieders Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (AVG) zoals vermeld in het Inkoopbeleid Eerstelijnsverblijf, Geriatrische Revalidatiezorg en Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen 2024 en aan de ZN-uitgangspunten GZSP Individueel en GZSP Zorg in een Groep .
7. De zorgaanbieder verleent zorg slechts na verwijzing van de huisarts of een medisch specialist. De zorgaanbieder neemt deze verwijzing op in het patiëntendossier.

Lid 2 specifieke bepalingen zorgverlening Gedragswetenschapper (GWS)

1. De zorgaanbieder biedt aantoonbaar een zorgaanbod dat valt onder de aanspraak zoals genoemd in artikel 3 van de zorgovereenkomst.
2. De regiebehandelaar stelt een individueel behandelplan op voor de patiënt. Deze voorwaarde geldt niet indien de zorgverlening aan de patiënt alleen gericht overleg met de verwijzend arts van de patiënt betreft.
3. De gedragswetenschapper levert zorg/behandeling onder verantwoordelijkheid van en onder de regie van de SO of arts VG. Op de achtergrond is deze aansturing door de SO of de arts VG voortdurend aanwezig. Indien er sprake is van multidisciplinair programma met een erkend keurmerk, zoals FACT of Hersenz kan naast de SO en de arts VG ook een BIG geregistreerde GZ-psycholoog als regiebehandelaar fungeren. Bij een consult zonder direct fysiek face-to-face contact met de patiënt, anders dan het gericht overleg met de verwijzend/behandelend arts van de patiënt, moet voldaan worden aan de voorwaarden als opgenomen in de KNMG-richtlijn omgaan met medische gegevens zoals gepubliceerd op de website van KNMG.
4. Diagnostiek na verwijzing en de uitvoering van het behandelplan kan alleen in rekening worden gebracht voor zover sprake is van directe tijd met de patiënt zelf dan wel de vertegenwoordiger zoals omschreven in artikel 465 van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst.
5. Contact met andere zorgaanbieders en intercollegiaal/multidisciplinair overleg anders dan gericht overleg met de behandelend arts van de patiënt kan niet apart in rekening worden gebracht, ook niet als de patiënt hierbij aanwezig is.
6. De zorgaanbieder voldoet aan de minimumeisen voor zorgaanbieders Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (gedragswetenschapper) zoals vermeld in het Inkoopbeleid Eerstelijnsverblijf, Geriatrische Revalidatiezorg en Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen 2024 en aan de ZN-uitgangspunten GZSP Individueel en GZSP Zorg in een Groep .
7. De zorgaanbieder verleent zorg slechts na verwijzing van de SO of arts VG. De zorgaanbieder neemt deze verwijzing op in het patiëntendossier.



Lid 3 specifieke bepalingen zorgverlening SGLVG

1. De zorgaanbieder biedt aantoonbaar een zorgaanbod dat valt onder de aanspraak zoals genoemd in artikel 3 van de zorgovereenkomst.
2. De hulp wordt geboden door zorgaanbieders met erkende deskundigheid op dit gebied, (specifieke SGLVG-zorgaanbieders) aangesloten bij Expertisecentrum De Borg.
3. De regiebehandelaar stuurt het multidisciplinaire team aan en is verantwoordelijk voor het opstellen, aanpassen en bijstellen van het individueel behandelplan.
4. De zorgaanbieder voldoet aan de minimumeisen voor zorgaanbieders Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (SGLVG) zoals vermeld in het Inkoopbeleid Eerstelijnsverblijf, Geriatrische Revalidatiezorg en Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen 2024 en aan ZN-uitgangspunten GZSP Individueel en GZSP Zorg in een Groep.

