

**Addendum bij een Betaalovereenkomst CB in het kader van de regeling continuïteitsbijdrage 2020 voor grote zorgaanbieders van wijkverpleging, geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf (uitsluitend voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders)**

**De ondergetekenden:**

- (1) [DE ZORGAANBIEDER] (de **Zorgaanbieder**);
- (2) Alle rechtspersonen uit de hiernavolgende lijst die met de Zorgaanbieder ten behoeve van de continuïteitsbijdrage een betaalovereenkomst continuïteitsbijdrage zullen sluiten en voor wie namens hen – conform een rechtsgeldige mandaatregeling – Zorgverzekeraars Nederland dit addendum zal ondertekenen en hierna in enkelvoud aan te duiden als: de **Zorgverzekeraar**;

ASR Nederland N.V.  
Coöperatie Eno U.A.  
Coöperatie Menzis U.a.  
Coöperatie VGZ UA  
CZ groep  
De Friesland (Zilveren Kruis)  
DSW Zorgverzekeraar  
iptiQ  
OMW Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.  
ONVZ  
Zilveren Kruis

De Zorgverzekeraar en de Zorgaanbieder worden hierna gezamenlijk Partijen en ieder afzonderlijk Partij genoemd.

**Overwegende als volgt:**

- Op 27 februari 2020 deed zich in Nederland de eerste vastgestelde besmetting met COVID-19 voor. COVID-19 heeft zich vervolgens snel binnen Nederland verspreid. De World Health Organization (WHO) heeft op 11 maart 2020 bekendgemaakt dat formeel sprake was van een pandemie. Zorgaanbieders van wijkverpleging, geriatrische revalidatiezorg (**GRZ**) en eerstelijnsverblijf (**ELV**) hebben bij de bestrijding van COVID-19 een enorme prestatie geleverd gedurende de eerste golf van COVID-19 in 2020. De impact van COVID-19 stelde de zorgaanbieders van wijkverpleging, GRZ en ELV niet alleen voor organisatorische uitdagingen, maar ook voor financiële onzekerheid omdat de vraag naar reguliere zorg in 2020 afnam of zelfs volledig stakte;
- Zorgverzekeraars Nederland (**ZN**) heeft in dat kader op 28 mei 2020 aan brancheverenigingen ActiZ en Zorgthuisnl een brief gestuurd met kenmerk B-20-5317 over de mogelijkheid voor zorgaanbieders in de wijkverpleging, GRZ en ELV met een omzet van meer dan € 10 miljoen om een vooruitbetaling aan te vragen (**Bijlage 1**). De vooruitbetaling kon met terugwerkende kracht vanaf 1 april 2020 worden aangevraagd en de regeling was van kracht tot en met 31 augustus 2020. Op 1 juli 2020 heeft ZN de brancheverenigingen ActiZ en Zorgthuisnl per brief geïnformeerd

over de hoofdlijnen van de uitwerking van een nadere compensatieregeling (kenmerk B-20-5343, **Bijlage 2**). Per brief van 31 juli 2020 heeft ZN de brancheverenigingen ActiZ en Zorgthuisnl geïnformeerd over het besluit van de zorgverzekeraars de vooruitbetalingsregeling te verlengen tot en met 31 oktober 2020 (kenmerk B-20-5367, **Bijlage 3**). Per brief van 18 december 2020 zijn de brancheverenigingen ActiZ en Zorgthuisnl door ZN geïnformeerd over de wijzigingen van de compensatieregeling (kenmerk B-20-5515, **Bijlage 4**)<sup>1</sup>;

- De compensatieregeling is nader uitgewerkt in het document 'Integrale compensatieregeling 2020 voor grote zorgaanbieders van wijkverpleging, geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en eerstelijnsverblijf (ELV)', zoals op 1 februari 2021 vastgesteld door het bestuur van ZN (de **Compensatieregeling, Bijlage 5**);
- Zorgaanbieders van wijkverpleging, GRZ en ELV kunnen een beroep op de Compensatieregeling doen. Zorgaanbieders zijn daartoe niet verplicht; door via VECOZO een aanvraag in te dienen conformeren zorgaanbieders zich volledig aan alle afspraken zoals neergelegd in dit addendum. Het betreft zorgaanbieders (met of zonder zorgovereenkomsten) die (i) een Zorgverzekeringswet (**Zvw**)-omzet van meer dan € 10 miljoen<sup>2</sup> hebben in 2019, (ii) ten tijde van het aangaan van dit addendum zijn opgenomen op de lijst 'Overzicht AGB-ondernemings- en vestigingscodes van concerns die behoren tot deze integrale compensatieregeling' zoals weergegeven op <https://www.zn.nl/corona/corona> en (iii) zorg verlenen die valt onder de basisverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering<sup>3</sup> (polisvoorwaarden van Zorgverzekeraars in 2020);
- Zorgverzekeraars hebben zich bereid verklaard aan zorgaanbieders van wijkverpleging, GRZ en ELV voor contractjaar 2020 de volgende compensaties te verstrekken (deze opsomming is niet cumulatief):
  - o een continuïteitsbijdrage, welke ingezet kan worden ter dekking van vaste, doorlopende kosten, zoals loonkosten, kosten voor vastgoed en overige vaste lasten, dit alles met als doel om de continuïteit van zorg ten behoeve van de samenleving als geheel te waarborgen (een **Continuïteitsbijdrage**);
  - o een tegemoetkoming voor de meerkosten die zorgaanbieders in 2020 hebben moeten maken als rechtstreeks gevolg van de uitbraak van COVID-19 (de **Meerkosten**), bestaande uit:
    - een *ex ante* vergoeding voor Meerkosten die voor alle zorgaanbieders van wijkverpleging ELV en/of GRZ geldt;
    - een *ex post* vergoeding voor Meerkosten die de *ex ante* vergoeding overschrijden; en/of
    - alleen gecontracteerde zorgaanbieders: een vergoeding van de Meerkosten in verband met ELV-COVID-bedden.

<sup>1</sup> Op 11 november 2020 heeft ZN de brancheverenigingen ActiZ en Zorgthuisnl ook nog een brief gestuurd over een verlenging van maatregelen ten behoeve van de continuïteit van zorg, waaronder de inzet van helpenden (mbo niveau 2) en de mogelijkheid om digitaal een indicatie te kunnen stellen (kenmerk B-20-5458).

