

# Algemene bepalingen multidisciplinaire zorg – Definitief concept

## Uitgangspunt

*De algemene bepalingen multidisciplinaire zorg bevatten het landelijk geüniformeerde deel van de overeenkomsten zorgverzekeraar – zorggroep voor de ketenzorg, zoals bedoeld in het document “Het Roer moet om” (versie oktober 2015). De bepalingen kunnen, zover van toepassing, ook gebruikt worden in overige overeenkomsten t.b.v. levering van multidisciplinaire eerstelijns zorg. 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

- **Multidisciplinaire (eerstelijns)zorg:** zorgverlening waarbij zorggroepen<sup>1</sup> met diverse disciplines in samenwerking met de patiënt in onderlinge samenhang geïntegreerde eerstelijnszorg verlenen, waarvan huisartsenzorg een onderdeel is.
- **Zorgprestatie:** multidisciplinaire, geïntegreerde (eerstelijns)zorg zoals omschreven in de geldende beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) inclusief overige prestaties die volgens de NZa-beleidsregels kunnen worden overeengekomen tussen zorgverzekeraar en zorggroep.
- **Zorggroep<sup>1</sup>:** rechtspersoon of maatschap die een overeenkomst met een zorgverzekeraar is aangegaan om multidisciplinaire zorg aan verzekerden van de betreffende zorgverzekeraar te leveren.
- **Geïncludeerde 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 overeen-

---

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

komst 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 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:
  - 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;
  - d. het tarief betreft, dat voor die prestatie krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld of een tarief is dat voor die prestatie met de 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.<sup>2</sup>

- **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;

---

<sup>2</sup> 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.

## 2. Zorgverlening<sup>3</sup>

### *Eisen aan de levering van zorgprestaties*

- 2.1 De zorggroep levert multidisciplinaire (eerstelijns)zorg aan geïncloseerde patiënten en overige zorgprestaties conform de vigerende beleidsregels van de NZa.
- 2.2 De zorggroep levert zorgprestaties aan (geïncloseerde) 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 Ketenzorgprogramma's geïncloseerd.'
- 2.3 De zorggroep levert de zorgprestaties enkel aan patiënten die staan ingeschreven op naam (ION) van een huisarts die onderaannemer is van de zorggroep.
- 2.4 Voor zover van toepassing omvatten de gecontracteerde zorgprestaties de zorgonderdelen zoals beschreven binnen de kaders van de meest recente zorgstandaarden.
- 2.5 De zorggroep 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.
- 2.6 De zorggroep kan de levering van een zorgprestatie aan een patiënt weigeren of de aangevangen 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.
- 2.7 De zorggroep levert zorgprestaties in overeenstemming met de relevante geldende wet- en regelgeving, waaronder in ieder geval begrepen de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp), de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo), de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet big) en Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

---

<sup>3</sup> 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.

### *Kwaliteit van zorg*

- 2.8 De zorggroep 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.
- 2.9 De zorggroep stelt een kwaliteitsbeleid inclusief kwaliteitscyclus op.
- 2.10 Jaarlijks stuurt de zorggroep het kwaliteitsjaarverslag toe waarin onder andere het resultaat van de zorggroep in de meest recente benchmark, zoals bedoeld in artikel 5, en de voortgang op de verbeterpunten zijn opgenomen

### *Zorgverlening door onderaannemers*

- 2.11 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.
- 2.12 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 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.
- 2.13 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.
- 2.14 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.

### **3. Financiële verantwoording**

- 3.1 De zorggroep zendt jaarlijks vóór 1 juni, of op een bilateraal overeengekomen tijdstip, een door een accountant gecontroleerde of geaccordeerde jaarrekening van het voorgaande jaar aan de zorgverzekeraar toe. Bij de verantwoording van bestede gelden wordt een onderscheid gemaakt in gespecificeerde organisatiekosten en gespecificeerde (zorg)kosten.
- 3.2 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 zorggroep.

### **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.

#### *Gegevensverwerking*

- 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.
- 4.5 De zorggroep draagt er zorg voor dat de patiëntenregistratie in ieder geval vijf jaar na afloop van het desbetreffende kalenderjaar overeenkomstig vigerende wetgeving wordt bewaard. De patiëntenregistratie blijft ook nadat de bilaterale overeenkomst een einde heeft genomen voor de zorgverzekeraar voor controledoeleinden beschikbaar.

#### *Informatieverstrekking aan de zorgverzekeraar*

- 4.6 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. Landelijke benchmark**

- 5.1 De zorggroep kan deelnemen aan de landelijke benchmark chronische zorg van InEen. De zorggroep levert de dataset prestatie-indicatoren (gevalideerd) aan bij de landelijke benchmarkinstantie.
- 5.2 Indien gewenst door de zorgverzekeraar levert de zorggroep specifieke rapportage (inclusief trendrapportage) uit de landelijke benchmark chronische zorg uiterlijk op 15 mei aan bij de zorgverzekeraar.
- 5.3 Met wederzijds goedvinden kunnen in afwijking van art. 5.2. regionaal andere afspraken worden gemaakt tussen zorgverzekeraar en zorggroep.

## **6. Controle**

- 6.1 De zorgverzekeraar voert formele en materiële controles uit met inachtneming van de eisen van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Regeling zorgverzekering (Rzv) en het Protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland.
- 6.2 De zorgverzekeraar streeft ernaar controles zo snel mogelijk uit te voeren.

## **7. Fraude**

- 7.1 De zorgverzekeraar neemt bij de uitvoering van fraudeonderzoek in ieder geval het bepaalde bij of krachtens de Wbp, de Zvw en de Rzv in acht.
- 7.2 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.

## **8. Verzekering**

- 8.1 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. Wijzigingen**

- 9.1 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.
- 9.2 Wijzigingen in de overeenkomst kunnen uitsluitend worden aangebracht met wederzijds goedvinden.

## **10. Geschillen**

- 10.1 In geval van een geschil tussen partijen zal worden getracht dit eerst in onderling overleg op te lossen.
- 10.2 Een geschil is aanwezig zodra een partij dit schriftelijk aan de andere partij kenbaar heeft gemaakt.
- 10.3 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.