Lid 4 specifieke bepalingen Specialist ouderengeneeskunde (SO)

1. De zorgaanbieder biedt aantoonbaar een zorgaanbod dat valt onder de aanspraak zoals genoemd in artikel 3 van de zorgovereenkomst.
2. De regiebehandelaar stelt een individueel behandelplan op voor de patiënt. Deze voorwaarde geldt niet indien de zorgverlening aan de patiënt alleen gericht overleg met de behandelend arts van de patiënt betreft.
3. Bij een consult zonder direct fysiek face-to-face-contact met de patiënt, anders dan het gericht overleg met de behandelend arts van de patiënt, moet voldaan worden aan de voorwaarden als opgenomen in de KNMG-richtlijn online arts-patiënt contact van september 2007.
4. Diagnostiek na verwijzing en de uitvoering van en regie op het behandelplan kan alleen in rekening worden gebracht voor zover sprake is van directe tijd met de patiënt zelf dan wel de vertegenwoordiger zoals omschreven in artikel 465 van de WGBO.
5. Contact met andere zorgaanbieders en intercollegiaal/multidisciplinair overleg anders dan gericht overleg met de behandelend arts van de patiënt kan niet apart in rekening worden gebracht, ook niet als de patiënt hierbij aanwezig is.
6. De zorgaanbieder voldoet aan de minimumeisen voor zorgaanbieders Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (SO) zoals vermeld in het Inkoopbeleid Eerstelijnsverblijf, Geriatrische Revalidatiezorg en Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen 2024 en aan de ZN-uitgangspunten GZSP Individueel en GZSP Zorg in een Groep .
7. Deze prestatie is beperkt tot zorg binnen de GZSP, en kan niet worden gebruikt voor zorg die al in prestaties binnen andere zorgvormen zit opgenomen (zoals eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg).
8. De zorgaanbieder verleent zorg slechts na verwijzing van de huisarts of een medisch specialist. De zorgaanbieder neemt deze verwijzing op in het patiëntendossier.

Lid 5 specifieke bepalingen zorgverlening Zorg in een groep aan lichamelijk gehandicapten en mensen met niet aangeboren hersenletsel

1. De zorgaanbieder biedt aantoonbaar een zorgaanbod dat valt onder de aanspraak zoals genoemd in artikel 3 van de zorgovereenkomst.
2. De zorgaanbieder verleent zorg in een groep aan lichamelijk gehandicapten/mensen met niet-aangeboren hersenletsel, zoals omschreven in de vigerende NZa beleidsregel "geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen".
3. De regiebehandelaar stuurt het multidisciplinaire team aan en is verantwoordelijk voor het opstellen van het individueel behandelplan, waarin concrete en haalbare doelen zijn vastgelegd. De regiebehandelaar voor GZSP is in principe een SO of arts VG. Naast de SO en arts VG kan een BIG geregistreerde GZ-psycholoog ook als regiebehandelaar fungeren bij een multidisciplinair programma met een erkend keurmerk, zoals FACT of Hersenz.
4. Het betreft een integrale prestatie: alle zorg die in de groep geleverd wordt, kan niet tegelijkertijd als individuele prestatie in rekening worden gebracht.