<sup>2</sup> Deze regeling is gericht op concerns van wijkverpleging, GRZ en ELV, met ten minste één AGB-ondernemingscode met meer dan € 10 miljoen omzet uit de Zvw. Van alle concerns met ten minste één kwalificerende AGB-ondernemingscode, komen er in totaal 155 AGB-ondernemingscodes, inclusief onderliggende AGB-vestigingscodes in aanmerking voor de integrale compensatieregeling voor grote zorgaanbieders van wijkverpleging, GRZ en ELV. De definitieve lijst van AGB-ondernemingscodes die onder het concern vallen zijn gefaciliteerd door ActiZ en daarna akkoord bevonden door ZN. Voor concern van wijkverpleging, GRZ en ELV waarbij elke AGB-ondernemingscode onder € 10 miljoen omzet uit de Zvw en AV blijft geldt de generieke regeling en meerkostenregeling zoals weergegeven op <https://www.zn.nl/corona/corona>.

<sup>3</sup> De Compensatieregeling heeft geen betrekking op zorg geleverd op grond van de Wlz en/of Wmo.

- Vektis bepaalt in opdracht van ZN namens alle zorgverzekeraars de normomzet in het kader van de Continuïteitsbijdrage en stelt de vaste vergoeding voor Meerkosten (ex ante) voor de zorgsegmenten wijkverpleging, ELV en GRZ per zorgaanbieder vast op basis van de bij Vektis beschikbare data. Vervolgens maakt Vektis per zorgverzekeraar (UZOVI-code) op basis van marktaandeel een verdeling van de aan de zorgaanbieder te verstrekken bedragen. Behoudens tegenbewijs wordt de juistheid van de data zoals gehanteerd door Vektis door Partijen aangenomen.
- De Zorgaanbieder heeft via VECOZO een aanvraag voor de Continuïteitsbijdrage ingediend. Indien de Zorgaanbieder gelijktijdig een aanvraag voor de vergoeding van Meerkosten heeft ingediend, sluiten Partijen in dat kader een separate overeenkomst;
- Dubbele bekostiging moet worden voorkomen: zorgkosten die via andere prestatiebeschrijvingen en tarieven in rekening gebracht kunnen worden, kunnen niet via de prestatiebeschrijvingen voor de continuïteitsbijdrage of meerkosten worden gedeclareerd. Zodra sprake blijkt van dubbele bekostiging, is de vergoeding op grond van dit addendum onverschuldigd betaald;
- De Compensatieregeling wordt voor alle zorgsoorten (wijkverpleging, GRZ en ELV) door de Zorgaanbieder aangevraagd.<sup>4</sup> Andere soorten zorg<sup>5</sup>, die door de Zorgaanbieder worden verleend gekoppeld aan de AGB-code waaraan ook wijkverpleging, GRZ of ELV zijn gekoppeld, vallen eveneens onder de Compensatieregeling, maar voor deze zorgsegmenten gelden de afspraken, termijnen en rekenwijze van de generieke regeling zoals weergegeven op <https://www.zn.nl/corona/corona> voor wat betreft de normomzet, het vergoedingspercentage van de Continuïteitsbijdrage, de inhaalzorg en de *ex ante* meerkostenvergoeding. Door aanspraak te maken op de Compensatieregeling hoeven zorgaanbieders voor overige zorgsegmenten op deze AGB-ondernemingscode geen aparte aanvraag van de generieke regeling in te dienen voor deze AGB-ondernemingscode;
- Zorg die normaliter geheel of gedeeltelijk in het buitenland wordt geleverd is uitgesloten van deze regeling. De regeling houdt zoveel mogelijk specifiek rekening met de omzetuitval van de desbetreffende zorgaanbieder binnen de grenzen van wat administratief redelijkerwijs uitvoerbaar is. Met de Continuïteitsbijdrage wordt compensatie beoogd en uitdrukkelijk niet de vergoeding van meerproductie. Historische overproductie valt ook niet onder de Compensatieregeling;
- De Zorgverzekeraar is niet aansprakelijk voor de continuïteit van de betreffende Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar met de betaling van de Continuïteitsbijdrage geen inschatting beoogt te geven van de financiële positie van de Zorgaanbieder, laat staan dat derden daaraan enig gewicht kunnen toekennen;
- Van de impact van COVID-19 in 2021 is vooralsnog geen adequate inschatting te maken. Hierover zal ZN met de brancheverenigingen indien nodig nader besluiten;
- De Zorgverzekeraar en de Zorgaanbieder sluiten een betaalovereenkomst continuïteitsbijdrage (**Betaalovereenkomst CB**), welke onlosmakelijk verbonden is met dit addendum. De Continuïteitsbijdrage wordt uitsluitend verstrekt indien Partijen ook een de Betaalovereenkomst CB sluiten;

---

<sup>4</sup> Het is dus niet mogelijk om een regeling voor alleen wijkverpleging (als de zorgaanbieder ook ELV en/of GRZ levert) of alleen gecontracteerde zorg aan te vragen.

<sup>5</sup> Bijvoorbeeld kraamzorg, eerstelijns paramedische zorg en geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen.

- De Betaalovereenkomst CB betreft een tijdelijke overeenkomst voor 2020, waaraan de Zorgaanbieder geen rechten kan ontleen voor 2021. Partijen onderschrijven dat zij met het aangaan van dit addendum en de Betaalovereenkomst CB naar de toekomst toe geen verandering beogen aan te brengen in de niet-gecontracteerde status van de Zorgaanbieder evenals de status van eventueel tussen Partijen lopende geschillen, procedures, controles, et cetera. Zodra dit addendum en de Betaalovereenkomst CB eindigen vallen Partijen terug op de rechtsverhouding van voor het sluiten van dit addendum en de Betaalovereenkomst CB. De Betaalovereenkomst CB is uitdrukkelijk geen zorgovereenkomst en heeft niet als rechtsgevolg dat de Zorgaanbieder tijdelijk een gecontracteerde zorgaanbieder wordt (die zorg in natura levert). De Zorgaanbieder blijft dus een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, waarvoor het (verlaagde) tarief geldt dat op grond van artikel 13 Zvw door de Zorgverzekeraar in de polisvoorwaarden is vastgesteld. De vergoeding van geleverde zorg kan nooit meer bedragen dan het gemiddeld gecontracteerd tarief;
- De Zorgaanbieder is zich ervan bewust dat de Zorgverzekeraar bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders een 'afslag' hanteert op het gedeclareerde tarief en dat voor de hoogte van de Continuïteitsbijdrage wordt uitgegaan van de betaalde productie in het betreffende contractjaar, hetgeen betekent dat in de berekening van de Continuïteitsbijdrage reeds rekening wordt gehouden met deze 'afslag' op het tarief bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders;
- Partijen willen de voorwaarden voor het verstrekken van de Continuïteitsbijdrage vastleggen in dit addendum (**Addendum**) bij de Betaalovereenkomst CB, waarbij de Zorgverzekeraar verklaart dat dit het enige bestaande basisformat is van het Addendum;
- De Zorgverzekeraar heeft in een mandaat ZN gemandateerd dit Addendum namens de Zorgverzekeraar te ondertekenen (het **Mandaat**).
- De Nederlandse Zorgautoriteit (**NZa**) heeft op 1 mei 2020 een Beleidsregel continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus (BR/REG-20157 Versie 1) gepubliceerd (de **NZa Beleidsregel**).

