



nysingh

advocaten en notarissen

Handleiding Zorgcontractering

Nysingh advocaten en notarissen

Marktgroep Zorg

Juni 2020

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Hoofdstuk 1. Gecontracteerde zorg	5
1.1. Totstandkoming overeenkomst	5
1.2. Uitgangspunten onderhandelingsfase	8
1.3. Beantwoording specifieke vragen	11
1.4. Het contract: de voornaamste bedingen	13
1.4.1. Omzet- en budgetplafond	13
1.4.2. Doorleverplicht	18
1.4.3. Tarieven, materiële controle en fraude	21
Hoofdstuk 2. Niet-gecontracteerde zorg	27
2.1. Vergoeding van kosten	27
2.2. Passantentarieven	29
2.3. Machtigingsvereiste en cessie(verbod)	30
2.4. Beantwoording specifieke vragen	35
Hoofdstuk 3. Informatieplicht	38
3.1. Informatieplicht algemeen	38
3.2. Informatieplicht tarieven	39
3.3. Beantwoording specifieke vragen	44
3.4. Informatieplicht t.o.v. de verzekeraar	46
Hoofdstuk 4. Geschillen	49
4.1. Mediation – procedure in het kort	50
4.2. Bindend advies – procedure in het kort	51
4.3. Arbitrage – procedure in het kort	51
Hoofdstuk 5: COVID-19	53
5.1. Continuïteitsbijdrage en meerkosten	53
5.2. Beantwoording specifieke vragen	64
5.3. Advies zorginkoop t.a.v. COVID-19	69
Bijlage	71
Letter of intent	

Inleiding

Deze Handleiding Zorgcontractering is bedoeld als bundeling van de meest belangrijkste informatie voor zorgaanbieders ten aanzien van zorgcontractering. Deze Handleiding is gericht op zorginstellingen die medisch specialistische zorg bieden.

Bij de totstandkoming van de Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg is aangenomen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders overeenkomsten met elkaar sluiten. Zorginkoop is het proces dat leidt tot een contract tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder. Kern van de overeenkomst is dat de zorgaanbieder aan verzekerden zorg verleent en dat de zorgverzekeraar de kosten daarvan voldoet. Niet alleen de toegankelijkheid van zorg op zichzelf is een argument voor contracteren, met deze overeenkomst kan de zorgverzekeraar ook waarborgen scheppen voor de kwaliteit van zorg, waar de verzekerde mee is gediend. Van ten minste even groot belang is dat de overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder waarborgen biedt voor de beheersing en beheersbaarheid van de kosten van zorg, doordat de tarieven bij de overeenkomst worden bepaald, dan wel het totaal van de te declareren kosten aan grenzen wordt gebonden. Ook heeft het contract een functie voor een efficiënt verloop van het declaratie- en betalingsproces, het voorkomen of bestrijden van oneigenlijk gebruik van zorg en fraude.¹

Andersom is het voor zorgaanbieders van belang een relatie met de zorgverzekeraars te hebben om zodoende toegang tot de markt te krijgen. Verzekerden kunnen zich vrij wenden tot al de zorgaanbieders met wie hun zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten. De zorgaanbieder kan zodoende de zorg declareren bij één loket: de zorgverzekeraar, in plaats van bij iedere individuele patiënt. De overeenkomst biedt hem ook een solide debiteur: tijdige en volledige betaling van verleende diensten is op grond van de overeenkomst met de zorgverzekeraar geborgd.²

In deze Handleiding wordt zowel gefocust op aspecten van gecontracteerde zorg (hoofdstuk 1) als niet-gecontracteerde zorg (hoofdstuk 2), de informatieplicht van de zorgaanbieder (hoofdstuk 3), het afhandelen van geschillen (hoofdstuk 4) en tot slot de impact van COVID-19 op de zorginkoop (hoofdstuk 5). U vindt in deze Handleiding aanknopingspunten en adviezen die u mee kunt nemen gedurende en na het zorginkoopproces.

Heeft u vragen of wenst u advies over een of meerdere aspecten van zorgcontractering of zorginkoop, neem dan contact op met uw contactpersoon van de Sectie Zorg van Nysingh of:

¹ Leenen e.a. 2017, p. 719.

² Leenen e.a. 2017, p. 720.

Tessa van den Ende

tessa.vandenende@nysingh.nl

M 06-51088279



Jaap Sijmons

Jaap.sijmons@nysingh.nl

M 06-53868403



Hoofdstuk 1. Gecontracteerde zorg

Inleiding

Zorgverzekeraars hebben een ‘zorgplicht’ om afspraken te maken met zorgaanbieders. De overheid legt hen de zorgplicht op om zo publieke belangen te kunnen borgen. De zorgplicht kunnen zij op twee manieren nakomen. De verzekerde kiest zelf zijn zorgaanbieder en de zorgverzekeraar restitueert de kosten van de geleverde zorg aan de verzekerde (restitutie). De andere variant is dat de kosten rechtstreeks aan de zorgaanbieder worden betaald door de zorgverzekeraar (natura). In beide gevallen bestaat een directe financiële relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

De zorginkoop kan zowel gecontracteerd als ongecontracteerd worden geregeld. Zorginkoop veronderstelt ook een selectieve of gedifferentieerde inkoopstrategie. De zorgverzekeraar moet de publieke belangen borgen en moet sommige zorgaanbieders wel en andere niet contracteren (selectief inkopen) of er wordt een deel van de productie van de zorgaanbieder gecontracteerd (gedifferentieerd inkopen). Het staat de zorgverzekeraar vrij bepaalde zorgaanbieders of een bepaald zorgaanbod voor een hogere dan wel lagere prijs contracteren.³

In dit hoofdstuk ligt de focus op de juridische aspecten van gecontracteerde zorg. Het hoofdstuk vangt aan met een uitleg wanneer een overeenkomst juridisch tot stand komt (paragraaf 1.1), gevolgd door de aspecten in de onderhandelingsfase (paragraaf 1.2). In paragraaf 1.3 worden diverse vragen die zorgaanbieders in het kader van gecontracteerde zorg in het verleden aan Nysingh hebben gesteld, algemeen besproken. Paragraaf 1.4 focust op de voornaamste bedingen die voorkomen in de contracten met verzekeraars. Daarbij wordt jurisprudentie besproken om een beeld te schetsen van knelpunten in de praktijk.

1.1. *Totstandkoming overeenkomst*

Een overeenkomst is een meerzijdige rechtshandeling waarbij één of meer partijen jegens één of meerdere andere partijen een verbintenis aangaat (artikel 6:213 lid 1 BW). Een overeenkomst komt tot stand door aanbod en aanvaarding (art. 6:217 BW). Aan de totstandkoming van een overeenkomst worden geen formele vereisten gesteld. Ook mondelinge overeenkomsten zijn

³ RVZ, Advies zorginkoop, RVZ 2018, p. 19.

daarom rechtsgeldig en afdwingbaar, maar daarbij moet worden opgemerkt dat het leveren van bewijs van een mondelinge overeenkomst niet altijd eenvoudig is.

Een overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder wordt gekwalificeerd als een overeenkomst van opdracht (art. 7:401 BW e.v.). De overeenkomst van opdracht is grotendeels van regelend recht, zodat partijen veel zelf kunnen bepalen. Er bestaat geen specifiek wettelijk kader ten aanzien van zorgcontracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Contractsvrijheid is dan ook het uitgangspunt.⁴

De afdwingbaarheid van een verbintenis is onder meer afhankelijk van het antwoord op de vraag of zij voldoende bepaalbaar is (art. 6:227 BW). Daaruit volgt echter niet dat de partijen bij het aangaan van elke overeenkomst elkaar nauwkeurig en uitdrukkelijk moeten verklaren waarin de bedoelde verplichting bestaat. Dagelijks worden talloze overeenkomsten gesloten, zonder dat de partijen zich daarbij uitlaten over de aard van de gekochte zaken, over de hoeveelheid, de prijs, over datum en plaats van levering of over andere voorwaarden, terwijl hieromtrent tussen partijen toch geen meningsverschil bestaat. De juiste verplichtingen staan dan vast, doordat partijen de bedoeling hebben gehad overeen te komen zoals tussen haar gebruikelijk is, of zoals in de desbetreffende tak van handel of bedrijf gebruikelijk is.⁵ Zie paragraaf 1.2 over de onderhandelingsfase.

Omdat overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders veelal meerdere achtereenvolgende jaren worden aangegaan of verlengd, is dit materieel te vergelijken met een duurovereenkomst.⁶ In de rechtspraak wordt die overeenkomst gekwalificeerd als een bijzondere overeenkomst van opdracht, waarbij de zorgaanbieder de opdracht aanvaardt om de verzekerden van de zorgverzekeraar te behandelen voor rekening van de zorgverzekeraar.⁷

Wanneer is sprake van een goed contract?

- Afspraken zijn juist opgenomen;
- Afspraken zijn werkbaar in de praktijk;
- Nakoming afspraken is afdwingbaar;
- Bedoelingen van partijen zijn duidelijk, ook als er een discussie ontstaat geruime tijd na het sluiten van de overeenkomst;
- Alle afspraken zijn vastgelegd;
- Risico's zijn evenwichtig verdeeld.

⁴ Leenen e.a. 2017, p. 720.

⁵ Asser/Sieburgh 6-III 2018/284.

⁶ HR 28 oktober 2011, ECLI:NL:HR:2011:BQ9854, m.nt. T.F.E. Tjong Tjin Tai en HR 14 juni 2013, ECLI:NL:HR:2013:BZ4163.

⁷ Rechtbank Rotterdam 21 januari 2015, ECLI:NL:RBROT:2015:398, r.o. 4.7.

Essentialia

Wat als de essentialia van een overeenkomst moeten worden beschouwd, is in het algemeen niet te geven. De aard van de overeenkomst en de omstandigheden van het geval zijn daarbij doorslaggevend. Zo zal bij een koopovereenkomst met betrekking tot aandelen, de koopprijs zeker tot de essentialia van de koopovereenkomst gerekend moeten worden, terwijl bijv. uit art. 7:405 lid 2 BW volgt dat een overeenkomst van opdracht kan worden aangenomen zonder dat partijen geregeld hebben hoeveel loon de opdrachtnemer voor zijn diensten ontvangt. In elk geval gaat het om afspraken die de kern van de prestatie raken en zonder welke een overeenkomst niet bestaanbaar is (kernbeding). In het kader van zorgcontractering is dat voornamelijk de verlening van de zorg en de betaling van de kosten daarvan.⁸

In ieder geval moeten partijen afspreken welke zorg de zorgaanbieder zal verlenen. Het is mogelijk dat de overeenkomst betrekking heeft op alle zorg die de zorgverlener kan aanbieden, maar noodzakelijk is dat niet. Ook kan gekozen worden voor bepaalde specialismen, ziektebeelden of behandelmethoden. Ook moet blijken aan wie de gecontracteerde (verzekerde of onverzekerde) zorg wordt verleend. Meestal behoren alle verzekerden van de gecontracteerde zorgverzekeraar tot de doelgroep, zowel naturaverzekerden als restitutieverzekerden. Verder zijn aspecten omtrent de plaats voor de verlening van zorg, door wie en binnen welke termijn de hulp wordt verleend van belang.

Daarnaast moet in de overeenkomst worden vastgelegd voor welke prestaties zal worden gedeclareerd en welke tarieven verschuldigd zijn. Behoudens de beperkingen van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zijn partijen vrij in de bepaling van de prijs. Naast een vast tarief per prestatie kunnen partijen ook afspreken welk bedrag in totaal verschuldigd zal zijn voor het geheel van de verleende diensten in een jaar. Dit kan een aanneemsom zijn, een vast bedrag per jaar, of een plafond, een maximumbedrag per jaar.⁹

Naast deze kernbedingen kunnen er nog bijkomende bedingen worden vastgelegd. Gebruikelijk zijn de volgende:

- De wijze van indienen en verweken van declaraties;
- Controle op de verleende prestaties en declaraties;
- Betalingsvoorwaarden en betalingstermijnen;
- Verlenen van voorschotten en verrekenen met declaraties daarvan;
- Informatieplichten;
- Aansprakelijkheid;

⁸ Leenen e.a. 2017, p. 720.

⁹ Leenen e.a. 2017, p. 722.

- Duur van de overeenkomst.¹⁰

1.2. ***Uitgangspunten onderhandelingsfase***

De precontractuele fase, ook wel de onderhandelingsfase, gaat vooraf aan het sluiten van de overeenkomst. In deze fase vindt veelvuldig mondeling overleg plaats over de te sluiten overeenkomst. In sommige gevallen komt het nooit tot een uiteindelijke overeenkomst en kan er discussie ontstaan of de onderhandelingsfase al zo vergevorderd was dat partijen elkaar daar op kunnen aanspreken en aan de onderhandelingen kunnen houden. Van belang zijn de redelijkheid en billijkheid en gerechtvaardigde belangen van partijen.

Redelijkheid en billijkheid

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn gehouden zich tegenover elkaar te laten leiden door de eisen van de zorgvuldigheid in het maatschappelijk verkeer. Zij moeten hun gedrag mede laten bepalen door elkaars gerechtvaardigde belangen.¹¹ In het arrest Baris/Riezenkamp oordeelde de Hoge Raad reeds dat:

*“(...) Partijen, door met elkaar in onderhandelingen treden over het sluiten van een overeenkomst, tot elkaar komen te staan in een bijzondere door de goede trouw beheerste rechtsverhouding, medebrennende dat zij hun gedrag mede moeten laten bepalen door de gerechtvaardigde belangen van de wederpartij (...)”*¹²

Tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders bestaat ook zo'n relatie die bijzondere verplichtingen en verantwoordelijkheden meebrengt:

*“(...) Tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders bestaat een bijzondere relatie, ook indien zij geen overeenkomst hebben gesloten, omdat zij aan elkaar zijn overgeleverd en de een niet zonder de ander kan. Voor beide partijen brengt dit bijzondere verplichtingen en verantwoordelijkheden met zich mee (...)”*¹³

In het arrest Plas/Valburg oordeelde de Hoge Raad:

*“(...) dat onderhandelingen over een overeenkomst in een zodanig stadium zijn gekomen dat het afbreken zelf van die onderhandelingen als in strijd met de goede trouw moet worden geacht, omdat partijen over en weer mochten vertrouwen dat enigerlei vorm van contract in ieder geval uit de onderhandelingen zou resulteren (...)”*¹⁴

¹⁰ Leenen e.a. 2017, p. 722 en 723.

¹¹ Leenen e.a. 2017, p. 726.

¹² HR 15 november 1957, ECLI:NL:PHR:1957:AG2023, m.nt. L.E.H. Rutten (*Baris/Riezenkamp*).

¹³ Rechtbank Breda, 2 november 2011, ECLI:NL:RBBRE:2011:BU5717.

¹⁴ HR 18 juni 1982, ECLI:NL:PHR:1982:AG4405, m.nt. C.J.H. Brunner (*Plas/Valburg, Plas/Gemeente Valburg*).

Kortom, zelfs al is er geen sprake van een overeenkomst, dan kan er al wel sprake zijn van een (zij het bijzondere) rechtsverhouding waaruit voor beide partijen verbintenissen/verplichtingen kunnen voortvloeien. Dit leidt er soms toe dat het voor een partij in de onderhandelingsfase niet is toegestaan om onderhandelingen af te breken. Hierbij staat voorop het vertrouwen van de wederpartij in het tot stand komen van enigerlei vorm van contract.

In het arrest VSH/Shell¹⁵ heeft de Hoge Raad de beginselen uit Baris/Riezenkamp en Plas/Valburg min of meer samengevoegd. Daarbij oordeelde de Hoge Raad eveneens dat niet slechts het gerechtvaardigd vertrouwen in het tot stand komen van een overeenkomst grond kan zijn om het afbreken van de onderhandelingen onaanvaardbaar te achten, doch ook andere omstandigheden: *“(…) Onderhandelende partijen zijn verplicht hun gedrag mede door elkaars gerechtvaardigde belangen te laten bepalen. Ieder van hen is vrij de onderhandelingen af te breken, tenzij dit op grond van het gerechtvaardigde vertrouwen van de wederpartij in het totstandkomen van een overeenkomst of in verband met andere omstandigheden van het geval onaanvaardbaar zou zijn (…)”*.

De eis dat men zich in de precontractuele fase laat leiden door de gerechtvaardigde belangen van de wederpartij is groter naarmate de zorgaanbieder afhankelijker is van de betreffende zorgverzekeraar. Factoren die van belang zijn, zijn:

- Wenst de verzekeraar in het geheel niet (meer) te contracteren of betreft de weigering slechts een deel van het aanbod van de zorgaanbieder?
- Is het mogelijk zorg te verlenen op basis van restitutievergoeding voor niet-gecontracteerde zorg?
- Is de zorgaanbieder in staat een (vervangend) marktaandeel te verwerven onder verzekeren van andere zorgverzekeraars?
- Is de zorgaanbieder een geheel nieuwe aanbieder of is er een voorafgaande contractuele relatie, en zo ja, van welke duur?¹⁶

Andersom geldt ook dat wanneer de zorgverzekeraar in sterke mate afhankelijk is van de zorgaanbieder (bijv. bij schaarste van het zorgaanbod), de zorgaanbieder ook gehouden is rekening te houden met de gerechtvaardigde belangen van de zorgverzekeraar.

Kortom, het afbreken van onderhandelingen kan onaanvaardbaar worden geacht op grond van zowel:

¹⁵ HR 22 oktober 1987, ECLI:NL:PHR:1987:AD0018, m.nt. C.J.H. Brunner (*VSH/Shell*).

¹⁶ Leenen e.a. 2017, p. 728/

- Gerechvaardigd vertrouwen van de wederpartij in het tot stand komen van de overeenkomst;
- Andere omstandigheden van het geval.

Van belang zijn dus de mate en de wijze waarop de partij die de onderhandelingen afbrak aan het ontstaan van het hiervoor genoemde vertrouwen heeft bijgedragen, tegen de achtergrond van het gehele verloop van de onderhandelingen.