5. De zorgaanbieder verleent zorg slechts na verwijzing van de huisarts, medisch specialist, Specialist Ouderengeneeskunde en Arts Verstandelijk Gehandicapten. De zorgaanbieder neemt deze verwijzing op in het patiëntendossier.
6. De behandeling omvat multidisciplinaire zorg in een groep op basis van een individueel behandelplan ten behoeve van:
 - het aanleren van vaardigheden ter vergroting van zelfregie en praktische zelfredzaamheid;
 - het aanleren van gezond gedrag ter voorkoming en vermindering van met niet-aangeboren hersenletsel (nah) of lichamelijke beperkingen verbonden gezondheidsproblematiek en gezondheidsrisico's, zoals het optreden van psychische en maatschappelijke problemen;
 - het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening of van het ontstaan van met de aandoening gerelateerde stoornissen. Het behandelprogramma wordt aangeboden om betrokkene zoveel als mogelijk fysiek en psychisch te leren omgaan met de aandoening en beperkingen die uit de aandoening en beperkingen voortvloeien.
7. De behandeling is erop gericht de functionele autonomie van de patiënt te behouden en te bevorderen. De zorg beoogt achteruitgang en escalatie te voorkomen, gedrag hanteerbaar te maken en fysiek en psychisch functioneren te verbeteren. De prestatie is geen vervanging van medisch specialistische revalidatie (MSR) en geriatrische revalidatiezorg (GRZ).
8. De zorgaanbieder voldoet aan de minimumeisen voor zorgaanbieders Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (zorg in een groep aan lichamenlijk gehandicapten en mensen met niet aangeboren hersenletsel) zoals vermeld in het Inkoopbeleid Eerstelijnsverblijf, Geriatrische Revalidatiezorg en Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen 2024 en aan de ZN-uitgangspunten GZSP Individueel en GZSP Zorg in een Groep
9. Het betreft multidisciplinaire behandeling in groepsverband in een specifieke setting van:
 - patiënten met (niet-aangeboren) hersenletsel (en hun directe naasten inzake het bewaken van de balans tussen draaglast en draagkracht van het mantelzorgsysteem) bij wie sprake is van complexe problematiek, gericht op het stabiliseren en leren omgaan met de stoornis en gevolgen van het niet-aangeboren hersenletsel en het verbeteren van het functioneren in de vorm van:
 - o acceptatie en verliesverwerking;
 - o cognitieve problematiek (met name als gevolg van stoornissen in informatieverwerking, aandacht en executief functioneren, sociale cognitie, emotieregulatie, initiatief name en ziekte-inzicht);
 - o neuro-motorische stoornissen;
 - o communicatieproblemen (o.a. afasie, spraakapraxie),
 - o ernstig verstoorde energiebalans, en/of;
 - o (vaak) leidend tot psychische problemen en/of gedragsproblematiek en tot ernstige beperkingen in het sociaal en maatschappelijk functioneren.
 - patiënten met een lichamelijke handicap (waar onder orgaanstoornissen en neuro-motorische stoornissen), gericht op het leren omgaan met de invaliderende gevolgen van de aandoening, op het benutten van restmogelijkheden in het kader van behoud van zelfredzaamheid, en op het stabiliseren van functioneren en voorkomen van verergering van klachten welke samenhangen met chronische aandoeningen.

Lid 6 specifieke bepalingen zorgverlening Zorg in een groep aan kwetsbare patiënten

1. De zorgaanbieder biedt aantoonbaar een zorgaanbod dat valt onder de aanspraak zoals genoemd in artikel 3 van de zorgovereenkomst.
2. De zorgaanbieder verleent zorg in een groep aan kwetsbare patiënten met somatische dan wel cognitieve problematiek, waaronder psychogeriatrische, met een intensieve



zorgvraag, zoals omschreven in de vigerende NZa beleidsregel "geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen".

3. De regiebehandelaar stuurt het multidisciplinaire team aan en is verantwoordelijk voor het opstellen van het individueel behandelplan, waarin concrete en haalbare doelen zijn vastgelegd. De regiebehandelaar voor GZSP is in principe een SO of arts VG. Naast de SO en arts VG kan een BIG geregistreerde GZ-psycholoog ook als regiebehandelaar fungeren bij een multidisciplinair programma met een erkend keurmerk, zoals FACT of Hersenz.
4. Het betreft een integrale prestatie: alle zorg die in de groep geleverd wordt, kan niet tegelijkertijd als individuele prestatie in rekening worden gebracht.
5. De zorgaanbieder verleent zorg slechts na verwijzing van de huisarts, medisch specialist, Specialist Ouderengeneeskunde of Arts Verstandelijk Gehandicapten. De zorgaanbieder neemt deze verwijzing op in het patiëntendossier.
6. Het doel van de dagbehandeling voor cliënten met somatische problematiek is gericht op het herstel en/of het aanleren van vaardigheden, dan wel het stabiliseren van het functioneren en voorkomen van verergering van beperkingen en/of het leren omgaan met fysieke en/of cognitieve beperkingen.
7. Het doel van de dagbehandeling voor cliënten met psychogeriatrische problematiek is gericht op het behandelen, beheersbaar houden en vertragen van stemmings-, geheugen- en gedragsproblematiek.
8. Tijdens de behandeling in een groep – voor zover medisch noodzakelijk ten tijde van de behandeling – is het direct inroepen van verpleegkundige zorg mogelijk. Deze verpleegkundige zorg maakt daarmee ook onlosmakelijk onderdeel uit van de behandeling in een groep.
9. De zorgaanbieder voldoet aan de minimumeisen voor zorgaanbieders Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (Zorg in een groep aan kwetsbare patiënten) zoals vermeld in het Inkoopbeleid Eerstelijnsverblijf, Geriatrische Revalidatiezorg en Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen 2024 en aan de ZN-uitgangspunten GZSP Individueel en GZSP Zorg in een Groep.