### Komen het volgende overeen:

#### Artikel 1 Voorwaarden ontvangst Continuïteitsbijdrage

- 1.1. De Zorgaanbieder heeft uitsluitend recht op een door de Zorgverzekeraar te verstrekken Continuïteitsbijdrage indien de Zorgaanbieder aan de volgende voorwaarden voldoet en gedurende de looptijd van dit Addendum blijft voldoen:
  - a. De Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar sluiten een Betaalovereenkomst CB;
  - b. De Zorgaanbieder levert zorg die valt onder de basisverzekering of aanvullende ziektekostenverzekering (voorwaarden 2020);
  - c. De Zorgaanbieder is ten tijde van het aangaan van dit Addendum opgenomen op de lijst 'Overzicht AGB-ondernemings- en vestigingscodes van concerns die behoren tot deze integrale compensatieregeling' zoals weergegeven op <https://www.zn.nl/corona/corona>;

- d. De Zorgaanbieder heeft een Zvw-jaaromzet van meer dan € 10 miljoen<sup>6</sup> in 2019;
- e. De Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar hebben – naast de Betaalovereenkomst CB en dit Addendum – geen andere overeenkomst gesloten overeenkomend met het doel en de strekking van dit Addendum;
- f. De Zorgaanbieder is in 2017 tot en met 2019 niet vanwege verdenking van fraude of anderszins onrechtmatig handelen jegens de Zorgverzekeraar uitgesloten van een zorgovereenkomst met de Zorgverzekeraar;
- g. De Zorgaanbieder heeft als gevolg van de maatregelen van de overheid ter bestrijding van COVID-19 en de nasleep daarvan omzetverlies geleden in 2020;
- h. De Zorgaanbieder heeft voor iedere AGB-ondernemingscode binnen het concern in één keer via VECOZO voor alle zorgsegmenten aangegeven gebruik te willen maken van de (regeling omtrent de) Continuïteitsbijdrage;
- i. De Zorgaanbieder doet geen beroep op de rijksregelingen (waaronder de Tijdelijke noodmaatregel overbrugging voor werkbehoud (NOW)) die zijn ingesteld naar aanleiding van COVID-19, met uitzondering van het deel omzetsdaling bestaande uit niet-verzekerde zorg dat mogelijk resteert na aftrek van de vergoeding die de Zorgaanbieder ontvangt op basis van dit Addendum. Het gebruik maken van fiscale regelingen is toegestaan;
- j. De Zorgaanbieder borgt dat zoveel als in redelijkheid van hem verlangd kan worden de reguliere zorg geleverd blijft worden met aandacht voor doelmatigheid en gepast gebruik overeenkomstig de bepalingen van de Betaalovereenkomst CB;
- k. De Zorgaanbieder stelt zich in de periode van vraaguitval in zijn reguliere werk, waar nodig beschikbaar voor het bieden van noodzakelijke zorg in deze moeilijke tijd, zowel door personele inzet als door middel van faciliteiten en hulpmiddelen. Indien de Zorgaanbieder tijdens de coronacrisis minder zorg kan leveren dan verwacht is de Zorgaanbieder bereid extra inspanningen te doen om de wachtlijsten niet te laten oplopen;
- l. De Zorgaanbieder registreert onverminderd alle prestaties voor de geleverde en te leveren zorg correct en volledig en declareert conform de betreffende bepalingen van de Zorgovereenkomst. De verplichting om volledig en correct te registreren geldt eveneens voor alle door een Zorgaanbieder eventueel te maken kosten c.q. te leveren prestaties die vallen onder de reikwijdte van de NZa-prestatiebeschrijving 'meerkosten';
- m. De Zorgaanbieder spant zich maximaal in om zowel op de korte als op de langere termijn zijn bestaande capaciteit in stand te houden. Deze voorwaarde geldt met terugwerkende kracht vanaf 1 maart 2020 en geldt tot en met de dag van de laatste betaling van de Continuïteitsbijdrage (naar verwachting eind 2021). De Zorgverzekeraar kan nakoming van deze verplichting gedurende deze periode via dit Addendum ook afdwingen;
- n. De Zorgaanbieder brengt geen wijzigingen aan in zijn juridische structuur, de structuur van de groep waartoe de Zorgaanbieder behoort (bijvoorbeeld door het oprichten van een nieuwe vennootschap) of de rechtsverhoudingen met een

---

<sup>6</sup> Deze regeling is gericht op concerns van wijkverpleging, GRZ en ELV, met ten minste één AGB-ondernemingscode met meer dan € 10 miljoen omzet uit de Zvw. Van alle concerns met ten minste één kwalificerende AGB-ondernemingscode, komen er in totaal 155 AGB-ondernemingscodes, inclusief onderliggende AGB-vestigingscodes in aanmerking voor de integrale compensatieregeling voor grote zorgaanbieders van wijkverpleging, GRZ en ELV. De definitieve lijst van AGB-ondernemingscodes die onder het concern vallen zijn gefaciliteerd door ActiZ en daarna akkoord bevonden door ZN. Voor concern van wijkverpleging, GRZ en ELV waarbij elke AGB-ondernemingscode onder € 10 miljoen omzet uit de Zvw en AV blijft geldt de generieke regeling en meerkostenregeling zoals weergegeven op <https://www.zn.nl/corona/corona>.