Transparantie zorginkoopproces

In december 2010 zijn de *Good Contracting Practices* door de NZa ingevoerd, die ervoor moeten zorgen dat zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren op een effectieve en gestructureerde manier samen tot afspraken komen tijdens het contracteerproces in de zorg. Deze regels zijn open geformuleerd en niet bindend, waardoor ook na invoering daarvan sprake bleef van onduidelijkheid in de markt.

De NZa heeft per 1 januari 2016 de Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw (hierna: de Regeling) aangenomen. Omdat een aantal artikelen in de Regeling zijn overgenomen uit de *Good Contracting Practices*, hebben die betreffende regels bindende werking gekregen, waardoor de NZa op de naleving van die regels kan handhaven. Bovendien is een aantal regels concreter uitgewerkt waardoor ze meer duidelijkheid bieden voor partijen. De Regeling geldt enkel voor de inkoop van zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt. De Regeling geldt voor alle Zvw-zorginkoopcontracten die zijn ingaan op 1 januari 2017 of later. In de Regeling is onder meer opgenomen dat zorgverzekeraars hun inkoopbeleid en -proces elk jaar op 1 april bekend moeten maken, waarbij zorgverzekeraars aan zorgaanbieders een redelijke termijn moeten gunnen om te reageren op een contractvoorstel. Daarnaast moeten zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders voldoende bereikbaar zijn voor elkaars vragen tijdens het contracteerproces. De zorgaanbieders moet een redelijke termijn worden gegeven dit beleid te bestuderen.¹⁷

Het is in beginsel aan de overheidsrechter om het contracteerbeleid van zorgverzekeraars te toetsen aan de in de precontractuele fase geldende maatstaven van redelijkheid en billijkheid. Zowel de *Good Contracting Practices* als de Regeling kunnen een rol spelen bij de beoordeling door de rechter. In de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap, opgesteld door ZN, worden drie eisen voor het contracteerbeleid vermeld¹⁸:

- De zorgverzekeraar moet bij de keuze van zorgaanbieders openbare, objectieve criteria hanteren;

¹⁷ Leenen e.a. 2017, p. 727.

¹⁸ ZN, Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap, ZN 2011, art. 2.3.2.

- De zorgverzekeraar moet zijn contracteerbeleid in een publicatie of anderszins bekend maken: wijzingen in het contracteerbeleid worden tijdig bekendgemaakt aan de betrokken zorgaanbieders;
- Als de zorgverzekeraar geen overeenkomst met de zorgaanbieder wil sluiten, deelt hij aan de zorgaanbieder de redenen van zijn besluit mee.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars die in de clinch liggen over de contractering van zorg hoeven door de ingevoerde mogelijkheid van alternatieve geschilbeslechting nu niet meer per se naar de overheidsrechter.¹⁹ Zie hoofdstuk 4 over geschillen.

Letter of intent

Met een 'Letter of Intent' kunnen partijen afspraken maken over voorlopige betalingen ("bevoorschotting") in het geval de zorgverzekeraar al wel de intentie heeft te contracteren voor de zorginkoop, maar er verder met de zorgverzekeraar nog geen overeenstemming is over bijvoorbeeld het afrekenen van onderhanden werk en de prijslijst. Een letter of intent, die doorgaans niet de uiteindelijke afspraak van partijen, doch een tussenstadium in de onderhandelingen weergeeft, komt in veel verschijningsvormen voor. Het kan een eenzijdig geschrift zijn, doch ook een door beide onderhandelende partijen opgemaakt en ondertekend geschrift. Soms is het bedoeld als een geheel onverbindende vastlegging van een bedoeling of een voorlopig onderhandelingsresultaat, maar het kan ook bindende afspraken bevatten, die dan doorgaans bijkomende verplichtingen betreffen of het onderhandelingsproces beogen te structureren. De rechtsgevolgen van de letter of intent dienen dus eveneens van geval tot geval te worden vastgesteld.²⁰ Zie bijlage 1 voor een letter of intent van een zorginkoopcontract.

1.3. Beantwoording specifieke vragen

Wanneer is sprake van een contract? Als een prijslijst ontbreekt, is er dan wel sprake van een contract?

Het sluiten van een overeenkomst is niet afhankelijk van het overeenkomen van een prijs. Meestal is de prijs wel een 'essentiale' (wezenlijk bestanddeel van een contract) zonder welke geen wederkerige overeenkomst tot stand komt. Indien er overeenstemming is met de zorgverzekeraar over de centrale prestatie, namelijk het leveren van zorg aan de verzekerden en er is een declaratieplafond, aanneemsom of eventueel nog een declaratieminimum overeengekomen met een verdere verwijzing naar nadere afspraken over vast te stellen prijslijsten, is er sprake van een

¹⁹ A.T.H.J. Mingels, 'Alternatieve geschilbeslechting bij zorgcontractering: snel, laagdrempelig en effectief?', *TvGr* 2018 (42) 1.

²⁰ Asser/Sieburgh 6-III 2018/13.

overeenkomst. De standaardcontracten bevatten algemene bepalingen over tarieven, die volgens deze contracten als prijslijsten nog nader zijn overeen te komen. Zeker bij ondertekening van een dergelijke schriftelijke overeenkomst is er sprake van een 'contract'. Dit is eveneens het geval, indien er mondeling sprake is van overeenstemming over het stramen van een dergelijk contract (naar een standaardmodel van de verzekeraar, waarop in onderdelen nader kan worden door onderhandeld).

De wet bekrachtigt dat overeenstemming over de prestatie en over de beloning niet noodzakelijkerwijs steeds in rechtsgeldig contract moeten staan of van een mondelinge overeenkomst deel moeten uitmaken. Artikel 7:405 BW bepaalt, dat een overeenkomst in bedrijf of beroep waarbij een prestatie wordt afgesproken een loonverplichting met zich brengt, waarvan de hoogte niet per se hoeft te zijn afgesproken. Het 'loon' (tarief) is dan volgens de wet hetgeen gebruikelijk is. De zorgcontractering betreft geen geneeskundige behandelingsovereenkomst met de patiënten (dienstverleningsovereenkomst volgens art. 7:446 e.v. BW), ook geen lastgeving (opdracht te contracteren namens de verzekeraar), doch wel de verplichting deze behandelingsovereenkomsten met de verzekerden aan te gaan. Dat is als een 'dienst' aan (aanvaarde opdracht van) de zorgverzekeraar te beschouwen (gelet op de ruime definitie van artikel 7:400 lid 1 BW) en derhalve is art. 7:405 BW van toepassing. Het is in dat geval niet noodzakelijk bij de contractering reeds overeenstemming te hebben over de prijslijst.

Contracten en prijslijstovereenkomsten vallen in de tijd vaak uit elkaar. Het is namelijk erg lastig tot prijsafspraken te komen, omdat het totaal van DBC-zorgproducten en de wijzigingen in het systeem van jaar tot jaar onzekerheden creëren. Doordat dit 'gebruikelijk' is, zal de overeenstemming op de hoofdlijnen van de zorginkoop daarvan worden onderscheiden en dus naar algemeen contractenrecht tot 'contracten' leiden.

Het maken van een 'voorafsprake' over de contractonderhandelingen met de zorgverzekeraars (zie bijlage 1) kan handig zijn. In een dergelijke voorovereenkomst ('letter of intent'/'memorandum of understanding') kan worden afgesproken wanneer en hoe partijen zich willen binden en wanneer sprake is van een 'contract' (al dan niet met prijslijsten of principes om te komen tot een vaststelling van prijslijsten of met nog minder, zoals nu doorgaans het geval is).

Aan welke randvoorwaarde(n) moet zijn voldaan wil een zorgverzekeraar op zijn website mogen schrijven dat er sprake is van een contract met desbetreffende zorgaanbieder?

De randvoorwaarden zijn in algemene zin dat er gesproken kan worden over overeenstemming over de wezenlijke bepalingen van het contract. Dit zullen doorgaans de bepalingen zijn van het 'algemeen deel' (mogelijk de standaardtekst met kanttekeningen in het overleg) en een aanneemsom of prijsplafond, al dan niet met volumerestricties en bevoorschotting. De afbakening

is niet precies te geven, aangezien deze in het algemene contractenrecht niet kan worden aangegeven. Overeenstemming over de prijslijst behoeft dus niet bepalend te zijn.

De voorwaarden in de wet over vermelding van de contracten zijn beperkt en zien niet op de contractinhoud met de zorgverzekeraars, maar op de keuze-informatie voor de verzekerden. Van belang is de Regeling Transparantie Zorginkoopproces.

Mag er melding van een contract worden gemaakt, indien er nog geen overeenstemming is over de te leveren prijs? Wordt dit gecontroleerd door (bijvoorbeeld) de NZa?

De zorgverzekeraars mogen geen misleidende informatie verstrekken aan hun verzekerden en onjuiste informatie aan hun verzekerden (vgl. art. 6:193c en 6:194 BW). De NZa zal toezien op rechtmatige uitvoering van de zorgverzekeringsovereenkomst en dus ook op de rechtmatigheid van vermelding van de contracten op de website van de zorgverzekeraars. Of daarbij de NZa eigenstandig onderzoek doet naar de onderliggende contracten is onduidelijk. Het is mogelijk bij de NZa een klacht in te dienen, indien zorgverzekeraars ten onrechte contracten vermelden.

1.4. *Het contract: de voornaamste bedingen*

In deze paragraaf worden achtereenvolgens het omzet- en budgetplafond besproken (paragraaf 1.4.1), de doorleverplicht (paragraaf 1.4.2) en tarieven, materiële controle en fraude (paragraaf 1.4.3). Elke paragraaf bevat een bespreking van de relevante jurisprudentie op deze punten.

1.4.1. Omzet- en budgetplafond

Zorgverzekeraars maken ieder jaar opnieuw afspraken met zorgaanbieders over de inkoop van zorg. Die afspraken worden gemaakt over het aantal behandelingen, maar ook voor welk bedrag dat gebeurt. Bij een omzet- of budgetplafond spreken de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar een maximum omzet/budget af. Bijvoorbeeld een knieoperatie ad 1.000,- met een maximum omzet van 100.000,-, oftewel de zorgaanbieder kan 100 knieoperaties uitvoeren. Gaat de zorgaanbieder over het plafond heen? Dan krijgt die voor geleverde zorg over deze grens geen vergoeding meer van de zorgverzekeraar. Het gevolg van een plafond is dat patiënten soms niet meer terecht kunnen bij zorgaanbieders die het plafond hebben overschreden.

Jurisprudentie

Omzetplafond voor verzekerden gezamenlijk

In de zaak die voorkwam bij de voorzieningenrechter Rechtbank Gelderland meende de zorgaanbieder dat er een plafond was afgesproken ad € 150.000 per individuele verzekerde.

Menzis meende dat de overeengekomen budgetplafonds totaalbedragen betroffen voor de zorgkosten voor *alle* verzekerden in een bepaald kalenderjaar, waarboven de zorgaanbieder niet mag declareren althans waarboven Menzis niet gehouden is de gedeclareerde kosten te betalen. De Voorzieningenrechter overwoog dat niet enkel gekeken moet worden naar de taalkundige betekenis, maar ook naar de zin die partijen in de gegeven omstandigheden over en weer redelijkerwijs aan de bepalingen van de overeenkomst mochten toekennen en naar hetgeen zij over en weer redelijkerwijs van elkaar mochten verwachten. De voorzieningenrechter stelde Menzis in het gelijk. Uit de schriftelijke bewoordingen van de bepalingen van het contract kon niet anders worden afgeleid dan dat sprake is van een totaalbedrag voor alle verzekerden gezamenlijk en niet van een individueel plafond per verzekerde.²¹

Verwijtbare overschrijding

In de zaak voor de Rechtbank Den Haag van 1 april 2019²² had de zorgaanbieder het afgesproken omzetplafond overschreden. De zorgaanbieder stelde dat van een verwijtbare overschrijding van het omzetplafond geen sprake is, nu op de zorgaanbieder de verplichting rustte om haar patiënten te behandelen als hiervoor niet direct een alternatief aanwezig is. Daarnaast wees de zorgaanbieder de zorgverzekeraar op haar verplichting uit hoofde van de Zorgverzekeringswet om voor diens verzekerden alle benodigde zorg in te kopen, welke verplichting volgens haar met het hanteren van het omzetplafond wordt geschonden doordat patiënten nodeloos op wachtlijsten worden geplaatst, terwijl voor hen psychiatrische hulp voorhanden was.

De rechtbank oordeelde dat het uitgangspunt tussen partijen de gesloten zorginkoopovereenkomst is. In deze overeenkomst is uitdrukkelijk bepaald dat declaraties boven het omzetplafond niet voor vergoeding in aanmerking komen. Krachtens de zorginkoopovereenkomst komt aan de zorgverzekeraar in beginsel de bevoegdheid toe om het boven het omzetplafond uitgekeerde bedrag van zorgaanbieder terug te vorderen dan wel dit bedrag te verrekenen met nadien door zorgaanbieder ingediende declaraties. Vooropgesteld wordt dat het hanteren van een omzetplafond door een zorgverzekeraar in de zorgverzekeringsbranche zeer gebruikelijk is en als zodanig niet strijdig is met de Zvw dan wel enige andere wettelijke bepaling. Meer in het bijzonder is van de gestelde strijd met artikel 13 Zvw geen sprake. Het ter discussie gestelde omzetplafond is onder meer bedoeld om tot een spreiding te komen van de zorgbehoefte van verzekerden over de gecontracteerde zorgaanbieders en om de zorgkosten in de hand te houden. Op de zorgaanbieder rust geen verplichting om een behandelovereenkomst aan te gaan met (een naar haar doorverwezen) patiënt. De zorgaanbieder bepaalt daarmee dus zelf hoeveel patiënten zij jaarlijks aanneemt. In lijn met dit uitgangspunt is het aan de zorgaanbieder om het

²¹ V.zr. Rechtbank Arnhem 5 juli 2019, ECLI:NL:RBGEL:2019:3316.

²² Rechtbank Den Haag, 1 april 2019, ECLI:NL:RBDHA:2019:7545.

overeengekomen omzetplafond te bewaken en een dreigende overschrijding hiervan aan zorgverzekeraar te melden, al dan niet in combinatie met het verzoek om verhoging van het omzetplafond. De zorgaanbieder had dat na de verhoging van het omzetplafond in deze casus niet meer gedaan en evenmin had zij melding gemaakt van een dreigende overschrijding. Uit de ingediende declaraties viel op te maken dat zij, ook nadat zij aan de zorgverzekeraar een patiëntenstop had bevestigd, nog wel nieuwe patiënten had aangenomen. Daarmee had de zorgaanbieder de zorgverzekeraar de mogelijkheid ontnomen om deze nieuwe patiënten te bemiddelen naar een andere door haar gecontracteerde zorgaanbieder in de desbetreffende regio en heeft zij zodoende zelf in de hand gewerkt dat het overeengekomen omzetplafond werd overschreden. Dat deze nieuwe patiënten zorg behoeften die uitsluitend door haar kon worden geleverd, was niet aannemelijk gemaakt. De zorgaanbieder handelde zo oordeelde de rechtbank in strijd met de door haar uit vrije wil met zorgverzekeraar gesloten zorginkoopovereenkomst.

Overschrijding omzetplafond, redelijkheid en billijkheid

In een recente uitspraak van de Rechtbank Den Haag in oktober 2019²³ kwamen meerdere aspecten rondom het omzetplafond en de redelijkheid en billijkheid aan bod. De zorgaanbieder, die specialistische en basis geestelijke gezondheidszorg verleende, had een zorgovereenkomst met Achmea gesloten waarin onder meer stond: *“De praktijk declareert bij Achmea maximaal €300.000 aan DBC’s die gestart zijn in 2012 of u heeft in de vragenlijst aangegeven dat uw omzet hoger is dan €300.000 en dan geeft de berekening aan dat uw omzet van DBC’s die gestart zijn in 2012 niet hoger mag zijn dan dat bedrag.”* Voor het jaar 2013 heeft Achmea de zorgaanbieders geïnformeerd dat de bestaande overeenkomsten (2012) met een omzetplafond van €300.000 konden worden verlengd en dat zij hiervoor niets hoefden te doen. Zodoende geschiedde de verlenging voor deze betreffende zorgaanbieder. Achmea heeft de eindafrekening voor het contractjaar 2012 aan de zorgaanbieder gestuurd, met een hoog negatief saldo. Ook voor de latere jaren deed Achmea een beroep op verrekening van de onverschuldigde betalingen. Ter discussie staat de vraag of er omzetplafonds zijn overeengekomen en of Achmea met recht is overgegaan tot verrekening/terugvordering. De zorgaanbieder meent dat de tekst van de overeenkomst niet zo luidt dat daarin een omzetplafond is overeengekomen. De rechtbank oordeelde dat de tekst van de bepaling noch de overige onderdelen van de overeenkomst aanknopingspunten bieden voor de door de zorgaanbieder bepleite uitleg dat hiermee slechts een streefbedrag is bedoeld. Voor het volgen van die uitleg is in ieder geval niet voldoende dat het woord ‘omzetplafond’ of een vergelijkbare term niet in de overeenkomst voorkomt en de consequenties niet expliciet zijn benoemd. Ook de plaats van de bepaling in de overeenkomst – onder het artikel ‘Kwaliteit’ – en de aanduiding van de bepaling als speerpunt doet naar het oordeel van de rechtbank geen afbreuk

²³ Rechtbank Den Haag 23 oktober 2019, ECLI:NL:RBDHA:2019:11288.

aan de duidelijke tekst van de bepaling zelf. Ook wordt de eis voor het indienen van de DBC-declaraties gedefinieerd als omzetgrens. De verlenging van het contract heeft plaatsgevonden doordat de zorgaanbieder na meerdere informatieberichten van Achmea niet heeft gereageerd, waarmee de contractverlenging stilzwijgend werd aanvaard. Daar maakte het omzetplafond ook deel van uit. Daarmee kwam vast te staan dat er voor de jaren 2012 en 2013 een omzetplafond bestond.