Lid 7 specifieke bepalingen zorgverlening Huntington

1. De zorgaanbieder biedt aantoonbaar een zorgaanbod dat valt onder de aanspraak zoals genoemd in artikel 3 van de zorgovereenkomst.
2. De regiebehandelaar stuurt het multidisciplinaire team aan en is verantwoordelijk voor het opstellen, aanpassen en bijstellen van het individueel behandelplan; de concrete en haalbare behandeldoelen zijn vastgelegd in het individuele behandelplan.
3. Het betreft een integrale prestatie: zorg die in de groep geleverd wordt, kan niet tegelijkertijd als individuele prestatie in rekening worden gebracht.
4. De zorgaanbieder voldoet aan de minimumeisen voor zorgaanbieders Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (zorgverlening Huntington) zoals vermeld in het inkoopbeleid Eerstelijnsverblijf, Geriatrische Revalidatiezorg en Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen 2024 en aan de ZN-uitgangspunten GZSP Individueel en GZSP Zorg in een Groep.

Lid 8 specifieke bepalingen Geriatrisch assessment

1. Deze prestatie mag geleverd worden door een specialist ouderengeneeskunde (SO) na verwijzing door de huisarts of medisch specialist.
2. Voor deze prestatie mag maximaal 2 uur per verzekerde in rekening worden gebracht bij zorgverzekeraar. zorgverzekeraar zal niet meer dan 2 uur vergoeden tegen het overeengekomen tarief zoals vermeld in de zorgovereenkomst. Indien Zorgaanbieder meer dan 2 uren zorg levert, geldt dat Zorgverzekeraar daarvoor geen vergoeding betaalt.
3. De zorgaanbieder voldoet aan de minimumeisen voor zorgaanbieders Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (geriatrisch assessment) zoals vermeld in het inkoopbeleid Eerstelijnsverblijf, Geriatrische Revalidatiezorg en Geneeskundige Zorg voor Specifieke



Patiëntgroepen 2024 en aan de ZN-uitgangspunten GZSP Individueel en GZSP Zorg in een Groep .

4. De volgende voorwaarden gelden specifiek voor opname op de GRZ na opname op het ELV:
 - Als voorafgaand aan de opname op het ELV al duidelijk is dat een patiënt zal worden opgenomen op de GRZ, mag deze prestatie niet bij Zorgverzekeraar of verzekerde in rekening worden gebracht.
 - Als de zorgaanbieder van ELV en GRZ ook de aanbieder is die het onderzoek voor toegang tot GRZ uitvoert, mag deze prestatie niet bij Zorgverzekeraar of verzekerde in rekening worden gebracht.

Artikel 3. Reistoeslag

1. De reistoeslag kan alleen worden gedeclareerd in combinatie met één van de volgende prestaties:
 - Arts verstandelijk gehandicapten
 - Specialist ouderengeneeskunde
 - Gedragwetenschapper
 - Zorg aan patiënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking
 - Onderzoek voor toegang tot geriatrische revalidatiezorg vanuit huis
2. De reistoeslag geldt per bezoek per cliënt.

Artikel 4. Wlz en Wmo

1. De zorgaanbieder monitort de zorgvraag van de cliënt cyclisch, stelt zo nodig de indicatie 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 toetsing door en indicatie 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 5. 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 6. 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 7. 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 verbeterafpraak. Wanneer bij een herhaalcontrole blijkt dat de zorgaanbieder deze verbeterafpraak niet naleeft, kunnen hier (financiële) consequenties aan verbonden worden.

Artikel 8: 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 9. 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 of .
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, deze uitgesplitst per afgesproken prestatie binnen de GZSP.
 - 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 de 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 declaratiefunctuaties in tijd. Het zorgkostenplafond wordt vastgesteld aan de hand van het aantal maanden dat de overeenkomst geldig was.

Artikel 10. Declaratie

1. De Zorgaanbieder declareert conform de vigerende uniforme declaratieparagraaf zoals gepubliceerd op onze website www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders
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 11. Controles

1. De zorgverzekeraar hanteert een maximale termijn van 2 jaar (t – [2] in schadejaren) 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 10, 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 12. 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 13. 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.