- aandeelhouder, bestuurder of een aan hen gelieerde derde. Het voorgaande geldt eveneens voor wijzigingen die (nadelige) gevolgen kunnen hebben voor de reikwijdte van dit Addendum en in het bijzonder de naleving van sub m (zie hiervoor). Deze voorwaarde geldt met terugwerkende kracht vanaf 1 maart 2020 en geldt tot en met de dag van de laatste betaling van de Continuïteitsbijdrage (naar verwachting eind 2021). De Zorgverzekeraar kan nakoming van deze verplichting gedurende deze periode via dit Addendum ook afdwingen;
- o. De Zorgaanbieder die structureel gebruik maakt van onderaannemers voor de verlening van zorg dient deze onderaannemers uit te betalen met de ontvangen Continuïteitsbijdrage gedurende de periode waarin de Zorgaanbieder de Continuïteitsbijdrage ontvangt, tenzij de Zorgaanbieder aantoont dat dit niet van hem geveerd kan worden om de continuïteit van de Zorgaanbieder zelf te kunnen waarborgen. Deze voorwaarde geldt met terugwerkende kracht vanaf 1 maart 2020 en geldt tot en met de dag van de laatste betaling van de Continuïteitsbijdrage (naar verwachting eind 2021). De Zorgverzekeraar kan nakoming van deze verplichting gedurende deze periode via dit Addendum ook afdwingen;
  - p. De Zorgaanbieder maakt geen misbruik respectievelijk oneigenlijk gebruik van de (regeling omtrent) Continuïteitsbijdrage, voorkomt dubbele betalingen (waaronder tevens financieringen uit andere publieke geldstromen dan de Zvw worden verstaan), wendt de Continuïteitsbijdrage uitsluitend aan in het kader van de continuïteit van zorg, en komt niet in een financieel betere positie te verkeren dan voorzien ten tijde van het sluiten van de Betaalovereenkomst CB en handelt derhalve uitsluitend in de geest van de regeling zoals uiteengezet in dit Addendum;
  - q. De Zorgaanbieder gaat onverwijld met de Zorgverzekeraar in gesprek indien de Zorgaanbieder in een situatie dreigt te raken waarin hij met het betalen van zijn schulden niet zal kunnen voortgaan ondanks de ontvangst van de Continuïteitsbijdrage; en
  - r. De Zorgaanbieder verklaart zich door ondertekening van dit Addendum op voorhand bereid om op verzoek van de Zorgverzekeraar mee te werken aan de benoeming van een stille bewindvoerder<sup>7</sup> door de bevoegde rechtbank indien de Zorgaanbieder in een situatie dreigt te raken waarin hij met het betalen van zijn schulden niet zal kunnen voortgaan ondanks de ontvangst van de Continuïteitsbijdrage.
- 1.2. De Zorgverzekeraar is gerechtigd de Zorgaanbieder uit te sluiten van de (regeling omtrent de) Continuïteitsbijdrage en tevens dit Addendum te ontbinden in de zin van artikel 5.4 van dit Addendum indien:
- a. de Zorgaanbieder geregistreerd is in het intern verwijzingsregister (IVR), extern verwijzingsregister (EVR) dan wel enig ander frauderegister;

---

<sup>7</sup> De inschakeling van de stille bewindvoerder heeft als doel om de schade bij klanten, werknemers en schuldeisers als gevolg van een eventueel faillissement zoveel mogelijk te beperken. Hij laat zich door de ondernemer informeren over wat hem te wachten staat in het geval van een faillissement. Verder kan de stille bewindvoerder antwoord geven op vragen van de ondernemer. Deze vragen kunnen bijvoorbeeld gaan over de mogelijkheden van een doorstart (na faillissement). De stille bewindvoerder heeft geen formele taken of bevoegdheden. De gedachte is dat de stille bewindvoerder, als hij eenmaal bij het faillissement tot curator is benoemd, met deze voorbereide doorstart sneller kan instemmen. De rechter-commissaris (die als stille rechter-commissaris ook al van de doorstart kennis heeft genomen) kan de doorstart sneller goedkeuren.

- b. de Zorgaanbieder de afgelopen acht jaar door een (tucht)rechter is veroordeeld wegens handelen in strijd met de geldende tuchtnormen, het in rekening brengen van een onrechtmatig tarief of het aangaan van een transactie in dat kader;
- c. de Zorgaanbieder vanwege meldingen van mogelijke onregelmatigheden of (statistisch) opvallende afwijkingen in zijn declaratiepatroon is of was geselecteerd voor een materiële of formele controle of fraudeonderzoek;
- d. er opvallende resultaten zijn geconstateerd bij uitgevoerde formele en/of materiële controles en/of fraudeonderzoeken die duiden op ondoelmatige, onrechtmatige of frauduleuze verlening dan wel declaratie van zorg;
- e. er meldingen bij bijvoorbeeld toezichthouders of de Zorgverzekeraar (of andere zorgverzekeraars) zijn dat de Zorgaanbieder ondoelmatige zorg heeft geleverd of in strijd met wet- en regelgeving heeft gehandeld;
- f. de Zorgaanbieder in de afgelopen drie jaar tot op heden een juridische procedure en/of procedure bij het Nederlands Arbitrage Instituut (**NAI**) heeft gehad dan wel dat deze lopend is met betrekking tot zorgcontractering en/of de doelmatigheid en rechtmatigheid van de geleverde zorg;
- g. de Zorgaanbieder niet in het Ultimate Beneficial Owner-register (UBO-register) is ingeschreven;
- h. de Zorgaanbieder het oogmerk van dit Addendum zoals blijkt uit de considerans doorkruist door het oneigenlijk gebruik van AGB-codes en/of door het gebruik van verschillende AGB-codes meer ontvangt dan waar de Zorgaanbieder volgens de doelstellingen van dit Addendum recht op heeft; en/of
- i. om andere dan bovengenoemde redenen, dit ter beoordeling van de Zorgverzekeraar.

## **Artikel 2 Vaststelling omvang Continuïteitsbijdrage en betaling**

2.1 De berekening van de Continuïteitsbijdrage is gebaseerd op de normomzet, gerealiseerde omzet en een vastgesteld percentage continuïteitsbijdrage: *Continuïteitsbijdrage = (Normomzet – Gerealiseerde Omzet) x % Continuïteitsbijdrage*. Voor een nadere technische uitwerking wordt verwezen naar bijlage 3 bij de Compensatieregeling (Bijlage 5 bij dit Addendum).

1. De normomzet is de door Vektis bepaalde basisverzekeringomzet in de maanden waarin de Compensatieregeling van kracht is voor het betreffende zorgsegment (**Looptijd CB-regeling**, zie hierna in **Tabel 1**). Behoudens tegenbewijs wordt de juistheid van de data zoals gehanteerd door Vektis door Partijen aangenomen. De verwachte omzet op jaarbasis zonder coronacrisis wordt per zorgsegment<sup>8</sup> berekend op basis van de daarbij geldende referentieperiode (Tabel 1). Om de normomzet voor de Looptijd CB-regeling te bepalen, wordt de normomzet op jaarbasis vermenigvuldigd met 8/12 voor wijkverpleging en 10/12 voor ELV en GRZ (de **Normomzet**);
2. De door de Zorgaanbieder gerealiseerde omzet voor de Looptijd CB-regeling wordt berekend op basis van het totaal aan bij de Zorgverzekeraar ingediende en goedgekeurde declaraties in 2020. Ook zorg die met gebruik van een

<sup>8</sup> Bij wijkverpleging en ELV wordt de verwachte omzet gecorrigeerd naar een jaarmomzet via een correctiefactor om zo rekening te houden met onder andere seizoenseffecten. Bij de GRZ is deze correctiefactor niet aan de orde, omdat hiervoor een heel jaar als uitgangspunt geldt, maar wordt wel gecorrigeerd voor de ZN-raming productie 2020.