Voor de vraag of de omzetplafonds zijn overschreden, is het volgende van belang. De zorgaanbieder stelt dat de omzetplafonds alleen golden voor naturaverzekerden. Dit houdt geen stand volgens de rechtbank, omdat nergens in de overeenkomst onderscheid wordt gemaakt tussen het soort verzekerden. De opmerking van de zorgaanbieder dat niet bedoeld kan zijn het omzetplafond ook voor restitutieverzekerden te laten gelden, omdat dit zich niet laat verenigen met de vrije artskeuze van dergelijke verzekerden, gaat niet op. Het omzetplafond is een afspraak tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Dat en waarom hieruit zou volgen dat Achmea afspraken met haar restitutieverzekerden niet zou (kunnen) nakomen heeft de zorgaanbieder niet toegelicht. De rechtbank stelde vast dat in 3 jaren het plafond was overschreden.

Vervolgens komt de beperkende werking van de redelijkheid en billijkheid aan de orde: is de terugvordering van de bedragen boven de plafonds in de gegeven omstandigheden naar redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar? De zorgaanbieder meent dat het hanteren van omzetplafonds ertoe kan leiden dat de verplichtingen die de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar jegens elkaar en jegens de verzekerden hebben in het gedrang komen en van negatieve invloed is op de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Het is onaanvaardbaar en onwenselijk dat zorgverzekeraars door het hanteren van omzetplafonds de aan zorgverzekeringsovereenkomsten verbonden risico's afwentelen op de zorgaanbieders. Zij stelt onder meer dat sprake is van marktmacht en onrechtmatige marktverdeling, dat omzetplafonds ondoelmatige zorgverlening en een "race to the bottom" in de hand werken. De rechtbank oordeelde dat dit betoog haar in de contractuele relatie met Achmea, waarin de omzetplafonds nu eenmaal zijn overeengekomen, niet kan baten. Het hanteren van omzetplafonds door zorgverzekeraars is de afgelopen jaren – hoewel wellicht niet onomstreden – zeer gebruikelijk en als zodanig ook niet in strijd met de Zorgverzekeringswet.

De zorgaanbieder meende eveneens dat de DBC-declaratiesystematiek het niet mogelijk maakte om de productie bij te houden om een overschrijding van het plafond te voorkomen. De rechtbank stelde in dat kader voorop dat de DBC-(declaratie)systematiek voortvloeit uit door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde regelgeving en partijen daaraan zijn gebonden. Dat die systematiek bij de naleving van omzetafspraken met zorgverzekeraars voor zorgaanbieders problemen met zich kan brengen in die zin dat het op het moment dat een DBC wordt geopend niet steeds duidelijk is

welke omzet daaruit zal voortvloeien en het – zo begrijpt de rechtbank – daarom lastig kan zijn om in te schatten wanneer het overeengekomen omzetplafond zal worden overschreden, trekt de rechtbank niet in twijfel en wordt door de zorgverzekeraar ook niet betwist. Met de zorgverzekeraar is de rechtbank echter van oordeel dat dit tot het bedrijfsrisico van de zorgaanbieder hoort. Nu de zorgaanbieder vrijwillig met de zorgverzekeraar heeft gecontracteerd en zich daarmee aan een omzetplafond heeft gebonden, lag het op haar weg om haar werkprocessen zo in te richten dat zij in de gaten kon houden of en wanneer dat plafond werd overschreden. Bovendien moet er van worden uitgegaan dat de zorgaanbieder als degene die te declareren zorg verleent veel beter zicht heeft op de ontwikkeling van de met die zorg gemoeide omzet en daarom ook eerder passende maatregelen kan nemen dan een zorgverzekeraar. Immers, bij haar wordt de verleende zorg pas (binnen twaalf maanden) na sluiting van een DBC gedeclareerd. De zorgverzekeraar heeft onweersproken gesteld dat haar administratie, anders dan die van de zorgaanbieder, alleen de gesloten DBC's weergeeft, waardoor zij niet accuraat kan constateren dat een zorgaanbieder het omzetplafond nadert. Al met al verzetten de redelijkheid en billijkheid zich niet tegen de gebondenheid van de zorgaanbieder aan het plafond. De zorgverzekeraar mocht de bedragen boven de plafonds dus verrekenen/terugvorderen.

Wederzijdse dwaling plafond

In 2017 oordeelde de rechtbank Den Haag²⁴ dat het omzetplafond diende te worden verhoogd vanwege wederzijdse dwaling. De zorgaanbieder, een zelfstandige gynaecologische (poli)kliniek, had met Zilveren Kuis een zorgovereenkomst gesloten met daarin een omzetplafond. Zodra het plafond was bereikt zou Zilveren Kuis stoppen met het vergoeden van de zorg en de zorgaanbieder het restant voor eigen rekening nemen. Op grond van de regelgeving van de Wmg wordt de zorg die de zorgaanbieder verleent vertaald naar een 'DBC'. Elke DBC kent een eigen tarief, zodat op basis van die DBC de declaratie aan de zorgverzekeraar plaatsvindt. De zorgaanbieder verleende hoofdzakelijk zorg aan patiënten volgens het 'one-stop-shop principe'. Dit principe houdt in dat consulten, diagnoses en behandelingen (oftewel: de gehele DBC) zo mogelijk op één dag worden geopend en afgerond. Een DBC wordt vervolgens gedeclareerd zodra het DBC-traject is afgesloten. Bij een 'one-stop-shop' wordt een DBC vaak dezelfde dag nog gedeclareerd, waardoor de zorg boekhoudkundig bijna altijd werd gedeclareerd in het huidige boekjaar. Per 1 januari 2012 is de DBC-systematiek echter gewijzigd. 'One-stop-shops' worden niet langer gezien als afzonderlijke zorgtrajecten, maar als subtrajecten, die voortaan deel uitmaken van afzonderlijke, langlopende zorgtrajecten. Een ander gevolg is dat de openingsdatum van een subtraject bepalend wordt voor het jaar waaraan de omzet wordt toebedeeld. De gewijzigde regelgeving heeft voor de zorgaanbieder nadelige gevolgen. De declaraties voor de

²⁴ Rechtbank Den Haag, 1 maart 2017, ECLI:NL:RBDHA:2017:4839.

patiënten die zich in 2013 (opnieuw) bij de kliniek melden voor een behandeling, nadat in 2012 reeds een subtraject was afgesloten en gedeclareerd, komen boekhoudkundig ten laste van het jaar 2012, aangezien in dat jaar het subtraject is geopend.

De zorgaanbieder beriep zich op wederzijdse dwaling als bedoeld in artikel 6:228 lid 1 sub c BW en betoogde dat de zorgovereenkomst 2012 is gesloten bij een onjuiste voorstelling van zaken; partijen hadden weliswaar kennis van de per 1 januari 2012 geldende DBC-regelgeving, maar hebben niet alle effecten van die regelgeving overzien toen zij met elkaar onderhandelden over de hoogte van het omzetplafond. De rechtbank volgt deze stelling en passeert de verweren van Zilveren Kruis. De rechtbank overweegt dat de dwaling betrekking heeft op het feit dat, op grond van de gewijzigde regelgeving, de openingsdatum van het nieuwe subtraject kwam te liggen in 2012, terwijl de zorg feitelijk werd geleverd in 2013. Als gevolg van deze regelgeving nam de omzet van 2012 toe, en dit effect hebben beide partijen bij het aangaan van de zorgovereenkomst 2012 niet voorzien. De rechtbank hechtte daarbij veel waarde aan het feit dat partijen bij het bepalen van het omzetplafond zijn uitgegaan van de totale omzet die de zorgaanbieder in 2011 heeft gerealiseerd, omdat hieruit blijkt dat partijen een omzetplafond hebben willen overeenkomen dat was gebaseerd op reële omzetcijfers. De rechtbank komt tot het oordeel dat beide partijen van een onjuiste voorstelling van zaken zijn uitgegaan bij de onderhandelingen over het omzetplafond, waardoor de zorgaanbieder nadeel heeft geleden. De rechtbank besluit daarom om het overeengekomen omzetplafond met terugwerkende kracht naar boven bij te stellen, zodat het nadeel van de zorgaanbieder wordt gecompenseerd.

1.4.2. Doorleverplicht

Indien een zorgverzekeraar onvoldoende zorg heeft ingekocht, voldoet hij niet aan zijn zorgplicht en is in principe sprake van wanprestatie jegens zijn verzekerde. Het inkopen van onvoldoende zorg kan zich voordoen indien afgesproken budgetten zijn bereikt. De zorgaanbieder zal een verzekerde dan immers geen zorg meer leveren, omdat de zorgaanbieder daarvoor geen vergoeding krijgt. Indien de verzekerde ook niet bij een andere zorgaanbieder terecht kan voor die zorgvorm, heeft een zorgverzekeraar dus niet aan zijn zorgplicht voldaan. De zorgverzekeraar zal de zorg dan alsnog dienen te bekostigen. Daarom spreken zorgverzekeraars met zorgaanbieders soms een doorleverplicht af en wordt de zorgaanbieder verplicht de zorg te leveren aan nieuwe patiënten, ook al is het budget bereikt. Het gevolg is dat de zorgaanbieder de zorg voor een lagere prijs verleent dan initieel overeengekomen.²⁵

²⁵ Van Schelven 2016, *TvGR* 2016, afl. 7.

De doorleverplicht komt ongeclausuleerd en geclausuleerd voor. Een voorbeeld van een ongeclausuleerde doorleverplicht luidt: *‘Indien door het in rekening brengen van tarieven de totaalafpraak wordt overschreden, blijft de zorgaanbieder verplicht om zorg aan de verzekerden van de zorgverzekeraar te verlenen.’* Bij een geclausuleerde doorleverplicht kan bijvoorbeeld worden afgesproken dat een overschrijding van de eerste 10% van het budget voor rekening komt van de zorgaanbieder, maar dat daarna aanvullende afspraken worden gemaakt. Ook kan per zorgvorm een doorleverplicht worden afgesproken.

Een doorleverplicht is voor zorgverzekeraars gunstig, maar voor zorgaanbieders niet. Vaak vormt dit een knelpunt in de onderhandelingsfase. In de beantwoording van de Kamervragen uit oktober 2015 kwam een kritische noot naar voren: *‘Er zijn geen specifieke voorwaarden verbonden aan het afspreken van een doorleverplicht; de zorgaanbieder moet zelf goed afwegen welk contract voor hem aantrekkelijk en haalbaar is’*.²⁶ Zoals gezegd zijn de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar vrij om hun contract in te richten en een dergelijke bepaling op te nemen. In de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap staat opgenomen dat een zorgverzekeraar bij de onderhandelingen geen misbruik maakt van zijn positie. Leden van Zorgverzekeraars Nederland zijn gehouden deze code na te leven en kunnen daar ook op worden aangesproken, aldus de website van Zorgverzekeraars Nederland. Door aan te dringen op een dergelijke doorleverplicht kan van misbruik sprake zijn.

Als een omzetplafond met doorleverplicht is overeen gekomen, dan is het de vraag of de zorgaanbieder nog kan werken met een patiëntenstop bij het bereiken van het omzetplafond of het in zicht komen daarvan. Is het eenmaal overeengekomen dan zal het geen eenvoudig verhaal zijn om daar onderuit te komen. Daarvoor zijn bijkomende omstandigheden nodig, bijvoorbeeld toezeggingen door zorginkopers gedaan ten tijde van het afsluiten van de overeenkomst. Dat vergt een casuïstische benadering. Ook kan sprake zijn van omstandigheden die partijen bij het maken van de afspraken niet hebben voorzien en dan kan op basis van de redelijkheid en billijkheid aangestuurd worden op een belangenafweging. Want contractspartijen zijn voor, tijdens en na de totstandkoming van een overeenkomst gehouden om rekening te houden met elkaars wederzijdse gerechtvaardigde belangen, zeker als een partij een dominante positie heeft

In beginsel is het accepteren van een doorleverplicht af te raden. Indien al een doorleverplicht wordt geaccepteerd, dan doen zorgaanbieders er verstandig aan zich goed te realiseren wat de consequenties zijn, of het omzetplafond realistisch is en welke risico's de organisatie daarmee loopt. Maar vaak zijn dat soort risico's moeilijk in te schatten voorafgaand aan het contracteerjaar.

²⁶ *Aanhangsel Handelingen II 2015/16, 599, p. 2.*

Als een zorgverzekeraar bijvoorbeeld met minder partijen contracteert, dan kan dat een flinke extra stroom patiënten betekenen, die dan voor hetzelfde budget moeten worden behandeld. Een zorgaanbieder heeft daar geen zicht op en kan daar ook geen invloed op uitoefenen. Mocht een doorleverplicht een heikel punt worden, dan zal deze in elk geval geclausuleerd moeten worden, aldus dat onvoorziene of onverwachte ontwikkelingen ertoe leiden dat partijen eerst om de tafel moeten. En natuurlijk op voorwaarde dat de zorgverzekeraar tenminste evenveel zorg heeft ingekocht als voorgaande jaren. Conclusie is dat zorgaanbieders er verstandig aan doen om geen doorleverplicht te accepteren, danwel – indien het onontkoombaar is dit in de onderhandelingen te betrekken – te clausuleren. In de contractonderhandelingen kunnen voorts alternatieve honoreringsmodellen worden betrokken – zoals een patiëntvolgend budget – die zowel de keuzevrijheid van de patiënt garanderen, maar ook een prikkel vormen tot efficiëntieverhoging

In de jurisprudentie kennen we gevallen waarin is geoordeeld dat een omzetplafond met een doorleverplicht onaanvaardbaar was. Bij de beoordeling van de juridische aanvaardbaarheid van een overeengekomen omzetplafond met doorleverplicht, bedongen in de onderhandelingsfase van een nieuwe overeenkomst, staan de gerechtvaardigde belangen van partijen centraal. Niet alleen de periode vóór het sluiten van een overeenkomst, maar ook de overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder zelf wordt beheerst door de contractuele redelijkheid en billijkheid. Hieruit volgt dat partijen ook ná de totstandkoming van een overeenkomst elkaars wederzijdse, gerechtvaardigde belangen in acht dienen te nemen, ook al is er willens en wetens een omzetplafond overeengekomen. Hoewel de rechter een doorleverplicht, indien die welbewust afgesproken en overeengekomen is, uiteraard niet ‘zomaar’ als onredelijk zal bestempelen, zijn er zeker situaties waarin een belangenafweging tot dat oordeel zou kunnen leiden. De belangen van de zorgaanbieder worden sterk gekleurd door de gevolgen van de doorleverplicht voor diens financiële situatie: leidt de doorleverplicht en het ongecompenseerd doorbehandelen tot onaanvaardbare financiële risico’s voor zijn bedrijfsvoering? Beknelt het omzetplafond met doorleverplicht de noodzakelijke groeimogelijkheden van de zorgaanbieder?

Daarnaast dient in de belangenafweging aandacht te zijn voor de machtspositie van de zorgverzekeraar ten opzichte van de zorgaanbieder. Een klein aantal grote zorgverzekeraars staat tegenover een grote hoeveelheid kleine zorgaanbieders, die maar zeer beperkt met de vuist op tafel kunnen slaan bij de onderhandelingen over, onder andere, een omzetplafond met doorleverplicht. Een zorgverzekeraar met een groot marktaandeel bij de zorgaanbieder zal indien hij eenvoudig in staat is zijn verzekerden te verwijzen naar een andere (wel) gecontracteerde zorgaanbieder in de regio, niet aarzelen zijn verzekerden niet langer te leiden naar een zorgaanbieder die weigert de overeenkomst met doorleverplicht te tekenen. Dit resulteert de facto in het gedwongen moeten tekenen van een overeenkomst met inbegrip van een omzetplafond en doorleverplicht. Hoe groter de machtspositie van de zorgverzekeraar is in termen van zijn

marktaandeel, hoe groter de (financiële) risico's in dat geval voor de zorgaanbieder zijn.

Hoe de belangenafweging uitpakt hangt dus af van de omstandigheden van het geval. In iedere specifieke situatie zal moeten worden beoordeeld of en op welke manier een omzetplafond met doorleverplicht de toets van de redelijkheid en billijkheid kan doorstaan. Een omzetplafond met een ongeclausuleerde doorleverplicht waarin op geen enkele wijze rekening wordt gehouden met de belangen van de zorgaanbieder, kan waarschijnlijk niet door de beugel. Te denken valt aan een eenzijdig (door de zorgverzekeraar) vastgesteld omzetplafond met doorleverplicht bij een niet-onderhandelbaar aanbod. Met deze gerechtvaardigde belangen is immers geen rekening gehouden bij de totstandkoming van de overeenkomst, nu over de inhoud van die overeenkomst niet onderhandeld is. Dit geldt te meer in het geval er sprake is van veranderende omstandigheden gedurende een verzekeringsjaar, zoals een enorme, op het moment van het sluiten van de overeenkomst niet te verwachten, toename van het aantal patiënten bij die zorgaanbieder. Het hanteren van een zorgkostenplafond veronderstelt dat bij het aangaan van de overeenkomst met een redelijke mate van waarschijnlijkheid een inschatting gemaakt kan worden van de productie. Indien dat (achteraf) niet mogelijk blijkt is het maatschappelijk onaanvaardbaar dat, zeker gelet op het hierboven al genoemde scheve onderhandelingspeelveld, in dat geval slechts de zorgaanbieder de economische risico's van een doorleverplicht draagt.

1.4.3. *Tarieven, materiële controle en fraude*

De Wet marktordening gezondheidszorg dwingt zorgaanbieders en zorgverzekeraars de vastgestelde prestaties en tarieven te hanteren. Er geldt een verbodstelsel: er mag niets worden gedeclareerd, tenzij de zorgautoriteit een prestatie en een tarief heeft vastgesteld. Dit heeft tot direct gevolg dat het zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet vrij staat zelf andersluidende afspraken te maken.

In de zorginkoopovereenkomst moet worden bepaald welke prestaties gedeclareerd kunnen worden tegen welke tarieven. Behoudens de beperkingen uit de Wmg, zijn partijen vrij in de bepaling van de prijs van de zorg. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn verplicht de regels van de zorgautoriteit na te leven met betrekking tot declaratie en betalingsverkeer (art. 37 Wmg). Het staat zorgaanbieders in sommige gevallen vrij een max-max-tarief met de verzekeraar overeen te komen. De vraag of een declaratie een betalingsverplichting in het leven roept, hangt in de eerste plaats af van de inhoud van de zorginkoopovereenkomst. Een overeenkomst roept geen betalingsverplichting voor de zorgverzekeraar jegens de zorgaanbieder in het leven met betrekking tot een zorgprestatie die is gedeclareerd in strijd met artikel 35 lid 1 Wmg. Voor zover er wel is

betaald, berust deze betaling daarom niet op de zorginkoopovereenkomst en is deze dan ook onverschuldigd verricht.²⁷

Vaak staat in de overeenkomst met de zorgverzekeraar al een bepaling opgenomen over materiële controles van declaraties. Dit houdt in dat onderzocht wordt of een verzekerde prestatie die in rekening is gebracht ook is geleverd en of deze het meest was aangewezen gezien de (gezondheids)situatie van verzekerde.²⁸

Materiële controle

Indien een zorgverzekeraar besluit een materiële controle (art. 87 Zvw) of fraudeonderzoek in te stellen (bijvoorbeeld naar aanleiding van een melding over onrechtmatige declaraties), dan kan de zorgverzekeraar op grond van de Regeling zorgverzekering de zorgaanbieder gebieden zijn medewerking te verlenen (art. 7.4 lid 2 en 4 Regeling zv).

Het verstrekken van persoonsgegevens en inzage in patiëntendossiers is geoorloofd in geval van materiële controles en fraudeonderzoeken (art. 7.1 lid 2 Regeling zv). De Regeling zorgverzekering in combinatie met artikel 87 van de Zorgverzekeringswet geeft een noodzakelijke juridische grondslag voor de zorgverzekeraars en vormt een verplichting het beroepsgeheim te doorbreken bij het verstrekken van medische persoonsgegevens.²⁹

Jurisprudentie

Afdwingen medewerking

De rechtbank Den Haag³⁰ oordeelde in de zaak van Zilveren Kruis tegen een tandartspraktijk dat de zorgverzekeraar voldeed aan de wet- en regelgeving omtrent materiële controles, omdat zij in het Algemeen Controleplan Materiële Controle een controledoel en algemene risicoanalyse had opgenomen. Zij had bovendien voldoende inzichtelijk en toetsbaar gemaakt waarom de praktijk van de tandarts was geselecteerd, aldus de rechtbank. De tandarts verleende echter geen medewerking. De rechtbank oordeelde dat de tandarts daartoe verplicht was.

Strijd met Wmg

In een zaak aangespannen door verschillende zorgverzekeraars tegen een tandartspraktijk, TGP Vrijheid, hadden de zorgverzekeraars een materiële controle uitgevoerd. Daaruit kwam naar voren dat er diverse codes gecombineerd werden gedeclareerd terwijl die niet-declarabel waren. Op grond daarvan is de praktijk gesommeerd de uitbetaalde declaraties terug te betalen. Zij voerden

²⁷ Gerechtshof Amsterdam, 23 april 2019, ECLI:NL:GHAMS:2019:1463.

²⁸ Leenen e.a. 2017, p. 715.

²⁹ Rechtbank Noord-Nederland, 26 februari 2014, ECLI:NL:RBNNE:2014:6831.

³⁰ Rechtbank Den Haag 6 december 2017, ECLI:NL:RBDHA:2017:15903.

daartoe aan dat TGP Vrijheid niet heeft voldaan aan de voorwaarden die verbonden zijn aan de verstrekking en vergoeding van de door TGP verleende zorg. TGP Vrijheid verweerde zich door te stellen dat het voor haar niet kenbaar was dat de codes niet in combinatie konden worden gedeclareerd. De rechtbank overweegt ten aanzien van een aantal codecombinaties dat uit de tarievenlijst niet kon worden afgeleid dat onrechtmatig is gedeclareerd. Het hof volgde dit oordeel niet. Het had de zorgaanbieder kenbaar behoren te zijn dat de combinaties niet mogelijk waren, gezien een bindend advies van de Permanente Tarieven Begeleidings Commissie. Voor een andere codecombinatie gold dit weer niet.³¹

Extrapolatie

In jurisprudentie is bepaald dat een steekproef ten behoeve van een materiële controle kan worden geëxtrapoléerd. In de jurisprudentie zijn enkele gezichtspunten geformuleerd waar de steekproef aan moet voldoen wil er sprake zijn van een wetenschappelijk verantwoordelijke methode:

- De steekproef moet in zowel absolute als relatieve zin van voldoende omvang zijn om een voldoende betrouwbaar beeld van het declaratiepatroon te geven;
- De steekproef moet aselekt zijn en de gevolgde procedure bij het nemen van de steekproef moet inzichtelijk worden gemaakt;
- De steekproef moet ook in de tijd gezien representatief zijn voor de periode waarover extrapolatie plaatsvindt;
- Extrapolatie moet uitsluitend per soort gedeclareerde verrichting plaatsvinden naar het totale declaratiebedrag voor die specifieke verrichting over de periode, waarvoor de steekproef representatief kan worden geacht;
- Bij de extrapolatie van een steekproefresultaat zal een zekere onbetrouwbaarheidsmarge in acht moeten worden genomen, waarvan de bandbreedte groter zal moeten zijn naarmate de steekproef relatief van geringere omvang was.³²

Jurisprudentie

In een zaak tussen Achmea en Stichting Allekleur³³ (zorgaanbieder voor specialistische ggz) had Allekleur zorg verleend aan verzekerden van Achmea waar in een aantal gevallen een verwijfsbrief ontbrak. Achmea heeft daarop € 711.438,44 van AlleKleur Zorg teruggevorderd en dat bedrag verrekend met declaraties van AlleKleur Zorg over 2012 en 2013. AlleKleur Zorg vorderde terugbetaling.

³¹ Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden, 29 augustus 2017, ECLI:NL:GHARL:2017:7515.

³² Rechtbank Midden-Nederland, 27 mei 2015, ECLI:NL:RBMNE:2015:3426, zie ook: Gerechtshof Amsterdam, 23 april 019, ECLI:NL:GHAMS:2019:1463.

³³ Rechtbank Midden-Nederland, 27 mei 2015, ECLI:NL:RBMNE:2015:3426.

De rechtbank oordeelde dat specialistische zorg op grond van de Achmea-polisvoorwaarden alleen is verzekerd wanneer de verzekerde beschikt over een verwijzing naar die zorg. AlleKleur Zorg is op grond van de betaalovereenkomsten en zorgovereenkomsten gebonden aan die polisvoorwaarden. Ten aanzien van de betaalovereenkomsten geldt dat AlleKleur Zorg (ook) op basis daarvan alleen kon declareren voor behandelingen waarvoor de polisvoorwaarden dekking bieden. Gelet op artikel 14 lid 2 Zorgverzekeringswet ('Zvw'), waarin is bepaald dat specialistische zorg slechts toegankelijk is na verwijzing, wist AlleKleur Zorg, althans behoorde zij te weten, dat de Achmea-labels in al hun polisvoorwaarden hebben bepaald dat verzekerden alleen na verwijzing aanspraak kunnen maken op (vergoeding van) zorg. Hoewel in de polisvoorwaarden niet met zoveel woorden staat wat de consequentie is van het ontbreken van een verwijzing, is de aanwezigheid van een verwijzing in dwingende termen voorgeschreven, zodat het dan niet logisch is dat aan de afwezigheid geen gevolgen zouden zijn verbonden. Bovendien moeten de polisvoorwaarden worden gelezen in het licht van artikel 14 lid 2 Zvw, inhoudende dat zorg zonder verwijzing niet is gedekt. Nu AlleKleur aan de polisvoorwaarden een (al dan niet aan de patiënt ontleend) recht op vergoeding wil ontlene, is het aan AlleKleur om aan te tonen dat de patiënt over een verwijzing beschikte. Voor zover die verwijzingen ontbreken, hoefde Achmea de behandeling niet te vergoeden.

De rechtbank oordeelde voorts (in dit tussenvonnis) dat de beschikbare gegevens niet zonder meer voldoende zijn om de vordering van Achmea tot terugbetaling te onderbouwen. De rechtbank noemt de criteria waaraan een steekproef moet voldoen (zie de hierboven genoemde criteria). Ten eerste lijkt de steekproef (van 47 dossiers) van Achmea aan de kleine kant te zijn. Ten tweede kan worden getwijfeld aan de wijze van selectie van de steekproef, nu hier is geselecteerd op de maand waarin de DBC is geopend, terwijl samenhang niet is uitgesloten met het kenmerk dat Achmea wilde onderzoeken, te weten de aan- of afwezigheid van verwijfsbrieven. Ten derde heeft Achmea onvoldoende rekening gehouden met de onbetrouwbaarheidsmarge. Ten vierde heeft Achmea de extrapolatie niet gebaseerd op de aantallen maar op declaratiewaarden, terwijl de extrapolatie in beginsel zal moeten plaatsvinden op basis van aantallen, en het aan een onderbouwing van de keuze voor declaratiewaarde ontbreekt. Ten vijfde heeft Achmea niet toegelicht of en hoe zij rekening heeft gehouden met het feit dat zij boven een limietbedrag van €500.000 een afwijkend percentage van de declaraties vergoedde.

In de einduitspraak oordeelt de rechtbank over de voorstellen van Achmea voor een nieuwe steekproef. Daarbij heeft zij verschillende opties genoemd. Omdat partijen geen overeenstemming hebben bereikt over een onderzoeksopzet heeft de rechtbank de bevoegdheid behouden om in dat geval zelf de onderzoeksopzet vast te stellen. Over de vraag of bij het resultaat rekening gehouden moet worden met een onbetrouwbaarheidsmarge heeft de rechtbank in het tussenvonnis geoordeeld dat het verdedigbaar is als partijen in een zaak als deze met elkaar afspreken om uit te gaan van het steekproefresultaat en om daarbij de mogelijke afwijkingen te negeren. Ook bij een

deugdelijke steekproef is de kans volgens de rechtbank groot dat het steekproefresultaat een beetje afwijkt van de werkelijkheid. De vordering moet volgens de rechtbank zo worden vastgesteld dat de kans op een te hoog bedrag klein genoeg is. Voor het meerdere is het bewijs volgens de rechtbank niet met voldoende zekerheid geleverd. Met deze werkwijze blijft de onzekerheid, die bij een steekproef altijd blijft bestaan, voor risico van de partij die het bewijsrisico heeft, dus van Achmea. Wanneer Achmea er om die reden zelf de voorkeur aan geeft om alle DBC's te onderzoeken, kan zij de kosten daarvan volgens de rechtbank niet afwentelen op AlleKleur. Uit de stukken blijkt dat partijen beiden 'alleen in het uiterste geval' willen overgaan tot zo'n volledig onderzoek van alle DBC's. Aangezien AlleKleur nu ermee heeft ingestemd de vordering te berekenen op basis van de oorspronkelijk door Achmea gekozen steekproef, ziet de rechtbank geen reden om alsnog alle DBC's te onderzoeken.³⁴

Fraude

Wil sprake zijn van fraude door een zorgaanbieder, dan is bewuste valsheid, verzwijging of kwaadwilligheid door de zorgaanbieder vereist. Fraude dient per declaratie te worden aangetoond.

In een zaak tussen een zorgaanbieder voor dermatologie, HKZ, en verzekeraars DSW en SH bleek dat 97,3% van de 275 onderzochte declaraties onjuist waren. DSW/SH stellen dat met de onderzoeksbevindingen fraude van HKZ is aangetoond en dat DSW/SH daarom gerechtigd zijn alle door hen in de periode 2007-2012 aan HKZ uitbetaalde declaraties terug te vorderen. De rechtbank oordeelt na toepassing van de cao-uitlegnorm op de tussen DSW/SH en HKZ gesloten overeenkomsten dat 'fraude' in casu zo moet worden uitgelegd dat daarvoor bewust valsheid, verzwijging of kwaadwilligheid is vereist, zodat de enkele (schuldloze) vergissing bij een declaratie nog geen 'fraude' in de zin van die overeenkomsten oplevert. Uit de enkele veelheid van onjuiste of onvolledige opgaven en informatie door HKZ blijkt nog niet van bewustheid van HKZ bij die onjuiste of onvolledige opgaven en informatie. Voorts dient HKZ ingeval van fraude de door fraude aangetaste vergoeding terug te betalen, maar niet kan worden geoordeeld dat ingeval van fraude elk recht van HKZ op vergoeding verloren gaat. DSW/SH dienen per vergoeding te stellen – en bij voldoende betwisting te bewijzen – dat de desbetreffende declaraties niet, of slechts voor een geringer bedrag waren verschuldigd.³⁵

In een andere zaak van Zilveren Kruis, eveneens tegen HKZ, deed Zilveren Kruis naar aanleiding van een anonieme melding controle bij een zorgaanbieder. Uit dit onderzoek volgdedat de zorgaanbieder gedurende een aantal jaren onrechtmatig had gedeclareerd. De zorgaanbieder betwistte dit. De rechtbank oordeelt dat de anonieme melding van fraude voldoende aanleiding gaf

³⁴ Rechtbank Midden-Nederland, 4 november 2015, ECLI:NL:RBMNE:2015:7734.

³⁵ Rechtbank Rotterdam 21 januari 2015, ECLI:NL:RBROT:2015:398.

voor controle door Zilveren Kruis. De rechtbank oordeelt dat Zilveren Kruis proportioneel heeft gehandeld, nu de genomen maatregelen als zodanig opgenomen zijn in lijn met de zorgovereenkomst en het controleplan en zodoende een stappenplan is opgesteld dat strookt met hetgeen bij nadere controle gebruikelijk is. De aanwezigheid van een verwijzing door een huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts of verloskundige door Zilveren Kruis wordt terecht als een noodzakelijke voorwaarde voor vergoeding van de geleverde zorg gezien, zoals ook in artikel 14 lid 2 van de Zvw is bepaald.

Ten aanzien van de onverzekerde zorg heeft HKZ gesteld dat de behandeling door een dermatoloog in beginsel als verzekerde zorg moet worden aangemerkt. Zilveren Kruis betwist dit en wijst op artikel 2.4 lid 1 Besluit zorgverzekeringswet. Hieruit volgt dat een behandeling door een dermatoloog alleen voor vergoeding in aanmerking komt in geval van bijkomende verminking, aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of specifiek genoemde aangeboren afwijkingen. De rechtbank volgt de stellingen van Zilveren Kruis en oordeelt dat de behandelingen van de huidafwijkingen in het onderhavige geval niet kwalificeren als verzekerde zorg. Ook het argument dat andere zorgverzekeraars vergelijkbare behandelingen wél vergoeden en het HKZ onduidelijk was welke dermatologische zorg voor vergoeding in aanmerking kwam wordt door de rechtbank gepasseerd. De rechtbank veroordeelt HKZ tot terugbetaling van de onrechtmatig gedeclareerde zorg en in de kosten van de procedure en wijst het meer of anders gevorderde af.³⁶

³⁶ Rechtbank Den Haag 21 februari 2017, ECLI:NL:RBDHA:2018:2739.

Hoofdstuk 2. Niet-gecontracteerde zorg

Inleiding

Het kan zijn dat zorgaanbieders geen overeenkomst hebben met een zorgverzekeraar. In dat geval gelden er andere uitgangspunten qua zorginkoop. De zorgverzekeraars hebben de plicht om voldoende zorg in te kopen voor de regio. Daar moeten zij zich van bewust zijn als zij geen contract aangaan met bepaalde zorgaanbieders. De zorgverzekeraar zal daar in de relatie met de verzekerde last van kunnen ondervinden en de kans is aanwezig dat de zorgverzekeraar alsnog verplicht zal worden om de totale kosten te vergoeden omdat bijvoorbeeld in een regio onvoldoende planbare zorg is ingekocht. De kosten die de zorgverzekeraar alsdan moet vergoeden is het passantentariaf, dat doorgaans hoger zal zijn dan een overeengekomen tarief.

In dit hoofdstuk staat de situatie centraal dat geen sprake is van een overeenkomst. In paragraaf 2.1 ligt de focus op vergoeding van kosten, paragraaf 2.2 gaat over de passantentarieven, vervolgens komt het machtigingsvereiste en het cessieverbod in de orde (paragraaf 2.3) en tot slot komen weer enkele vragen van zorgaanbieders voorbij.

2.1. *Vergoeding van kosten*

Qua vergoeding van zorgkosten aan patiënten geldt dat in geval van spoedzorg het irrelevant is of het ziekenhuis al dan niet is gecontracteerd. Spoedzorg dient zonder meer door de zorgverzekeraar aan de verzekerde te worden vergoed. De financiële gevolgen voor de patiënt van planbare zorg is afhankelijk van het soort polis. Bij een naturapolis heeft de patiënt recht op zorg en bij een restitutieverzekering recht op vergoeding van de zorgkosten. De zorgverzekeraars hebben in de naturapolis opgenomen bij welke zorgaanbieders de verzekerde zorg kan afnemen. Dit zijn de zorgaanbieders waarmee een contract is gesloten. Indien patiënt toch zorg afneemt van een niet gecontracteerde zorgaanbieder, dan vergoeden de verzekeraars slechts een bepaald percentage van de behandeling. Het resterende deel dient de patiënt zelf aan de zorgaanbieder te betalen. De zorgverzekeraars moeten in hun polis duidelijk vermelden wat de vergoeding is bij de verschillende polissen.