- eventuele onderaannemer is geleverd wordt opgeteld bij de productie van de opdrachtgever (de **Gerealiseerde Omzet**); en
3. Het vastgestelde percentage continuïteitsbijdrage per sector wordt gebaseerd op de vaste doorlopende kosten (**% Continuïteitsbijdrage**, zie hierna in Tabel 1).
  - 2.2 De definitieve Continuïteitsbijdrage bestaat uit de som van de te ontvangen Continuïteitsbijdragen voor de zorgsegmenten wijkverpleging, ELV en GRZ.
  - 2.3 De som van de Normomzet *minus* de Gerealiseerde Omzet kan niet negatief zijn. De som van de Gerealiseerde Omzet<sup>9</sup> *plus* de Continuïteitsbijdrage kan niet hoger zijn dan de Normomzet per deelsector. Indien van toepassing is het teveel betaalde een direct opeisbare vordering van de Zorgverzekeraar op de Zorgaanbieder.

#### Tabel 1

- 2.4 In onderstaande tabel staan de referentieperiodes voor het bepalen van de Normomzet, de correctiefactor voor de seizoenseffecten (wijkverpleging en ELV), de ZN-raming voor productie 2020 (GRZ), de Looptijd CB-regeling en het % Continuïteitsbijdrage per zorgsegment:

	Wijkverpleging	ELV	GRZ
Referentieperiode normomzet	1 jan t/m 29 feb 2020	1 jan t/m 29 feb 2020	1 jan t/m 31 dec 2019
Correctiefactor seizoenseffecten	5,92	6,08	N.v.t.
ZN-raming voor productie 2020	n.v.t.	n.v.t.	+4,6%
Looptijd CB-regeling	1 mar t/m 31 okt 2020	1 mar t/m 31 dec 2020	1 mar t/m 31 dec 2020
% Continuïteitsbijdrage	97%	88%	88%

#### Rekenvoorbeeld

##### Rekenvoorbeeld integrale compensatieregeling wijkverpleging, ELV en GRZ

###### Totale integrale compensatieregeling

Paragraaf	Onderdeel	Bedrag (EUR mln)
Aanname voorbeeld	Normomzet op jaarbasis	30,00
Aanname voorbeeld	Waarvan normomzet wijkverpleging	24,00
Aanname voorbeeld	Waarvan normomzet ELV/GRZ	6,00
Aanname voorbeeld	Gerealiseerde omzet	29,55
3.1	Continuïteitsbijdrage wijkverpleging	0,00
3.1	Continuïteitsbijdrage ELV/GRZ	0,48
3.2	Ex-ante meerkosten	0,24
3.3	Ex-post meerkosten	0,05
3.4	Coronabeddenmeerkosten	0,05
Totale vergoeding 2020: gerealiseerde omzet 2020 + compensatie 3.1 t/m 3.4		30,38

*De som van de gerealiseerde omzet (exclusief A0012) en continuïteitsbijdrage kan niet hoger zijn dan het afgesproken plafond uit de individuele contracten per zorgsegment.*

<sup>9</sup> Exclusief declaratiecodes A0012.



### Paragraaf 3.1 - Continuïteitsbijdrage

Continuïteitsbijdrage wijkverpleging loopt over de periode 1 maart 2020 t/m 31 oktober 2020  
 Continuïteitsbijdrage ELV/GRZ loopt over de periode 1 maart 2020 t/m 31 december 2020  
 ELV en GRZ worden samen genomen in de berekening van de continuïteitsbijdrage

Bijdrage voor omzetsderving = (Normomzet - Gerealiseerde omzet) x % Continuïteitsbijdrage. Kan niet negatief zijn.

	Wijkverpleging	ELV/GRZ
Normomzet wijkverpleging (EUR min)	24,00	6,00
Gerealiseerde omzet - Periode CB	16,13	4,46
% continuïteitsbijdrage	97%	88%

	Wijkverpleging	ELV/GRZ	
(A) Normomzet	16,00	5,00	gelijk aan 8/12 (voor wijkverpleging, resp. 10/12 voor ELV/GRZ) x normomzet op jaarbasis in periode CB
(B) Gerealiseerde omzet	16,13	4,46	
(C) Omzetsderving	0,00	0,54	is A-B (kan niet negatief zijn)
Continuïteitsbijdrage	0,00	0,48	Omzetsderving * (% continuïteitsbijdrage)

- 2.5 Eventueel eerder uitgekeerde Vooruitbetalingen en openstaande vorderingen van de Zorgverzekeraar op de Zorgaanbieder – die nog niet zijn verrekend door de Zorgverzekeraar – worden in mindering gebracht op dan wel verrekend met de definitieve Continuïteitsbijdrage. Dit kan ertoe leiden dat de Zorgverzekeraar een vordering op de Zorgaanbieder heeft wanneer de nog openstaande Vooruitbetalingen en openstaande vorderingen hoger zijn dan de te betalen definitieve Continuïteitsbijdrage. Indien van toepassing is het teveel betaalde een direct opeisbare vordering van de Zorgverzekeraar op de Zorgaanbieder op het moment dat de Zorgaanbieder deze kosten opeisbaar verschuldigd wordt. De wettelijke rente is verschuldigd vanaf 30 dagen na de dag waarop de prestatie op grond van dit Addendum door de Zorgaanbieder is ontvangen.
- 2.6 De Zorgaanbieder komt uitsluitend in aanmerking voor een Continuïteitsbijdrage indien en voor zover de Zorgaanbieder gedurende de periode waarin de Zorgaanbieder de Continuïteitsbijdrage ontvangt blijft voldoen aan de voorwaarden van dit Addendum (waaronder de voorwaarden genoemd in artikel 1.1). De Zorgverzekeraar heeft recht op volledige terugbetaling van de Continuïteitsbijdrage indien de Zorgaanbieder op enig moment niet (meer) voldoet aan een of meer voorwaarde(n) voor verstrekking van de Continuïteitsbijdrage zoals bepaald in dit Addendum en/of enige op grond van dit Addendum op de Zorgaanbieder rustende verplichting.
- 2.7 De Continuïteitsbijdrage wordt op totaalniveau per AGB-(ondernemings)code (waarop de Zorgaanbieder declareert) berekend.<sup>10</sup> Het uitkeren van de Continuïteitsbijdrage vindt individueel plaats door de Zorgverzekeraar (per UZOVI-code). De Zorgverzekeraar betaalt de Continuïteitsbijdrage op het bankrekeningnummer zoals door de Zorgaanbieder in VECOZO opgegeven. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor in plaats daarvan gebruik te maken van een bij hem bekend bankrekeningnummer van de Zorgaanbieder.<sup>11</sup> De Zorgaanbieder staat ervoor in dat de Zorgverzekeraar bevrijdend kan betalen op het in VECOZO opgegeven dan wel bij de Zorgverzekeraar bekende bankrekeningnummer van de

<sup>10</sup> Het berekenen van de continuïteitsbijdrage en de *ex ante* meerkosten vindt plaats per AGB-(ondernemings)code (waarop de zorgaanbieder declareert) op totaalniveau. Het uitkeren van de continuïteitsbijdrage en de *ex ante* meerkosten vindt plaats op het niveau van de betaalrelatie(s) die de zorgaanbieder heeft met iedere zorgverzekeraar (per UZOVI-code). De betaalrelatie is de gebruikelijke en bekende wijze om betalingen te doen door zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De betaalrelatie komt overeen met de AGB-code waar normaal ook geld naartoe wordt overgemaakt. Die betaalrelatie kan op niveau van de AGB-ondernemingscode en/of AGB-vestigingscode verschillend zijn, verschillend zijn per zorgsoort, verschillend zijn per zorgverzekeraar en een andere AGB-code dan waarop door de zorgaanbieder gedeclareerd wordt.