Indien de zorgaanbieder geen contract met een zorgverzekeraar heeft, kan zij de patiënten per direct informeren dat er geen overeenkomst bestaat met de betreffende zorgverzekeraar. De patiënten kunnen dan immers nog voor een andere zorgverzekeraar kiezen waar wel een contract mee is gesloten. Als laatste stok achter de deur kan de zorgaanbieder de zorgverzekeraar meedelen dat zij de patiënten niet in behandeling zullen nemen en zullen terugsturen naar de zorgverzekeraar die de patiënt kunnen informeren tot welk ziekenhuis de patiënt zich kan wenden voor de planbare zorg.

Verplichting tot vergoeden declaraties bij ongecontracteerde zorg?

De situatie kan zich voordoen dat het voorgaande jaar wel een contract is gesloten maar het huidige jaar niet. Als de zorgaanbieders dan declaraties indienen bij de verzekeraar voor dat jaar, zijn die in principe ongefundeerd. De rechtbank Rotterdam³⁷ oordeelde of de zorgverzekeraar desondanks alsnog gehouden was om naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid de declaraties te vergoeden. De zorgaanbieder stelt dat de zorgverzekeraar zich naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid bij haar beslissing over de zorgovereenkomst niet alleen mocht laten leiden door haar eigen gerechtvaardigde belangen, die van haar verzekerden en die van de mede door haar behartigde belangen van de gezondheidszorg in het algemeen, maar zich mede moest laten leiden door de gerechtvaardigde belangen van de zorgaanbieder. Zij had dus moeten contracteren met de zorgaanbieder en moet daarom nu afrekenen alsof zij die verplichting was nagekomen. De voorzieningenrechter deelt die visie niet. Slecht bij uitzondering kan een verplichting als door de zorgaanbieder gesteld worden aangenomen (nog daargelaten de gevolgen die aan het niet nakomen verbonden moeten worden). De ene overeenkomst die eerder tussen partijen is gesloten levert niet een voldoende bestendige contractuele band op voor een zodanig vergaande inbreuk op de contractsvrijheid van de verzekeraar.

De omstandigheid dat tussen hen is onderhandeld over een zorgovereenkomst voor het huidige jaar, betekent evenmin dat de zorgaanbieder er in redelijkheid vanuit mocht gaan dat daadwerkelijk een zorgovereenkomst tot stand zou komen. De zorgaanbieder heeft ook niet onderbouwd waaraan zij dat vertrouwen in redelijkheid kon ontleen. Vaststaat immers dat de zorgverzekeraar bij brief een materiële controle had aangekondigd en de zorgaanbieder daarin is geweest op de mogelijke gevolgen indien uit die controle zou blijken dat zorg onrechtmatig en/of ondoelmatig tot stand zou zijn gekomen. Dat heeft de zorgverzekeraar vervolgens ook geconcludeerd en heeft direct niet meer uitbetaald aan de zorgaanbieder. De brief had haar te meer duidelijk moeten maken dat er een reële kans bestond dat geen nieuwe zorgovereenkomst tot stand zou komen, aldus de rechtbank.

“Nu geen sprake is van een jarenlange bestendige contractuele relatie tussen partijen en, zoals reeds overwogen, SolutionS er niet vanuit mocht gaan dat een nieuwe zorgovereenkomst met DSW c.s. tot stand zou komen, ziet de voorzieningenrechter evenmin grond voor vergoeding van de bedoelde declaraties door DSW c.s. op de voet van de zorgovereenkomst 2010/2011. Die overeenkomst geldt niet langer en voor een doorwerking daarvan na beëindiging heeft SolutionS, behoudens hetgeen hiervoor besproken en verworpen is, geen steekhoudende argumenten

³⁷ Rechtbank Rotterdam, 5 juni 2013, ECLI:NL:RBROT:2013:6322.

genoemd. Zij mocht evenmin vertrouwen op afrekening conform de oude overeenkomst als opsluiten van een nieuwe overeenkomst.”

2.2. Passantentarieven

Als er geen contract is met de zorgverzekeraar, zal de zorgaanbieder bij de patiënten die verzekerd zijn bij de betreffende zorgverzekeraar een passantentarief rechtstreeks bij de patiënt in rekening moeten brengen. In de praktijk liggen de passantentarieven hoger dan de contractprijzen. Voor tarieven in het vrije segment mogen zorgaanbieders de tarieven zelf bepalen. In het vaste segment gelden de maximumtarieven van de NZa.

Het is aan de patiënt om de rekening door te sturen naar de verzekeraar en het gedeelte dat niet door de zorgverzekeraar wordt vergoed, aan het ziekenhuis te betalen. Dit betekent dat voor deze patiënten het VECOZO systeem zal moeten aangepast in die zin dat de rekening dus niet naar de zorgverzekeraar gaat maar naar de patiënt. In plaats van bij de zorgverzekeraar, komt het debiteurenrisico bij de zorgaanbieder te liggen. Indien de patiënt de rekening niet betaalt, zal het ziekenhuis daarvoor een incassoprocedure in gang moeten zetten. Om het debiteurenrisico te beperken is het mogelijk om te accepteren dat een zeker deel van de rekening onbetaald blijft en wel het gedeelte dat de zorgverzekeraar niet vergoed. Dit is enkel een optie indien die kosten op een andere wijze kunnen worden gecompenseerd uit ofwel een hogere omzet, ofwel uit andere middelen.

Het ziekenhuis dient de patiënt tijdig en zorgvuldig te informeren over het tarief van de behandeling, ook als er een passantentarief geldt (zie ook hoofdstuk 3). De NZa heeft bepaald dat de volgende gegevens over de passantentarieven makkelijk vindbaar dienen te zijn voor de patiënt:

- De omschrijving van de behandeling in begrijpelijke taal;
- De productcode (het unieke nummer van een DBC);
- De declaratiecode;
- De totaalprijs voor de behandeling;
- De periode waarvoor deze prijzen gelden.

De zorgverzekeraar moet de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst opnemen. Voor de verzekerde moet duidelijk zijn waar hij recht op heeft als hij zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wendt. De vergoeding zal meestal niet volledig zijn.

Zorgverzekeraars kunnen een korting toepassen. De wijze waarop zorgverzekeraars vorm geven

aan die korting, wordt overgelaten aan de zorgverzekeraars zelf.

Hinderpaalcriterium

Artikel 11 Zvw omschrijft de zorgplicht van zorgverzekeraars jegens zijn verzekerden. Op het moment dat de verzekerde gebruikt maakt van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, bepaalt art. 13 Zvw dat de verzekerde recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding (lid 1). De Hoge Raad heeft in 2014³⁸ bepaald dat dit artikel zo moet worden uitgelegd dat deze vergoeding niet zo laag mag zijn dat het voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal vormt om zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te wenden. Een vergoeding van 75-80 procent van de kosten van niet-gecontracteerde zorg geldt daarbij als een breed gedragen praktijknorm die aangeeft hoe laag een vergoeding mag zijn, wil deze geen hinderpaal zijn. Een vergoeding van 50% moet voorshands worden aangenomen als feitelijk hinderpaal.

De Hoge Raad oordeelde in 2019 dat het hinderpaalcriterium, dat voortvloeit uit artikel 13 lid 1 Zvw, zich in beginsel niet verzet tegen het door de zorgverzekeraar toepassen van een generieke korting van 25% ten aanzien van het gemiddeld gecontracteerde tarief voor niet-gecontracteerde zorg. Noch artikel 13 lid 1 Zvw noch de totstandkomingsgeschiedenis van de Zvw biedt naar het oordeel van de Hoge Raad steun voor de opvatting dat een zorgverzekeraar de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg slechts mag verminderen met de (gemiddelde) extra (administratie)kosten die zijn gemoeid met de afwikkeling van de niet-gecontracteerde zorg in kwestie. Bij een generieke korting mag de zorgverzekeraar ook terecht uitgaan van de gemiddelde (modale) zorggebruiker. De zorgverzekeraar hoeft niet de minst draagkrachtige zorggebruiker als referentiepunt te nemen. De zorgverzekeraar moet aan niet-gecontracteerde zorgaanbieders minimaal 75 procent van het gecontracteerde tarief vergoeden. Gezien de extra eisen die gelden voor gecontracteerde zorgaanbieders is het volgens vaste jurisprudentie ook begrijpelijk dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders niet dezelfde vergoeding krijgen van zorgaanbieders voor geleverde zorg.³⁹ Een vergoeding van 75-80% van de zorgkosten is daarmee geoorloofd.⁴⁰

2.3. Machtigingsvereiste en cessie(verbod)

In de praktijk komt het vaak voor dat zorgverzekeraars een machtigingsvereiste opnemen in de polisvoorwaarde. Dat houdt in dat de verzekerde eerst toestemming moet vragen aan de zorgverzekeraar om niet-gecontracteerde zorg vergoed te kunnen krijgen. Daar aan gekoppeld is

³⁸ HR 11 juli 2014, ECLI:NL:HR:2014:1646.

³⁹ Rechtbank Den Haag, 21 november 2018, ECLI:NL:RBDHA:2018:14001.

⁴⁰ HR 7 juni 2019, ECLI:NL:HR:2019:853. Zie ook: Rechtbank Noord-Nederland, 30 januari 2018, ECLI:NL:RBNNE:2018:245.

vaak het cessieverbod. De praktijk bij veel niet-gecontracteerde zorgaanbieders is dat de patiënt bij aanvang van de behandeling een akte van cessie ondertekent waarin de patiënt de vordering op de zorgverzekeraar tot vergoeding van de behandeling uit hoofde van de verzekeringspolis cedeert aan de zorgaanbieder. Op grond van die cessie dient de zorgaanbieder de declaratie voor de geleverde zorg rechtstreeks bij de verzekeraar in en wordt het verschuldigde bedrag rechtstreeks aan de zorgaanbieder uitbetaald, in plaats van dat de patiënt de rekening krijgt en indient bij de zorgverzekeraar.

De overdraagbaarheid van een vorderingsrecht mag in principe door een beding tussen schuldeiser en schuldenaar worden uitgesloten ('cessieverbod'). Het voorkomen van extra administratieve lasten kan en mag daarbij als belang meespelen, mits de noodzaak daartoe door de schuldenaar cijfermatig kan worden onderbouwd.⁴¹ Voorop staat wel dat bij de invoering van een dergelijk machtigingsvereiste en cessieverbod de zorgverzekeraar rekening dient te houden met de belangen van de niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

Jurisprudentie

Machtigingsvereiste

In de zaak voor de rechtbank Midden-Nederland was de zorgaanbieder niet gecontracteerd en verleende medisch-specialistische revalidatiezorg (MSR) aan patiënten met chronische pijn. In de polis van de verzekerde is opgenomen dat niet-gecontracteerde MSR alleen wordt vergoed met aan de behandeling voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar. Volgens de zorgaanbieder gebruikt de zorgverzekeraar het machtigingsvereiste verkeerd. In kort geding vordert de zorgaanbieder dat de zorgverzekeraar ertoe wordt veroordeeld om zijn werkwijze aan te passen.

De voorzieningenrechter stelt dat gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders op zorginhoudelijk vlak gelijk behandeld moeten worden. De zorgaanbieder heeft niet aannemelijk gemaakt dat de zorgverzekeraar hiermee in strijd heeft gehandeld. Het verschil is dat gecontracteerde zorgaanbieders zich in de zorgovereenkomst aan criteria committeren en declaraties daarmee voorlopig worden betaald. Als achteraf blijkt dat de zorg in strijd met de criteria is gedeclareerd, dan vordert de zorgverzekeraar deze gelden terug. Dat is het risico voor de zorgaanbieder. De voorzieningenrechter vindt het, mede gelet op de rechtspraak daarover, ook aannemelijk dat dit in de praktijk gebeurt. Dat de zorgverzekeraar met het machtigingsvereiste een waarborg vooraf heeft ingebouwd, omdat controle achteraf bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders moeilijker is, brengt niet mee dat dit een ongeoorloofd onderscheid maakt. Ten tweede gaat de voorzieningenrechter in op de vraag of de zorgverzekeraar de machtigingsaanvragen die de

⁴¹ Vزر. Rechtbank Gelderland, 28 augustus 2015, ECLI:NL:RBGEL:2015:5489.

zorgaanbieder namens verzekerden indient, op een juiste manier beoordeelt. Voorop staat dat partijen het erover eens zijn dat de zorgverzekeraar niet 'op de stoel van de arts' mag gaan zitten. De zorgverzekeraar moet echter beoordelen of de door de verzekerde gewenste zorg tot het 'basispakket' behoort.

De voorzieningenrechter volgt daarbij niet het standpunt van de zorgaanbieder dat de zorgverzekeraar een machtigingsaanvraag alleen mag afwijzen als de indicierend arts 'evident' niet blijkt te handelen overeenkomstig de normen die binnen de beroepsgroep gelden voor de indicatiestelling of indien de arts niet in redelijkheid tot toewijzing van de verleende zorg had kunnen besluiten. Dat een zorgverzekeraar een machtigingsaanvraag alleen marginaal mag beoordelen, volgt immers niet uit de wet en strookt ook niet met wat de wetgever op het oog heeft gehad. Dat de indicatiestelling tot uitgangspunt dient, is juist, maar dat betekent niet dat er geen kritische vragen mogen worden gesteld.

Ten slotte gaat de voorzieningenrechter in op de bezwaren van de zorgaanbieder tegen de hoeveelheid informatie die de zorgverzekeraar opvraagt. De voorzieningenrechter stelt dat, mede gelet op de rol die aan de zorgverzekeraar toekomt, de zorgverzekeraar tot op zekere hoogte medische informatie mag ontvangen. Het gaat daarbij om alle informatie die de zorgverzekeraar nodig heeft om te kunnen beoordelen of er een vergoedingsrecht bestaat en dus ook of de behandeling doelmatig is. Die informatie zal alleen zinvol zijn als deze in individuele gevallen voldoende concreet en toetsbaar is. Algemene bewoordingen volstaan niet. De keerzijde van het feit dat de zorgaanbieder in individuele gevallen voldoende concrete toetsbare gegevens aan de zorgverzekeraar moet verschaffen, is dat de zorgverzekeraar, als hij een machtigingsaanvraag afwijst, die afwijzing voldoende concreet en toetsbaar zal moeten motiveren aan de hand van de ter beschikking gestelde gegevens.⁴²

Machtigingsvereiste en cessieverbod, gerechtvaardigde belangen

In de zaak tegen Zilveren Kruis stelde de zorgaanbieder dat de zorgverlening vaak al is gestart voordat een machtiging door de zorgverzekeraar is verleend, bijvoorbeeld bij terminale patiënten. Die zorg wordt dan niet vergoed. Ook worden deze patiënten door het cessieverbod geconfronteerd met incassoproblemen omdat hun patiënten eerst zelf de kosten aan de thuiszorgaanbieders moeten betalen, terwijl die patiënten vaak sociaal en psychisch kwetsbare personen zijn met een laag inkomen en vaak een negatief banksaldo of schulden hebben. Zilveren Kruis stelde hiertegenover zijn belang bij het voorkomen van rechtstreekse declaratie vanwege (i) buitensporig hoge kosten die door niet-gecontracteerde thuiszorgaanbieders zouden worden gedeclareerd en (ii) het hoge aantal fraudegevallen dat zich bij deze groep voordoet. De voorzieningenrechter oordeelt dat Zilveren Kruis een en ander onvoldoende aannemelijk heeft

⁴² Rechtbank Midden-Nederland, 19 juli 2019, ECLI:NL:RBMNE:2019:3342.

gemaakt, met name nu alle door hem in het geding gebrachte cijfers/memo's door hemzelf of in zijn opdracht van zijn opgesteld. De voorzieningenrechter oordeelt verder dat Zilveren Kruis onvoldoende heeft onderbouwd dat hij belang zou hebben bij het cessieverbod om zo de betrokkenheid van de verzekerde bij de te declareren thuiszorg te vergroten en daarmee een betere controle op die declaraties te bewerkstelligen. Hetzelfde geldt voor het door Zilveren Kruis gestelde belang bij demping van zijn administratieve lasten. Al het voorgaande leidt de voorzieningenrechter tot de slotsom dat Zilveren Kruis onvoldoende aannemelijk heeft gemaakt dat hij een zodanig zwaarwegend belang heeft bij de invoering van het machtigingsvereiste en cessieverbod, in die zin dat hij aan de daardoor benadeelde belangen van eisers voorbij mocht gaan.⁴³

Cessieverbod, gerechtvaardigde belangen

In de zaak tussen Zilveren Kruis en zorgaanbieder Regenboog⁴⁴ was sprake van niet-gecontracteerde zorg, maar heeft Regenboog wel zorg geleverd aan de verzekerden van Zilveren Kruis. Zilveren Kruis is met deze verzekerden een cessieverbod overeengekomen dat opgenomen is in de polisvoorwaarden zodat de verzekerden de vordering die zij hebben op Zilveren Kruis niet aan apotheken van Regenboog kunnen cederen. Verzekerden moeten zelf hun rekening indienen. Regenboog is het hier niet mee eens, omdat dit voor hen onzekerheid en mogelijk het verlies van klanten met zich meebrengt. Regenboog voert aan dat veel klanten de medicijnen niet eerst zelf kunnen betalen en daarom moeten wachten totdat de zorgverzekeraar het bedrag vergoedt. Hierdoor moet Regenboog ook wachten op het bedrag en soms betalen klanten helemaal niet, omdat er financiële problemen zijn en het bedrag voor het betalen van een andere rekening wordt gebruikt. De wetgever heeft volgens Regenboog met de Zorgverzekeringswet niet bedoeld een extra controlesysteem voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders in te stellen. Het cessieverbod wordt ook onrechtmatig gebruikt, omdat het ervoor moet zorgen dat verzekerden van Zilveren Kruis naar een gecontracteerde apotheek gaan. Dit gaat in tegen artikel 3:83 lid 2 BW, dat volgens Regenboog alleen een cessieverbod toelaat als de aard van de vordering zich tegen uitbetaling aan een derde verzet. Regenboog vordert daarom dat het cessieverbod door het hof wordt verboden of dat Zilveren Kruis wordt verplicht een betalingsovereenkomst aan te gaan. Zilveren Kruis is overgegaan tot het opnemen van een cessieverbod om zo een extra controlepost in te voeren. De verzekerde moet namelijk zelf de rekening indienen en kan daardoor zien of de zorg op de declaratie wel daadwerkelijk wordt geleverd. Zo wil Zilveren Kruis het aantal fraudegevallen verminderen. Daarnaast wil Zilveren Kruis geen betalingsovereenkomst aangaan met Regenboog, omdat eerder is gebleken dat Regenboog onjuiste declaraties heeft ingediend. Regenboog is hier

⁴³ Rechtbank Midden-Nederland, 23 februari 2018, ECLI:NL:RBMNE:2018:750

⁴⁴ Gerechtshof Arnhem Leeuwarden 18 september 2018, ECLI:NL:GHARL:2018:8351.

ook voor veroordeeld. Zilveren Kruis wil daarom bewust geen enkele rechtsverhouding met Regenboog hebben.