<sup>11</sup> Het is voor zorgverzekeraars administratief niet mogelijk om betalingen te aggregeren tot op het eventueel door de zorgaanbieder gewenste (concern)niveau.

Zorgaanbieder. De Zorgverzekeraar communiceert over de uitkering van de Continuïteitsbijdrage per AGB-code per UZOVI-code. De Zorgverzekeraar of ZN zal nadere informatie verstrekken over de uitbetalingsperioden.

- 2.8 De op grond van dit Addendum vast te stellen Continuïteitsbijdrage maakt integraal en onverkort onderdeel uit van eventuele inkoopafspraken en te sluiten zorgovereenkomsten tussen de (individuele) Zorgverzekeraar en de Zorgaanbieder en in dat kader wordt de toegekende Continuïteitsbijdrage aangemerkt als reguliere declaratie.

### **Artikel 3 Hardheidsclausule**

#### Zorgaanbieder

- 3.1 Indien de Zorgaanbieder meent dat de totaal ontvangen compensatie voor wijkverpleging, ELV en GRZ onvoldoende is, kan de Zorgaanbieder in gesprek gaan met de representerende zorgverzekeraar met het hoogste marktaandeel in de regio van de Zorgaanbieder over een extra vergoeding voor kosten die niet gedekt worden door de Compensatieregeling. Het aangaan van een gesprek is geen garantie voor het treffen van een financiële uitzondering. Alle onderdelen van dit Addendum en de eventuele vergoeding voor de Meerkosten zullen bij de beoordeling en het besluit van de zorgverzekeraars betrokken worden. De Zorgaanbieder kan een beroep op deze hardheidsclausule doen in één van de volgende drie situaties:
1. De Zorgaanbieder heeft continuïteitsproblemen en voldoet aan de cumulatieve voorwaarden zoals genoemd in artikel 3.2;
  2. De Zorgaanbieder heeft in totaal in de maanden november en december 2020 meer dan 6% omzetsderving in de wijkverpleging en voldoet aan de voorwaarde zoals genoemd in artikel 3.3; of
  3. De Zorgaanbieder meent onterecht benadeeld te zijn met betrekking tot de vergoeding van reguliere meerzorg gedurende Looptijd CB-regeling (Tabel 1) en voldoet aan de cumulatieve voorwaarden zoals genoemd in artikel 3.4.
- 3.2 De Zorgaanbieder heeft continuïteitsproblemen: voor een beroep op de hardheidsclausule dient de Zorgaanbieder in deze situatie aan de volgende drie cumulatieve voorwaarden te voldoen:
1. De Zorgaanbieder heeft continuïteitsproblemen;
  2. De Zorgaanbieder heeft een verlies op het Zvw-deel van het concern als gevolg van significant achterblijvende compensatie van COVID-19 effecten voor wijkverpleging, ELV of GRZ; en
  3. De Continuïteitsbijdrage is niet toereikend en de Zorgaanbieder kan aantonen dat dit te wijten is aan de regeling voor de Continuïteitsbijdrage zoals neergelegd in dit Addendum.<sup>12</sup>
- 3.3 De Zorgaanbieder heeft in totaal in de maanden november en december 2020 meer dan 6% omzetsderving in de wijkverpleging: voor een beroep op de hardheidsclausule dient de Zorgaanbieder in totaal in de maanden november en december 2020 een realisatie wijkverpleging te hebben die minder is dan 94% van de normomzet (waarbij de normomzet voor de periode november en december  $2/12 \times$  normomzet op jaarbasis is). In dit geval kan de Zorgaanbieder een vergoeding ontvangen conform de voorwaarden zoals neergelegd in dit Addendum tot en met 31 oktober 2020.

<sup>12</sup> Dit betreft alleen de Continuïteitsbijdrage. Per definitie zijn de *ex post* vergoedingen voor Meerkosten en ELV-COVID-bedden toereikend omdat de kosten worden gedekt wanneer ze binnen de afgesproken kaders vallen.

3.4 De Zorgaanbieder meent onterecht benadeeld te zijn met betrekking tot de vergoeding van reguliere meerzorg gedurende de periode dat dit Addendum van kracht is voor het betreffende zorgsegment: voor een beroep op de hardheidsclausule dient de Zorgaanbieder in deze situatie aan de volgende cumulatieve voorwaarden te voldoen:

1. De Zorgaanbieder heeft in de wijkverpleging minstens één maand van de Looptijd CB-regeling een omzet van meer dan 106% van de maandelijkse Normomzet of de Zorgaanbieder heeft in de ELV en GRZ (gezamenlijk) minstens één maand van de Looptijd CB-regeling een omzet van meer dan 120% van de maandelijkse Normomzet;
2. Deze omzetgroei is het gevolg van een gerichte actie van de Zorgaanbieder om in de betreffende maand meer zorg te leveren, die achteraf aantoonbaar en uitlegbaar is door de Zorgaanbieder<sup>13</sup>;
3. De Zorgaanbieder kon deze schommeling in productie onvoldoende compenseren door sturing in inzet van personeel; en
4. De Zorgaanbieder meent dat de wijze van berekening van de Continuïteitsbijdrage onredelijk is in relatie tot het overschrijven van de omzeldrempel zoals genoemd onder 1. De Zorgaanbieder meent dat de Continuïteitsbijdrage is in combinatie met de declaraties niet toereikend is ter dekking van de doorlopende kosten van de Zorgaanbieder in de Looptijd CB-regeling en kan aantonen dat dit te wijten is aan de regeling voor de Continuïteitsbijdrage zoals neergelegd in dit Addendum.

De bewijslast om aan te tonen dat de Zorgaanbieder aan bovengenoemde cumulatieve voorwaarden voldoet ligt bij de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder is verplicht op verzoek van de representerende zorgverzekeraar – binnen een redelijk termijn – zodanige inzage in haar (financiële) positie te verschaffen dat de zorgverzekeraar kan vaststellen of voldaan is aan alle voorwaarden. De Zorgaanbieder kan maximaal een vergoeding ter hoogte van de financiële impact van de saldering boven de 106% respectievelijk 120% van de maandelijkse Normomzet ontvangen voor de wijkverpleging respectievelijk voor ELV en GRZ gezamenlijk.