Het hof is van oordeel dat Regenboog artikel 3:83 lid 2 BW te beperkt uitlegt. Het feit dat Zilveren Kruis geen enkele rechtsverhouding wil met Regenboog is voldoende om een cessieverbod op te nemen in de polisvoorwaarden. Een verplichting tot het aangaan van een betalingsovereenkomst kan evenmin bestaan. De zorgverzekeraar komt contractsvrijheid toe en mag de reikwijdte daarvan bepalen door middel van de polisvoorwaarden. Het betekent echter niet dat de zorgverzekeraar de belangen van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder, in dit geval Regenboog, geheel mag verwaarlozen. Het hof moet dus beoordelen of bij het invoeren van het cessieverbod de belangen van de zorgverzekeraar, de verzekerde en de zorgaanbieder voldoende zijn afgewogen. Het hof overweegt daarop het volgende. Zilveren Kruis heeft voldoende aannemelijk gemaakt dat hij met de invoering van het cessieverbod fraude en slechte besteding van zorggeld wil tegen gaan. In het specifieke geval met Regenboog heeft Zilveren Kruis geen enkele rechtsverhouding willen aangaan nu eerder sprake was van onjuiste declaraties. Dat verzekerden nu mogelijk voor een gecontracteerde aanbieder gaan, is een bijkomstigheid die niet alleen gemotiveerd hoeft te zijn door betaalgemak. Regenboog heeft niet kunnen aantonen in hoeverre verzekerden zijn overgestapt naar een gecontracteerde aanbieder. Daarnaast vraagt Regenboog inmiddels aan klanten van Zilveren Kruis om een pinbetaling te doen bij het kopen van de medicijnen. Het hof houdt er rekening mee dat niet alle klanten direct de medicijnen kunnen betalen. Het mag daarom van Zilveren Kruis worden verwacht dat hij deze verzekerden vanuit de vergoedingsplicht die de zorgverzekeraar heeft, tegemoet komt door samen naar een oplossing te zoeken indien de verzekerden aannemelijk hebben gemaakt dat zij de medicatie bij Regenboog moeten afnemen.

Uitzondering cessieverbod

De voorzieningenrechter oordeelde in de zaak voor de rechtbank Gelderland dat Menzis door het hanteren van een cessieverbod het afhandelen van declaraties nodeloos werd bemoeilijkt en het risico met zich bracht dat de zorgaanbieder declaraties uiteindelijk niet betaald zou krijgen. Het ging hier om kwetsbare patiënten met psychiatrische problematiek. Declaratie van zorgkosten door henzelf leidt ertoe dat zij op enig moment de beschikking krijgen over een aanzienlijk bedrag, wat verkeerd gebruik in de hand werkt. Dat de verzekerde door middel van het cessieverbod wordt geprikkeld om naar een wél door Menzis gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, is bovendien niet een belang waarvoor de mogelijkheid van het bedingen van een cessieverbod is gegeven. In zoverre maakte Menzis van deze mogelijkheid dus gebruik voor een ander doel dan waarvoor die gegeven is. In casu ging het om kwetsbare patiënten met psychische problematiek die veelal moeite hebben met de ordening van hun leven en beschikking. Indien zij op enig moment de beschikking krijgen over een relatief groot bedrag doordat zij de gedeclareerde kosten op hun rekening krijgen gestort, bergt dit het gevaar in zich van verkeerd gebruik van die geldmiddelen,

doorkruising van de effectiviteit van de behandeling en de mogelijkheid dat Momentum haar declaratie niet krijgt betaald en geen verhaal mogelijk is. Cessie is een heel eenvoudig en doeltreffend middel dat verzekert dat de vergoeding voor zorg ook voor de betaling van zorg wordt aangewend en bij de zorgverlener terecht komt, zonder dat daarvoor noemenswaardige kosten behoeven te worden gemaakt of inspanningen behoeven te worden verricht. Van een zorgverzekeraar mag worden verwacht dat hij zich het belang aantrekt dat vergoedingen voor zorg ook besteed worden aan zorg en wel op een efficiënte manier. Menzis verwaarloost door het hanteren van het cessieverbod de belangen van Momentum hetgeen onder al deze omstandigheden onzorgvuldig en onrechtmatig is.⁴⁵

Omzeilen cessieverbod

Het omzeilen van een cessieverbod door middel van lastgevingsovereenkomsten sorteerde in een zaak die speelde tussen een GGZ-aanbieder en zorgverzekeraar DSW geen effect.⁴⁶ DSW bepaalde in de polisvoorwaarden dat de aanspraak op vergoeding van kosten van zorg die door een niet-gecontracteerde zorgverlener is geleverd 'persoonlijk' is en 'niet overdraagbaar aan derden'. Deze bepaling brengt mee dat de aanspraak op vergoeding van die kosten als een persoonlijk recht heeft te gelden dat slechts door de verzekerde zelf (of namens hem) kan worden uitgeoefend, en niet door een ander op eigen naam door middel van een lastgevingsovereenkomst. De desbetreffende GGZ-aanbieder was dus niet bevoegd dergelijke vordering op eigen naam te innen, aldus Hof Den Haag.⁴⁷

2.4. Beantwoording specifieke vragen

Wat zijn de gevolgen als een ziekenhuis overgaat op passantenprijzen? Is dit een reële mogelijkheid? Wat zijn de voor- en nadelen van het overgaan op passantenprijzen voor een ziekenhuis?

De passantenprijzen gelden in beginsel voor de patiënten waarvoor geen verzekerde zorg is ingekocht, respectievelijk als restitutie-verzekeraar vergelijkbare dienstverleningsafspraken zijn gemaakt (de zorginkoopcontracten differentiëren niet voor twee soorten verzekerden). Indien afgesproken is dat prijsafspraken zullen worden gemaakt, kan in redelijkheid niet worden teruggevallen op passantentarieven als deze bijvoorbeeld significant afwijken van de tarieven voor de verzekeraars van voorafgaande jaren. Aan de eerdere prijsstelling kan de verzekeraar bepaalde verwachtingen ontleenen.

⁴⁵ V.zr. Rechtbank Gelderland, 28 augustus 2015, ECLI:NL:RBGEL:2015:5489.

⁴⁶ Hof Den Haag 26 mei 2015, ECLI:NL:GHDHA:2015:1368.

⁴⁷ C. Van Balen, C.M.E Michels, 'Kroniek rechtspraak zorgverzekeringsrecht', *TvGr* 2017 (41) 3.

Artikel 7:405 BW bepaalt dat indien geen tarief wordt overeengekomen een gebruikelijk tarief geldt. Dit kan zijn het tarief van het voorafgaande jaar rekening houdend met een eventuele algemene tariefdaling of stijging. Het ziekenhuis heeft bij contractering met de zorgverzekeraar meestal reeds afgesproken dat via de grouper en Vecozo bij de zorgverzekeraar wordt gedeclareerd. Deze verplichting blijft in beginsel bestaan. Dat is wel een complicatie bij het indienen van feitelijke declaraties.

In hoeverre kan het uitblijven van betalingen van geleverde zorg gezien worden als weigeren van betalen? Zo ja, welke juridische stappen kan een ziekenhuis in theorie nemen om de zorgverzekeraar aan te manen? Wat kan in de praktijk?

Onderscheiden moet worden het uitblijven van betaling van declaraties (hetgeen volgens de meeste contracten een harde wanprestatie van de zorgverzekeraar oplevert) en het uitblijven van overeenstemming over de prijzen. Zodra sprake is van geldige tarieven is uitbetalen afdwingbaar. Overeenstemming is niet afdwingbaar, wel is langs juridische weg een (gebruikelijk) tarief afdwingbaar.

Een reden voor een vaststelling in rechte, is dat er in de zorginkoopcontracten een vervaldatum voor het declareren op de DBC-zorgproducten is opgenomen. De zorgverzekeraar moet er in redelijkheid aan meewerken, dat de afgesproken declaratieprocedure (tijdig) kan worden doorlopen. De impasse kan dus worden doorbroken. De procedure is afhankelijk van de geschillenregeling opgenomen in de zorginkoopcontracten. Is daarover niets bepaald, dan is de civiele rechter bevoegd en kan een voorlopige regeling worden getroffen (voorschot, maar geen definitieve prijzen), eventueel in een voorlopige voorziening bij de voorzieningenrechter van de bevoegde rechtbank.

In hoeverre kan de zorgaanbieder, bij een jarenlange contractgeschiedenis, aanspraak doen op het gebruik van tarieven uit voorgaand jaar totdat er meer duidelijkheid is?

In het kader van een bevoorschotting zijn waarschijnlijk andersluidende afspraken gemaakt die hieraan in de weg staan. Een bevoorschotting lijkt in beginsel wel afdwingbaar. Bij uitblijven van overeenstemming over de prijzen is het historische tarief tussen de beide partijen het uitgangspunt voor een prijsvaststelling in rechte.

In hoeverre kan het volgende argument worden aangedragen: dat het uitblijven van een prijslijst nadelige gevolgen heeft voor een patiënt omdat hij/zij, zowel via zorgverzekeraar als ziekenhuis geen notitie kan nemen van de prijs van een behandeling en daarmee het effect op eigen risico.

Dit is een reëel punt, waarvan de vraag is of de verantwoordelijkheid niet geheel bij de zorgverzekeraar ligt, omdat het eigen risico speelt tussen verzekerde en verzekeraar. De vraag is

in hoeverre de zorgverzekeraar het eigen risico zal kunnen blijven hanteren als hij de verzekerde geen inzage kan (laten) verschaffen in de prijzen die voor de verzekerde gelden. Dit is eerder een vraag van verzekeringsrecht, dan dat het ziekenhuis daaraan aanspraken kan ontlenen (relativiteitsvereiste).

Hoofdstuk 3. Informatieplicht

Inleiding

In dit hoofdstuk staat de informatieplicht van de zorgaanbieder centraal. Voornamelijk de informatieplicht ten aanzien van de tarieven staat centraal (paragraaf 3.2), met uitwerking van enige jurisprudentie. In paragraaf 3.3 worden wat specifieke vragen beantwoord over de informatieplicht. Deels wordt ingegaan op de informatieplicht die de zorgaanbieder heeft ten opzichte van de verzekeraar (paragraaf 3.4).

3.1. *Informatieplicht algemeen*

In onder andere de WGBO, de Wet marktordening gezondheidszorg, de Wkkgz en overige wetten staan bepalingen omtrent de informatieplicht van zorgaanbieders, met allen een andere reikwijdte. Artikel 7:448 BW betreft een informatieplicht van de hulpverlener ten opzichte van de patiënt om hem te informeren over de behandeling en alle daarmee verbonden aspecten voor zover die de gezondheid van de patiënt betreffen. Artikel 7:448 BW bevat geen informatieplicht over de aan de behandeling verboden kosten.

Artikel 38 Wmg ziet specifiek op informatie die de zorgaanbieder moet geven aan de patiënt over het voor de prestatie in rekening te brengen tarief. Hier wordt nader op ingegaan in paragraaf 3.2. In de Wkkgz is in artikel 10 eveneens een bepaling over de informatieplicht opgenomen waarin staat dat de zorgaanbieder de patiënt informatie moet verstrekken om hem in staat te stellen een weloverwogen keus te kunnen maken tussen de zorgaanbieders. Ingevolge dit artikel geeft de zorgaanbieder bij wie de cliënt met een zorgvraag komt, op diens verzoek informatie over de zorg die hij zou kunnen verlenen, de kwaliteit daarvan, wat daarvoor zijn tarief is en wat de ervaringen van andere cliënten zijn. Het is de informatie die de zorgaanbieder toch al openbaar behoort te maken op grond van artikel 38 vierde lid Wmg, en die dus in beginsel voor de cliënt kenbaar is, maar het kan zijn dat deze de informatie meer wil zien toegespitst op zijn zorgvraag. Bij die keus kan ook de wachttijd, waarover de zorgaanbieder de cliënt informeert, een rol spelen. Met het oog onder meer op die vergelijkbaarheid stelt de Minister op grond van artikel 45 regels inzake de wijze van deze informatieverstrekking.⁴⁸ Overigens is het wel zo dat bij de zorginkoop zorgverzekeraars nog nader kunnen bedingen dat de zorgaanbieder informatie verschaft.

⁴⁸ Kamerstukken I 2013/14, 32 402, nr. F, p. 3.

3.2. Informatie over tarieven

Op basis van artikel 38 Wmg is de zorgaanbieder expliciet gehouden de patiënt/verzekerde (vooraf) te informeren over het voor de prestatie in rekening te brengen tarief.

"1. Zorgaanbieders informeren hun patiënten tijdig en zorgvuldig omtrent het voor de prestatie in rekening te brengen tarief.

(...)

4. Zorgaanbieders maken informatie openbaar over de eigenschappen van aangeboden prestaties en diensten, op een zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Deze informatie betreft in ieder geval de tarieven en de kwaliteit van de aangeboden prestaties en diensten".

Dit artikel is de 'administratieve' pendant van art. 7:448 BW. De parlementaire toelichting hierop:

"Artikel 36 [thans 38] verplicht zorgaanbieders allereerst te zorgen voor een goede kenbaarheid van de eigenschappen van het aangeboden en de daarvoor te berekenen tarieven. Goede voorlichting over tarieven behoort tot de zorgvuldige informatieverstrekking die van een zorgaanbieder ten opzichte van een patiënt mag worden verwacht, ter voorkoming van vergissingen, misverstanden en onregelmatige declaraties. Het eerste lid sluit aan op de bepaling in de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (artikel 7:448 BW)".⁴⁹

De informatie betreft zowel de DBC-code als het tarief (met de code kunnen patiënten ook de tarieven via de zorgverzekeraar opvragen of vergelijken met tarieven van andere ziekenhuizen, hetgeen de wetgever uitdrukkelijk heeft beoogd). Ook uit de contracten met de zorgverzekeraars kan een dergelijke informatieplicht voortvloeien. Een prijsopgave kan afhangen van de uiteindelijke behandelcode. Ziekenhuizen moeten dit de patiënt/verzekerde uitleggen en in dat geval prijzen per behandelcode verschaffen en zodra de behandelcode bekend is deze later mededelen.

De patiënt moet ook worden medegedeeld of met zijn zorgverzekeraar een contract is gesloten of dat passanttarieven van toepassing zijn. Deze standaardtarieven moeten openbaar worden gemaakt op de website of per brochure. De tarieven per zorgverzekeraar kunnen op aanvraag worden verstrekt aan de patiënt. Voorheen kon in contracten met de zorgverzekeraars expliciet zijn bepaald dat ziekenhuizen de patiënten/verzekerden moeten informeren over de vergoeding van de behandeling door de zorgverzekeraar. Dat is veranderd met de komst van de

⁴⁹ Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr. 3, p. 62.

Transparantieregeling Zorgaanbieders.

Regeling Transparantie Zorgaanbieders

De NZa heeft ingevolge artikel 38 en 39 Wmg nadere regels vastgesteld met betrekking tot de informatieverplichting van zorgaanbieders. Sinds 1 februari 2020 zijn deze neergelegd in de Regeling Transparantie Zorgaanbieders (TH/NR-018) (hierna: de Regeling), die de oude regeling uit 2014 vervangt. Het doel van de regeling is duidelijk te maken welke informatie een zorgaanbieder moet verstrekken, en op welk moment, om de consument in staat te stellen een weloverwogen keuze te maken om zorg of diensten van een zorgaanbieder te vergelijken en te ontvangen (art. 3). Artikel 4 van deze Transparantieregeling verplicht het de zorgaanbieder de volgende informatie aan patiënten te verstrekken:

- “1. De zorgaanbieder informeert de consument over datgene dat voor de consument van belang is om een weloverwogen keuze te maken om zorg te vergelijken en te ontvangen.*
- 2. De zorgaanbieder informeert de consument over prestaties die geleverd worden.*
- 3. De zorgaanbieder informeert de consument over tarieven die voor de consument van belang zijn.*
- 4. De zorgaanbieder geeft aan of de te leveren prestaties of diensten onder de verzekerde aanspraak van de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg vallen.*
- 5. De zorgaanbieder informeert de consument over eventuele eigen betalingen.*
- 6. In geval van doorverwijzing voor vervolgzorg adviseert de zorgaanbieder de consument zo objectief mogelijk. Daarbij wijst de zorgaanbieder de consument op zijn keuzevrijheid.*
- 7. De zorgaanbieder maakt wachttijden inzichtelijk.*
- 8. Bij het openbaren van kwaliteitsinformatie die betrekking heeft op zorg, maakt de zorgaanbieder voor de consument inzichtelijk op welke wijze deze informatie tot stand is gekomen”.*

Dit artikel heeft tot doel dat de patiënt over de tariefinformatie kan beschikken waarmee hij in voorkomende gevallen kan beoordelen wat hij zal moeten betalen voor de betreffende zorgverlening. Als de patiënt dus (een deel van) de kosten van de zorg zelf moet betalen, dan is het van belang dat de zorgaanbieder de patiënt informeert om welke kosten het gaat en, voor zover mogelijk, hoe hoog deze kosten zijn. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om kosten van onverzekerde zorg en kosten die de patiënt eerst zelf betaalt en vervolgens declareert bij zijn zorgverzekeraar (bijvoorbeeld in geval van een aanvullende verzekering). Te denken valt ook aan de situatie dat de zorgaanbieder geen contract heeft met de zorgverzekeraar. In dat geval moet de zorgaanbieder de consument hierover informeren en aangeven dat de consument mogelijk een deel van de zorg zelf moet betalen of een beperkte vergoeding krijgt.

Artikel 5 van de Regeling bepaalt dat de informatie tijdig aan de consument moet worden verstrekt. Als op enig moment blijkt dat de behandeling langer duurt en/of de kosten van zorg hoger uitvallen

dan aangegeven, dan informeert de zorgaanbieder de consument hier zo spoedig mogelijk over (lid 3). Ook moeten zorgaanbieders de informatie over de eigenschappen van aangeboden prestaties en diensten op een zodanige manier openbaar maken, dat deze voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn (lid 4).

Misleiding is verboden (art. 6). Het is bijvoorbeeld niet toegestaan dat een zorgaanbieder aangeeft, op welke wijze dan ook, dat zorg vergoed wordt door de zorgverzekeraar van de patiënt, terwijl dit niet het geval is. Het is evenmin toegestaan dat de zorgaanbieder uitspraken of garanties doet die de zorgaanbieder niet kan onderbouwen door middel van bijvoorbeeld onafhankelijk (wetenschappelijk) onderzoek. Een zorgaanbieder mag zich ook niet uitgeven als iemand die hij niet is om zo een hoger tarief in rekening te brengen. Ook is het bijvoorbeeld niet toegestaan dat de zorgaanbieder onjuiste of onvolledige informatie verstrekt aan de consument over zorgverzekeraars.

Regeling medisch specialistische zorg (R/REG-2001a)

In artikel 38 van de Regeling medisch specialistische zorg is bepaald dat zorgverleners een standaard prijslijst bekend moeten maken met de tarieven. De standaard prijslijst bevat:

- de dbc-zorgproductcode,
- dbc-zorgproduct omschrijving,
- de declaratiecode,
- periode waarvoor de totaalprijs geldt,
- het integrale actuele tarief voor elke prestatie waarvoor de zorgaanbieder een tarief in rekening mag brengen
- een uitleg van de betekenis van ieder onderdeel.

Indien de zorgverlener een website heeft, plaatst de zorgverlener de standaard prijslijst op de website. De zorgverlener informeert een consument op verzoek over de prijzen op de standaard prijslijst(-en) of stuurt een consument op verzoek binnen achtenveertig uur per post of digitaal de verzochte prijsinformatie toe.

Jurisprudentie

Geen informatieplicht t.a.v. vergoeding

In de zaak die Zilveren Kruis aanspande tegen een aantal ziekenhuizen stond de vraag centraal of de ziekenhuizen hun informatieplicht ten opzichte van de verzekerden van Zilveren Kruis hadden geschonden.⁵⁰ Zilveren Kruis bood, naast de reguliere naturapolis, een goedkopere basisverzekering voor naturazorg aan met de naam 'Basis Budgetpolis'. Een van de voorwaarden van deze budgetpolis is dat verzekerden zich voor 'planbare ziekenhuiszorg' dienen te wenden tot

⁵⁰ Rechtbank Den Haag, 6 juni 2018, ECLI:NL:RBDHA:2018:6611.

een gelimiteerd aantal (speciaal door Zilveren Kruis voor deze polis gecontracteerde) ziekenhuizen om de behandeling volledig vergoed te krijgen. Indien verzekerden voor een niet-gecontracteerd ziekenhuis kiezen, moeten zij de factuur zelf betalen en krijgen zij volgens de budgetpolis slechts 75 procent van het gemiddeld gecontracteerd tarief van Zilveren Kruis vergoed.

De Ziekenhuizen waren niet gecontracteerd om zorg te leveren aan verzekerden met een budgetpolis. Zilveren Kruis heeft per brief aan de niet-gecontracteerde ziekenhuizen laten weten dat het de verantwoordelijkheid van de niet-gecontracteerde ziekenhuizen is om de verzekerden van Zilveren Kruis juist, volledig en verifieerbaar te informeren over de kosten van de behandeling. Op de website heeft Zilveren Kruis te kennen gegeven dat een niet voor de budgetpolis gecontracteerd ziekenhuis, door middel van een COV-check in het systeem Vecozo, kan nagaan wat voor soort zorgverzekering de patiënt heeft afgesloten. De Ziekenhuizen hebben in 2014 en 2015 patiënten met een budgetpolis wel behandeld voor planbare zorg. Zilveren Kruis heeft voor deze behandelingen aan de Ziekenhuizen een vergoeding betaald van 75 procent van het gemiddeld gecontracteerd tarief. De resterende 25 procent hebben de Ziekenhuizen niet bij de patiënten geïncasseerd. Zilveren Kruis vordert een verklaring voor recht dat de Ziekenhuizen een deel van de Zilveren Kruis-verzekerden niet adequaat hebben geïnformeerd en daarmee onrechtmatig hebben gehandeld jegens Zilveren Kruis en diens verzekerden. Daarnaast vordert Zilveren Kruis een verklaring voor recht dat de Ziekenhuizen geen recht hebben op enige vergoeding, voor zover het gaat om zorgprestaties geleverd aan verzekerden van Zilveren Kruis die de Ziekenhuizen voorafgaand aan het leveren van die zorgprestatie niet adequaat hebben geïnformeerd over de aan verzekerden in rekening te brengen kosten van de zorgprestatie.

De rechtbank is van oordeel dat Zilveren Kruis geen beroep kan doen op bepalingen uit bestaande overeenkomsten tussen Zilveren Kruis en de Ziekenhuizen, omdat deze overeenkomsten afspraken bevatten in het kader van de zorgverlening aan verzekerden onder de 'reguliere' naturapolis. Voor de budgetpolis zijn geen overeenkomsten gesloten, dus voor zover Zilveren Kruis stelt dat de schending van de informatieplicht voortvloeit uit de contractuele verplichting tussen Zilveren Kruis en de Ziekenhuizen is geen sprake van een tekortkoming in de nakoming van de contractuele verplichtingen van de Ziekenhuizen.

Daarnaast is de rechtbank, met de Ziekenhuizen, van oordeel dat geen sprake is van veronachtzaming van een wettelijke informatieplicht. Primair is het uitgangspunt dat het de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde is om na te gaan of zijn zorgverzekeraar een vergoeding biedt voor de zorg die hij in een ziekenhuis moet of wil ondergaan. Daarnaast dragen zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid hun verzekerden goed te informeren over de voorwaarden van de gesloten zorgverzekeringsovereenkomst. Evenmin bieden artikel 38 eerste en zevende lid Wmg hiervoor aanknopingspunten. Deze bepalingen zien op de tarieven van zorg en niet op de vergoeding door zorgverzekeraars op grond van individuele polisdekking. Artikel 38 Wmg, gelezen in samenhang met artikel 5 van de Beleidsregel Transparantie zorgaanbieders (oud), kan naar het oordeel van de rechtbank niet zo worden uitgelegd dat zorgaanbieders aan patiënten ook informatie moeten verstrekken over betalingen als de zorgaanbieder door de

zorgverzekeraars onvoldoende geëquipeerd is om die informatie te traceren. Het was daarbij voor de Ziekenhuizen niet eenvoudig te achterhalen welke patiënten een budgetpolis van Zilveren Kruis hadden afgesloten. Van de Ziekenhuizen kan niet meer worden verwacht dan dat de Ziekenhuizen hebben gedaan, te weten de patiënt in het algemeen informeren door middel van de website, brieven en folder over het gegeven dat de Ziekenhuizen niet waren gecontracteerd voor de budgetpolis.

De rechtbank oordeelt dat de Ziekenhuizen niet aansprakelijk zijn en dat geen sprake is van wanprestatie, dan wel onrechtmatig handelen jegens Zilveren Kruis of diens verzekerden. Dit oordeel leidt tevens tot de conclusie dat de geneeskundige behandelingsovereenkomsten niet wegens dwaling vernietigbaar zijn en dus in stand blijven. Nu 75 procent van het gemiddeld gecontracteerd tarief aan de Ziekenhuizen is betaald, is ook geen sprake van onverschuldigde betalingen die tot een terugbetalingsverplichting van de Ziekenhuizen zouden moeten leiden.

Geen schending informatieplicht

Een patiënt stelde niet gehouden te zijn de factuur van het ziekenhuis te voldoen, nadat het ziekenhuis een deel van de kosten bij hem in rekening had gebracht.⁵¹ Hij stelde dat het ziekenhuis hem had moeten informeren over het feit dat de kosten slechts gedeeltelijk door zijn zorgverzekeraar zouden worden vergoed. Nu het ziekenhuis dat niet heeft gedaan, is hem de mogelijkheid ontnomen om de medische ingreep te laten uitvoeren in een ziekenhuis waarmee zijn zorgverzekeraar wél een contract heeft afgesloten. Het ziekenhuis verweert zich met de stelling dat op zijn website alle informatie over de afspraken met zorgverzekeraars op een rij is gezet, waaronder dat Zekur uitsluitend spoedeisende zorg vergoedt. Het is de verantwoordelijkheid van patiënten om te controleren of de gevraagde zorg ook daadwerkelijk door de zorgverzekeraar wordt vergoed. De geschillencommissie overweegt allereerst dat in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst voor ziekenhuizen geen verplichting tot het verstrekken van informatie over de gehanteerde tarieven van verzekerde (basis)zorg is opgenomen, maar wel in de Beleidsregel Transparantie Zorgaanbieders (oud) van de Nederlandse Zorgautoriteit. In artikel 4 van die beleidsregel staat namelijk dat zorgaanbieders verplicht zijn tijdig voorlichting te geven over tarieven wanneer deze rechtstreeks met de consument worden verrekend en/of wanneer de consument daarom vraagt. Door op de website expliciet te vermelden met welke zorgverzekeraars een contract was afgesloten en met welke niet, heeft het ziekenhuis volgens de geschillencommissie aan voornoemde informatieverplichting voldaan. Het is vervolgens de verantwoordelijkheid van patiënt om voorafgaande aan de behandeling te verifiëren (bijvoorbeeld via de website) of het ziekenhuis met zijn zorgverzekeraar een contract voor de behandeling heeft afgesloten. Bij onduidelijkheid hierover had de patiënt het ziekenhuis (vooraf) om opheldering kunnen vragen. Dat cliënt dat niet heeft gedaan, kan het ziekenhuis niet worden tegengeworpen.

⁵¹ Geschillencommissie Ziekenhuizen 26 juli 2019, (*Cliënt/Stichting Elkerliek Ziekenhuis*).

De vordering van cliënt tot kwijtschelding van de factuur wordt afgewezen.

Informatieplicht geschonden

In de zaak voor de Geschillencommissie had de zoon van klagers een circumcisie ondergaan, terwijl de veronderstelling was dat hij een verwijdingsplastiek zou krijgen.⁵² Klager vordert terugbetaling van de operatiekosten. De Geschillencommissie oordeelt dat op grond van artikel 38 Wmg de zorgaanbieders de patiënt tijdig en zorgvuldig dienen te informeren over het tarief en op artikel 4 beleidsregel (oud) dat zorgaanbieders verplicht tijdig voorlichting te geven over tarieven wanneer deze rechtstreeks met de consument worden verrekend en/of wanneer de consument daarom vraagt. In deze situatie moest klager zelf betalen, het was aan het ziekenhuis cliënt daarover informatie te verstrekken. Klager heeft weliswaar een eigen verantwoordelijkheid om zijn verzekeraar te raadplegen en heeft hij een eigen onderzoeksplicht naar de kosten. Echter, nu de arts de circumcisie medisch geïndiceerd achtte en wist dat naar de vergoeding geïnformeerd zou worden, had hij ten minste bij de ouders kunnen verifiëren of zij instemden met het tarief dat het ziekenhuis hanteert. Vanwege de onduidelijkheid in het dossier moet het ervoor worden gehouden dat een misverstand tussen arts en ouders over de toe te passen ingreep mogelijk was. De commissie oordeelt dat het ziekenhuis toerekenbaar is tekortgeschoten in zijn informatieplicht; de klacht wordt gegrond verklaard. De commissie acht het verder aannemelijk dat als klager een juiste voorstelling van zaken had gehad, hij zich verder had kunnen oriënteren op de kosteloze verwijdingsplastiek of op tarieven die andere zorginstellingen hanteren voor een circumcisie. Deze keuzemogelijkheid is cliënt onthouden. De commissie acht het redelijk dat de kosten van € 1700 voor rekening van het ziekenhuis komen.

3.3. Beantwoording specifieke vragen

Kan er sprake zijn van dwaling (art. 6:228 BW) wegens ontbreken van informatie?

Een overeenkomst die tot stand is gekomen onder invloed van dwaling en bij een juiste voorstelling van zaken niet zou zijn gesloten, is volgens artikel 6:228 BW in een aantal gevallen vernietigbaar. Een van de gronden voor vernietiging is dat de wederpartij in verband met hetgeen zij omtrent de dwaling 'wist of behoorde te weten', de dwalende had behoren in te lichten. Of patiënten/verzekerden hun nota niet hoeven te betalen als zij niet over de vergoeding van de behandeling zijn ingelicht en zij zich hebben vergist (hebben 'gedwaald') in de hoogte van de vergoeding, is het volgende van belang.

Allereerst zal het voor het ziekenhuis vaak niet duidelijk zijn of de patiënt/verzekerde in de veronderstelling verkeert dat hij niets hoeft (bij) te betalen ('weten'). Zonder mededeling van de

⁵² Geschillencommissie Ziekenhuizen 6 september 2018, (X/Stichting Flevoziekenhuis).

verzekerde en/of de zorgverzekeraar 'behoort' het ziekenhuis ook niet 'te weten' dat een bepaalde persoon nog een niet gebruikt eigen risico, geen naturapolis of geen aanvullende verzekering heeft. Aan dwaling staat in de weg, dat de dwaling voor rekening van de patiënt blijft als deze een eigen onderzoekplicht verzaakt (art. 6:228 lid 2 BW). Het ligt op de weg van de patiënt zich te vergewissen van de voorwaarden van zijn eigen verzekering, en niet per se op de weg van het ziekenhuis dat niet betrokken is bij deze verzekeringsovereenkomst. Dan is een feitelijke dwaling omtrent een eigen betaling in het algemeen geen reden voor vernietiging. Daarbij geldt wel dat de zorgaanbieder moet voldoen aan zijn wettelijke verplichting uit artikel 38 Wmg, 10 Wkkgz en de Regeling Transparantie Zorgaanbieders.

Bovendien is het nog maar de vraag of de patiënt/verzekerde (in alle gevallen) bij een juiste voorstelling van zaken de behandeling niet zou hebben ondergaan (het zogenaamde kenbaarheidsvereiste bij een wederzijds onjuiste voorstelling van zaken). De eigen bijdrage is een dermate algemeen gegeven dat patiënten niet afhoudt van het zoeken naar noodzakelijke (en daarom verzekerde) zorg, dat het ziekenhuis niet had hoeven te begrijpen dat met een juiste voorstelling van de financiële consequenties van de behandeling de patiënt geen behandeling bij het ziekenhuis zou hebben gezocht. Het tegendeel is in de praktijk meer aannemelijk..

Is er geen wanprestatie van het ziekenhuis (de hulpverlener), dan ook geen recht tot opschorting van de betalingsverplichting van de zijde van de patiënt (art. 6:262 BW). Een extra argument voor bovenstaande biedt artikel 7:461 BW. De opdrachtgever van de geneeskundige behandelingsovereenkomst is de hulpverlener loon verschuldigd, tenzij uit de wet anders voortvloeit. De wet regelt in de Zorgverzekeringswet dat bij dekking door een naturapolis het loon niet door de verzekerde verschuldigd is behoudens een eigen risico (art. 11 Zvw). Het loon hoeft dus niet steeds te zijn overeengekomen, want het volgt uit de wet als een rechtsgevolg van een op zich dus reeds bestaande geneeskundige behandelingsovereenkomst. Bij restitutiepolissen komt de zorgverzekeraar overigens in de regel eveneens de hoogte van de tarieven (loon) en de betaling overeen ten behoeve van haar verzekerden.

Met deze regeling is strijdig de stelling, dat als de hoogte van het loon niet met de patiënt is afgesproken, meer in het bijzonder het gedeelte dat onder het eigen risico valt, dan geen overeenkomst tot stand is gekomen of dat wel een overeenkomst tot stand is gekomen, maar de loonbetalingsverplichting uit artikel 7:461 BW jegens de opdrachtgever (de patiënt) niet meer geldt.

Een tweede extra argument is bovendien de systematische plaats van de geneeskundige behandelingsovereenkomst onder de titel 'opdracht' in het BW. Artikel 7:405 BW is daardoor van toepassing, dat zegt, dat indien de hoogte van het loon niet door partijen is bepaald, het

gebruikelijke loon of een redelijk loon verschuldigd is. Passantentarieven of met de zorgverzekeraars overeengekomen tarieven zijn dus verschuldigd indien 'gebruikelijk' en 'redelijk' (dat zal het geval zijn als zij marktconform zijn). De algemene of gemiddelde tarieven uit de markt zijn daarvoor de norm (sinds kort kenbaar via DBC-onderhoud). Kennelijk hoeft van de wetgever de hoogte van de volgens het BW niet te zijn besproken om toch als verschuldigd 'loon' van toepassing te zijn.

Het nakomen van een mededelingsplicht over de hoogte is dus uitdrukkelijk geen voorwaarde voor recht op 'loon' (betaling van de tarieven). Een beroep op dwaling op grond van een geschonden mededelingsplicht wordt door deze wettelijke bepaling moeizaam, omdat de wetgever een juiste voorstelling van het loon bij de patiënt niet veronderstelt. Het gebruikelijke tarief is beslissend, niet de voorstelling van de patiënt. Nog minder zijn voorstelling over het onverzekerde deel van dit loon.