#### Zorgverzekeraar

3.5 Onverminderd het bepaalde in artikel 3.10 tot en met 3.13 kan de Zorgverzekeraar een beroep doen op de hardheidsclausule, indien de Zorgverzekeraar meent dat de Zorgaanbieder bovenmatige winst heeft gemaakt en dat dit het directe gevolg is van overcompensatie van COVID-19 effecten. De hardheidsclausule is van toepassing indien aan de volgende cumulatieve voorwaarden wordt voldaan:

1. De winstmarge voor het Zvw-deel van het concern overstijgt het branchegemiddelde in 2019<sup>14</sup>; en
2. De bovenmatige winst is het directe gevolg van overcompensatie van COVID-19 effecten.

De hardheidsclausule leidt tot terugbetaling van het deel van de Continuïteitsbijdrage boven het branchegemiddelde. Indien van toepassing is het teveel betaalde een direct opeisbare vordering van de Zorgverzekeraar op de Zorgaanbieder.

<sup>13</sup> Bijvoorbeeld vanwege afgesproken zorgverschuiving in de regio vanwege COVID-19 of wachtlijsten.

<sup>14</sup> Gupta berekent dit branchegemiddelde als alle jaarrekeningen van grote zorgaanbieders voor 2019 beschikbaar zijn, door het totale nettoresultaat van de zorgaanbieders voor wie deze regeling van toepassing is te delen door de totale omzet van deze zorgaanbieders.

3.6 Indien het gesprek zoals bedoeld in artikel 3.1 geen oplossing biedt, komen de Zorgaanbieder en de twee representerende zorgverzekeraar met het hoogste marktaandeel in de regio van de Zorgaanbieder overeen binnen 30 dagen na het besluit van de zorgverzekeraar als bedoeld in artikel 3.1 de Onafhankelijke Geschilleninstantie voor Geschillenoplossing en -beslechting Zorgcontractering van het NAI te verzoeken drie onafhankelijke arbiters volgens de lijstprocedure te benoemen waaraan voornoemd besluit van de zorgverzekeraar wordt voorgelegd. Het NAI Arbitragereglement is op deze procedure van toepassing en het scheidsgerecht beslist naar de regelen des rechts. Het arbitraal geding heeft geen schorsende werking ten opzichte van voornoemd besluit van de zorgverzekeraar, hetgeen betekent dat Partijen het besluit van de zorgverzekeraar dienen na te leven totdat dit besluit door het scheidsgerecht buiten werking wordt gesteld. Partijen blijven onverminderd bevoegd een geschil voor te leggen aan een civiele rechter.

#### **Artikel 4 Verrekening**

- 4.1 De Zorgaanbieder zal declaraties met openingsdatum conform geldende wet- en regelgeving in kalenderjaar 2020, vanaf 1 maart 2020 tot en met 31 december 2020 (met uitzondering van een eventuele eigen bijdrage) rechtstreeks (of onder eindverantwoordelijkheid van de Zorgaanbieder via een servicebureau) indienen bij de Zorgverzekeraar voor zover deze nog niet zijn ingediend bij verzekerden of via een servicebureau. Gedurende deze periode is het de Zorgaanbieder alleen toegestaan declaraties naar een verzekerde te sturen voor geleverde, maar op basis van de polisvoorwaarden niet-vergoede zorg. Dit tenzij de Zorgverzekeraar anders bepaalt.
- 4.2 De Zorgverzekeraar heeft recht op volledige terugbetaling van de Continuïteitsbijdrage indien de Zorgaanbieder op enig moment niet (meer) voldoet aan een of meer voorwaarde(n) voor verstrekking van de Continuïteitsbijdrage zoals bepaald in dit Addendum en/of enige op grond van dit Addendum op de Zorgaanbieder rustende verplichting. Deze vordering is direct opeisbaar zodra door de Zorgverzekeraar wordt vastgesteld dat de Zorgaanbieder niet voldoet aan een of meer gestelde voorwaarde(n). De Zorgverzekeraar heeft het recht om de onverschuldigd betaalde Continuïteitsbijdrage te verrekenen met door de Zorgaanbieder ingediende en in te dienen zorgdeclaraties en/of (toekomstige) vorderingen van alle zorgverzekeraars die tot de groep van de Zorgverzekeraar behoren, waaronder (indien van toepassing) vorderingen uit hoofde van een controle, overschrijding van het overeengekomen omzetplafond en prestaties onder de titel 'meerkosten'.
- 4.3 Partijen breiden het op grond van de wet bestaand verrekeningsrecht en het verrekeningsrecht op grond van dit Addendum uit naar de (in het verleden geldende of toekomstige, herlevende) rechtsrelatie die de Zorgaanbieder onderhoudt of heeft onderhouden met verzekerden van de Zorgverzekeraar, waarmee Partijen derhalve afspreken dat verzekerden van de Zorgverzekeraar zorgdeclaraties van de Zorgaanbieder onbetaald mogen laten, waarbij Partijen op voorhand overeenkomen dat daarmee vorderingen van de Zorgverzekeraar op de Zorgaanbieder door verrekening worden ingelost tot Partijen over en weer niets meer te vorderen hebben.

#### **Artikel 5 Informatieverstrekking en -uitwisseling**

- 5.1 De Zorgaanbieder geeft op verzoek van de Zorgverzekeraar – binnen een redelijk termijn – zodanige inzage in haar (financiële) positie dat de Zorgverzekeraar kan

vaststellen of voldaan is aan alle voorwaarden voor de verstrekking van de Continuïteitsbijdrage zoals vastgelegd in dit Addendum.

- 5.2 Partijen zijn over en weer gehouden die informatie te verstrekken die voor de andere Partij noodzakelijk is voor een correcte uitvoering van dit Addendum.
- 5.3 De Zorgaanbieder is verplicht de Zorgverzekeraar te informeren zodra zich een omstandigheid voordoet die een wijziging, opzegging of opschorting in de zin van artikel 5.5 van dit Addendum door de Zorgverzekeraar kan rechtvaardigen.
- 5.4 De Zorgaanbieder stemt door ondertekening van dit Addendum in met de uitwisseling van informatie tussen zorgverzekeraars onderling en tussen Zorgverzekeraars en overheidsinstanties voor zover dat noodzakelijk is om de voorwaarden van dit Addendum te kunnen beoordelen, meer specifiek in het kader van het voorkomen en bestrijden van misbruik en oneigenlijk gebruik van de (regeling omtrent de) Continuïteitsbijdrage en de samenloop met rijksregelingen.

## **Artikel 6 Duur en einde Addendum**

- 6.1 Dit Addendum is aangegaan onder de opschortende voorwaarde dat de Betaalovereenkomst CB door Partijen wordt ondertekend.
- 6.2 Dit Addendum is aangegaan voor bepaalde duur, te weten voor de periode 1 maart 2020 tot en met 31 december 2020. Dit Addendum eindigt vervolgens van rechtswege, tenzij tot een verlenging op grond van het tweede lid van dit artikel wordt besloten. Sommige wederzijdse rechten en verplichtingen die in dit Addendum zijn vastgelegd hebben naar hun aard betrekking op de periode voor of na de looptijd van dit Addendum en die rechten en verplichtingen blijven gedurende die afwijkende periode onverkort van kracht.
- 6.3 ZN kan als brancheorganisatie in een branchebeslissing besluiten dit Addendum te verlengen. Bij gebreke van een dergelijke branchebeslissing is de (individuele) Zorgverzekeraar gerechtigd – maar niet verplicht – een verlenging van dit Addendum aan te bieden.
- 6.4 De Zorgverzekeraar kan dit Addendum eenzijdig tussentijds met onmiddellijke ingang geheel of gedeeltelijk wijzigen, opzeggen of opschorten indien de maatregelen van het kabinet ter bestrijding van COVID-19 hiertoe op enig moment aanleiding geven of indien het sluiten en uitvoeren van addenda als de onderhavige financieel een disproportionele impact heeft op de Zorgverzekeraar, of anderszins niet van de Zorgverzekeraar gevergd kan worden.
- 6.5 De Zorgverzekeraar is gerechtigd dit Addendum te ontbinden, als gevolg waarvan de Continuïteitsbijdrage in zijn geheel onverschuldigd is betaald en door de Zorgverzekeraar kan worden verrekend dan wel teruggevorderd, zonder dat de Zorgverzekeraar op enigerlei wijze aansprakelijk is jegens de Zorgaanbieder, indien:
  - (a) sprake is van een toerekenbare tekortkoming van de Zorgaanbieder in de nakoming van een verplichting voortvloeiend uit dit Addendum (waaronder het niet (meer) voldoen aan de voorwaarden van artikel 1.1 van dit Addendum); en/of
  - (b) naar het oordeel van de Zorgverzekeraar een reëel risico bestaat dat de Zorgaanbieder surseance van betaling aanvraagt of dat het faillissement van de Zorgaanbieder wordt aangevraagd.
- 6.6 Het rechtsgevolg van ontbinding van dit Addendum is dat ten aanzien van de Continuïteitsbijdrage in zijn geheel een direct opeisbare

ongedaanmakingsverplichting ontstaat, wat inhoudt dat de gehele Continuïteitsbijdrage door de Zorgverzekeraar kan worden verrekend dan wel teruggevorderd, zonder dat de Zorgverzekeraar op enigerlei wijze aansprakelijk is jegens de Zorgaanbieder.

6.7 Dit Addendum eindigt tussentijds van rechtswege, zonder dat schriftelijke opzegging is vereist indien de Betaalovereenkomst CB eindigt overeenkomstig de bepalingen van de Betaalovereenkomst CB. Het Addendum wordt dan geacht te zijn beëindigd per datum van beëindiging van de Betaalovereenkomst CB.

6.8 Verplichtingen welke naar hun aard bestemd zijn om ook na beëindiging van dit Addendum voort te duren blijven na beëindiging van dit Addendum bestaan.

## **Artikel 7 Uitsluiting overdraagbaarheid**

7.1 Vorderingsrechten uit hoofde van dit Addendum kunnen door de Zorgaanbieder niet aan andere rechtspersonen of natuurlijke personen worden overgedragen. Met dit verbod is tussen Partijen goederenrechtelijke werking beoogd in de zin van artikel 3:83 lid 2 BW.

## **Artikel 8 Bevoegdheid ondertekenaar**

8.1 De Zorgaanbieder verklaart dat ondertekening heeft plaatsgevonden door een daartoe bevoegd persoon.

8.2 De Zorgaanbieder verklaart in het Ultimate Beneficial Owner-register (**UBO**-register) te zijn ingeschreven en verstrekt op het eerste verzoek van de Zorgverzekeraar een bewijs van inschrijving. De UBO dient bekend te zijn bij Vektis.

## **Artikel 9 Overige bepalingen**

9.1 De Compensatieregeling wordt voor alle zorgsoorten (wijkverpleging, GRZ en ELV) door de Zorgaanbieder aangevraagd.<sup>15</sup> Andere soorten zorg<sup>16</sup>, die door de Zorgaanbieder worden verleend gekoppeld aan de AGB-code waaraan ook wijkverpleging, GRZ of ELV zijn gekoppeld, vallen eveneens onder de Compensatieregeling, maar voor deze zorgsegmenten gelden de afspraken, termijnen en rekenwijze van de generieke regeling zoals weergegeven op <https://www.zn.nl/corona/corona> voor wat betreft de normomzet, het vergoedingspercentage van de Continuïteitsbijdrage, de inhaalzorg en de *ex ante* meerkostenvergoeding. Door aanspraak te maken op de Compensatieregeling hoeven zorgaanbieders voor overige zorgsegmenten op deze AGB-ondernemingscode geen aparte aanvraag van de generieke regeling in te dienen voor deze AGB-ondernemingscode.

9.2 In geval van strijdigheid van bepalingen in de Betaalovereenkomst CB met bepalingen in dit Addendum prevaleert het bepaalde in dit Addendum.

9.3 De artikelen van de Betaalovereenkomst CB zijn (voor zover relevant) *mutatis mutandis* van toepassing op dit Addendum.

9.4 Dit Addendum wordt beheerst door Nederlands recht.

---

<sup>15</sup> Het is dus niet mogelijk om een regeling voor alleen wijkverpleging (als de zorgaanbieder ook ELV en/of GRZ levert) of alleen gecontracteerde zorg aan te vragen.

<sup>16</sup> Bijvoorbeeld kraamzorg, eerstelijns paramedische zorg en geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen.

9.5 De Zorgaanbieder verklaart in het aanvraagformulier *Continuïteitsbijdrage en/of meerkostenvergoeding Wijk-GRZ-ELV* kennis te hebben genomen van de inhoud van dit Addendum en deze te aanvaarden.

*Restant van de pagina opzettelijk blanco gelaten*

**BIJLAGE 1**

**Brief ZN 28 MEI 2020 (KENMERK B-20-5317)**



**BIJLAGE 2**

**BRIEF ZN 1 JULI 2020 (KENMERK B-20-5343)**

**BIJLAGE 3**

**BRIEF ZN 31 JULI 2020 (KENMERK B-20-5367)**

**BIJLAGE 4**

**BRIEF ZN 18 DECEMBER 2020 (KENMERK B-20-5515)**

**BIJLAGE 5**

**COMPENSATIEREGELING**