De informatieplicht gaat dus tot en met het kunnen verzenden van de juiste declaraties, niet tot de verzekering van de betaling ervan. De eigen betalingen op grond van de verzekeringspolis of de dekking krachtens aanvullende verzekeringen valt er niet onder, want het doel is "de prestaties en diensten vergelijkbaar te maken". De homogeniteit van producten en transparantie van kwaliteit en tarieven is de doelstelling van deze regeling.

In de verplichting de standaardtarieven openbaar te maken en de verplichting in het algemeen de tarieven kenbaar te maken ligt ook besloten de verplichting aan de patiënt mededeling te doen of het ziekenhuis een contract heeft met diens zorgverzekeraar. Dat is immers voorwaarde voor de toepassing van de standaard prijslijst ('passantentarieven').

3.4. Informatieplicht ten opzichte van de verzekeraar

Kwaliteitsmetingen

Er zijn verschillende methoden om de kwaliteit en doelmatigheid van zorg tussen instellingen te vergelijken. Daartoe worden verschillende indicatoren onderscheiden:

- **Structuurindicatoren.** Deze hebben betrekking op de voorwaarden waarbinnen zorgverlening plaatsvindt, bijvoorbeeld het aantal verpleegkundigen of de getroffen fysieke voorzieningen;
- **Procesindicatoren.** Daarbij wordt een serie gebeurtenissen tijdens een onderzoek en/of behandeling gevolgd. Een belangrijke procesindicator is het volgen van richtlijnen en standaarden;

- Uitkomstindicatoren. Hiermee worden de gewenste of ongewenste resultaten van de zorgverlening gemeten, aan de hand van gezondheidscriteria.

Gegevens over de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg worden door de zorgaanbieder zelf openbaar gemaakt, of wordt ontleend aan declaraties en informatie aan de zorgaanbieder op grond van hun contractuele of wettelijke verplichting.

Sinds april 2014 zijn zorgaanbieders verplicht kwaliteitsgegevens te rapporteren overeenkomstig kwaliteitsindicatoren die in het register van het ZiN zijn opgenomen.⁵³ Deze gegevens zijn ook voor zorgverzekeraars van belang. Zij kunnen verzekerden informeren en adviseren over de kwaliteitsverschillen tussen de aanbieders (zachte sturing). Daarnaast kunnen zorgverzekeraars zich beperken tot het verlenen van een positieve kwalificatie aan instellingen die zich bij de behandeling van bepaalde aandoeningen positief onderscheiden. Een andere variant is dat de verzekeraars de verzekerden vrij laat in het kiezen van een zorgaanbieder, maar wel een voorkeursaanbieder kiest waarbij de kosten van zorg niet ten laste van het eigen risico van de verzekerde komen (art. 2.17 lid 2 aanhef en onder a Besluit zv). Het meest vergaand is de variant dat de verzekeraar alleen bepaalde aanbieders contracteert en als de verzekerde zich wendt tot een andere zorgaanbieder, zij slechts een gedeeltelijke vergoeding krijgen. Het staat de zorgverzekeraars op grond van de Zorgverzekeringswet vrij een keuze te maken welke strategie met betrekking tot kwaliteitsvergelijking en zorginkoop hanteren.⁵⁴

Materiële controle en fraude

In paragraaf 1.4.3. is al deels besproken dat zorgaanbieders op grond van de Regeling zorgverzekering gehouden zijn medewerking te verlenen aan materiële controles en fraudeonderzoeken door de zorgverzekeraar (art. 7.4 lid 2 en 4 Regeling zv).

De Regeling zorgverzekering in combinatie met artikel 87 van de Zorgverzekeringswet geeft een noodzakelijke juridische grondslag voor de zorgverzekeraars en vormt een verplichting voor de zorgaanbieder om het beroepsgeheim te doorbreken bij het verstrekken van medische persoonsgegevens.⁵⁵ Het verstrekken van persoonsgegevens en inzage in patiëntendossiers is geoorloofd in dit geval (art. 7.1 lid 2 Regeling zv). De zorgverzekeraar mag verzekerden dan ook benaderen om onderzoek te doen of de in rekening gebrachte zorg is verleend en hoe de kwaliteit van de zorg was (art. 7.5 lid 2).

In geval van detailcontrole informeert de zorgverzekeraar de zorgaanbieder over de zakelijke inhoud van de voorgenomen uitkomsten van de detailcontrole en stelt de zorgaanbieder in de gelegenheid daarop binnen een redelijke termijn te reageren. De zorgverzekeraar betreft de

⁵³ Leenen e.a. 2017, p. 731.

⁵⁴ Leenen e.a. 2017, p. 732.

⁵⁵ Rechtbank Noord-Nederland, 26 februari 2014, ECLI:NL:RBNNE:2014:6831.

reactie van de zorgaanbieder bij de vaststelling van de definitieve uitkomsten van de detailcontrole en bericht deze uitkomsten aan de zorgaanbieder (7.8 lid 4).

Hoofdstuk 4. Geschillen

Inleiding

Individuele zorgverleners, zorgorganisaties en zorgverzekeraars met een conflict of meningsverschil rond zorgcontractering kunnen terecht bij de burgerlijke rechter. Daarnaast hebben de brancheorganisaties in de zorgsector een convenant gesloten tot instelling van een Onafhankelijke Geschilleninstantie voor Geschillenoplossing en -beslechting Zorgcontractering. Bij die instantie kunnen precontractuele en contractuele geschillen opgelost of beslecht worden.⁵⁶ Er is een korte doorlooptijd, met behoud van een zorgvuldig proces en goede kwaliteit van de inhoudelijke kanten. Dat is sneller, gemakkelijker en goedkoper dan de rechter inschakelen, al staat het partijen vrij alsnog naar de burgerlijke rechter te stappen in plaats van de Geschilleninstantie. Er zijn 3 vormen van geschilbeslechting: mediation, bindend advies en arbitrage.

Mediation is de relatief lichtste vorm. Ze is het snelst en het goedkoopst. Bindend advies is een zwaardere vorm en arbitrage is de laatste, nog zwaardere optie. Wilt u een geschil bij de Geschilleninstantie aanmelden, dan kiest u met een keuzehulp de geschiktste bemiddelingsvorm. Elke vorm van geschillenoplossing en -beslechting is op vrijwillige basis. Beide partijen moeten hun conflict of meningsverschil bij de Geschilleninstantie Zorgcontractering willen voorleggen. Er kunnen ook meerdere partijen zijn die gezamenlijk hetzelfde geschil laten behandelen bij de Geschilleninstantie.

Op dit moment kunt u bij de Geschilleninstantie terecht voor geschillen over de contractering van zorg op grond van de Zorgverzekeringswet of daarmee gelijktijdig gecontracteerde aanvullende zorg, alsmede per 1 april 2017 met geschillen rond contractering van zorg op basis van de Wet langdurige zorg.

Het Nederlands Arbitrage Instituut (NAI) voert alle procedures voor mediation, bindend advies en arbitrage, uit in het kader van de Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering.

Mediation

Beide partijen willen samen met een mediator het conflict oplossen. Zij bepalen samen met de mediator hoe zij het conflict willen oplossen en sluiten daarvoor een overeenkomst. Mislukt de

⁵⁶ Leenen e.a. 2017, p. 729.

mediation of lijkt mediation op voorhand niet geschikt, dan kunnen de twee partijen kiezen voor een bindend advies, arbitrage of de overheidsrechter.

Bindend advies

Een onafhankelijke, bindend adviseur stelt vast wat de rechten van beide partijen zijn rond het conflict en brengt advies uit. Beide partijen moeten zich daaraan houden. Komt een van beiden dat advies niet na, dan kan de andere partij de nakoming daarvan via de rechter alsnog afdwingen. Bindend advies vervangt de procedure voor de overheidsrechter.

Arbitrage

Rechtspraak door een onafhankelijke arbiter, benoemd door het NAI. Een arbitraal vonnis is bindend en levert direct een uitspraak op. Die kan zonder tussenkomst van een rechter afgedwongen worden. Komt een van beide partijen het vonnis niet na, dan kan hij daar alsnog toe gedwongen worden via maatregelen die bij de arbitrage horen. Arbitrage vervangt de procedure voor de overheidsrechter.

Kosten van geschillenoplossing en –beslechting

Bij mediation delen beide partijen de kosten, ook wanneer het tot een schikking of tussentijdse staking van deze vorm van geschillenoplossing komt.

Bij het bindend advies en de arbitrage zijn de kosten voor rekening van de partij die in het ongelijk is gesteld. Een mediator, bindend adviseur en arbiter kosten 150 euro per uur, exclusief btw. Een secretaris kost 80 euro per uur, exclusief btw.

De bindend adviseur en secretaris besteden beiden elk maximaal 20 uur aan deze vorm van geschilbeslechting. De bindend adviseur kan zelf het bindend advies schrijven maar als er een secretaris benoemd wordt, betaalt de bindend adviseur deze van zijn honorarium. In overleg met de partijen kan dat anders zijn. Bij het bindend advies kan er 20 uur bij komen, als er een tegenvordering en voorwaardelijke tegenvordering worden gedaan. Voor arbitrage geldt geen maximumaantal uren.

Om de kosten voor kleine eerstelijns zorgaanbieders te beperken, heeft Zorgverzekeraars Nederland een aparte regeling gemaakt voor tegemoetkoming in de kosten.

4.1. Mediation – procedure in het kort

- Als de tegenpartij hiermee instemt, vraagt u mediation zorgcontractering aan. Dat doet u met een speciaal aanvraagformulier.
- Er is 1 mediator. Die wordt gekozen via een mediatorlijst van het NAI.

- Na de benoeming is er telefonisch overleg over de procedure en ondertekenen de mediator en de beide partijen binnen 3 werkdagen een mediationovereenkomst zorgcontractering. Daarin staan de afgesproken procedureregels.
- Maximaal 2 weken na de benoeming is er een oplossing. Die staat in de vaststellingsovereenkomst. Zo niet, dan bespreken de partijen of zij een bindend advies, arbitrage of de gang naar de overheidsrechter kiezen.
- De procedure is in het Nederlands. Communicatie tussen de partijen, het NAI en de mediator gaat via e-mail.
- Het NAI anonimiseert de vaststellingsovereenkomst en de partijen die de Geschilleninstantie hebben opgericht mogen deze (laten) publiceren, mits alle gegevens die iets zeggen over de identiteit van de partijen zijn verwijderd.

4.2. Bindend advies – procedure in het kort

- Als de tegenpartij hiermee instemt, sluit u een bindend adviesovereenkomst met de andere partij. Daarna vraagt u bij het NAI een bindend advies zorgcontractering aan. Dat doet u met een speciaal aanvraagformulier.
- Er is 1 bindend adviseur, die wordt benoemd door het NAI.
- Na de benoeming is er op korte termijn een telefonische regiezitting tussen de partijen en de bindend adviseur. In de zogenoemde procesorde staan de afgesproken procedureregels voor het indienen van de eis, het reageren en eventueel een zittingsdatum.
- De snelheid waarmee de uitspraak tot stand komt, is mede afhankelijk van hoe snel partijen hun stukken insturen. Zo snel mogelijk na de zitting, geeft de bindend adviseur zijn bindend advies.
- De procedure is in het Nederlands. Communicatie tussen de partijen, het NAI en de bindend adviseur gaat via e-mail.
- Het NAI anonimiseert de uitspraak en de partijen die de Geschilleninstantie hebben opgericht mogen deze (laten) publiceren, mits alle gegevens die iets zeggen over de identiteit van de partijen zijn verwijderd.
- Beide partijen betalen zelf de kosten van de eigen juridische bijstand. De kosten voor de geschilbeslechting, die van de bindend adviseur en de administratiekosten van het NAI, staan daar los van.

4.3. Arbitrage in het kort – procedure in het kort

- Als de tegenpartij hiermee instemt, sluit u een arbitrageovereenkomst met de andere partij. Daarna vraagt u bij het NAI een arbitrage zorgcontractering aan. Dat doet u met een speciaal aanvraagformulier.
- Het NAI vraagt de tegenpartij om een kort antwoord op het aangemelde geschil.

- Beide partijen kiezen samen 1 arbiter, via een lijst van het NAI. Dat is meestal een jurist, maar kan ook bijvoorbeeld een medicus zijn.
- Na de benoeming van de arbiter is er op korte termijn een telefonische regiezitting tussen de partijen en de arbiter. De arbiter stelt hierna de procesorde vast.
- Als de zaak eenvoudig is en voor een kortlopende arbitrageprocedure gekozen is, kan er relatief snel na de benoeming van de arbiter een eindvonnis komen. Meestal, en ook afhankelijk van de wensen van partijen, kan het bijvoorbeeld bij een principiële zaak tussen grote partijen die een complete procedure willen, veel langer duren.
- De procedure is in het Nederlands. Communicatie tussen partijen, NAI en de arbiter gaat via e-mail.
- Het NAI anonimiseert het arbitraal vonnis (uitspraak) en de partijen die de Geschilleninstantie hebben opgericht, mogen deze (laten) publiceren, mits alle gegevens die iets zeggen over de identiteit van de partijen zijn verwijderd.
- Beide partijen betalen zelf de kosten van de eigen juridische bijstand. De kosten voor de geschilbeslechting, die van de bindend adviseur en de administratiekosten van het NAI, staan daar los van.

Hoofdstuk 5. COVID-19

Inleiding

In tijden van pandemie zijn zorgaanbieders genoodzaakt de zorg aan te passen aan de huidige situatie. De COVID-19 situatie is van grote invloed op onder meer de productie, budgetten, bevoorschotting. Het is dan ook van groot belang dat ziekenhuizen in de contracten met zorgverzekeraars rekening houden met de invloed van COVID-19.

In dit hoofdstuk wordt uiteen gezet welke regelingen door partijen in de zorg zijn getroffen ten aanzien van COVID-19 en dit hoofdstuk sluit af met een adviserende paragraaf waar zorgaanbieders rekening mee dienen te houden ten aanzien van zorginkoop (paragraaf 5.3)

Zorgverzekeraars hebben op 1 april 2020 hun zorginkoopbeleid voor 2021 gepubliceerd. De meeste verzekeraars, zoals CZ, Zilveren Kruis, Menzis en VGZ hebben op hun website gepubliceerd dat ze de ontwikkelingen met betrekking tot COVID-19 nauwgezet volgen, zij op dit moment nog niet goed kunnen inschatten of – en zo ja, in hoeverre – de corona-uitbraak gevolgen heeft voor de zorginkoop voor 2021 en dat wanneer aanpassingen in het inkoopbeleid noodzakelijk zijn, zij de zorgaanbieders daar tijdig over informeren.

De NZa heeft op haar website gepubliceerd dat dat gezien de omstandigheden begrijpelijk is. Als aanpassingen nodig zijn, verwacht de NZa dat deze tijdig, op de juiste plek en goed gemotiveerd gedaan worden, conform de NZa-regels. Zo wordt geborgd dat contracteerproces transparant blijft.⁵⁷

5.1. **Continuïteitsbijdrage en meerkosten**

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft op 25 maart 2020 een brief gepubliceerd⁵⁸ over de ondersteuning van zorgverleners in de Zvw. De maatregelen in de brief richten zich op die directe ondersteuning voor zorgaanbieders die in financiële problemen (dreigen te) komen en op de extra kosten die gemaakt worden in verband met COVID-19.

Hoofdpijnen financiële ondersteuning

⁵⁷ <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2020/03/31/zorginkoopbeleid-2021-door-covid-19-mogelijk-meer-aanpassingen>

⁵⁸ Zorgverzekeraars Nederland, brief 25 maart 2020, kenmerk B-20-5243.

- Voor de periode 1 maart 2020 tot 1 juni 2020 wil ZN zorgaanbieders die in financiële problemen (dreigen te) komen ondersteunen;
- De extra kosten die zorgaanbieders maken in verband met corona kunnen worden gedeclareerd (uitwerking en nadere bepaling welke kosten volgt nog);
- ZN streeft naar een uniforme regeling voor alle zorgverzekeraars en alle soorten zorgaanbieders;
- Met het ministerie van VWS is overeengekomen dat zorgaanbieders die van deze ondersteuning gebruik gaan maken, daarmee afzien van een beroep op de algemene regelingen die het Rijk openstelt voor bedrijven en zelfstandigen;
- Zorgaanbieders die van de regeling gebruik maken committeren zich eraan dat zij zoveel mogelijk de reguliere zorg blijven leveren met aandacht voor doelmatigheid en gepast gebruik en dat zij alle zorg goed blijven registreren. Ook verwachten zij dat er binnen de bestaande overheidsmaatregelen een aantoonbare inzet is voor maximale inzet van zorg op afstand. Tevens zullen zij in de periode van vraaguitval in hun reguliere werk, waar nodig beschikbaar zijn voor het bieden van noodzakelijke zorg in deze moeilijke tijd, zowel door personele inzet als door middel van faciliteiten en hulpmiddelen;
- Uitgangspunt is dat de combinatie van deze maatregelen met het inlopen van wachtlijsten na de coronacrisis voor de betrokken zorgaanbieders niet leidt tot een financieel voordeel.

Verder zullen alle zorgverzekeraars ten aanzien van alle zorgaanbieders ervoor zorgen dat:

- declaraties voor verleende zorg zo snel mogelijk worden betaald;
- het aanvraagproces voor machtigingen waar mogelijk nog verder wordt versneld;
- controles gepast worden ingezet, rekening houdend met de genomen crisismaatregelen zodat zorgtaken nu niet onnodig worden belemmerd.

Continuïteitsbijdrage

Op 5 april 2020 heeft ZN per brief bericht dat er een continuïteitsbijdrage-regeling wordt ingesteld. Deze regeling staat open voor alle zorgaanbieders (met of zonder zorgcontract) die zorg verlenen die op dit moment valt onder de basisverzekering of de aanvullende zorgverzekering en die voldoen aan de (hierna beschreven) voorwaarden. De inzet van zorgverzekeraars is dat hun verzekerden zowel tijdens als na afloop van de coronacrisis een beroep kunnen blijven doen op de zorg, waarvoor zij verzekerd zijn. Deze regeling geldt niet voor zorgaanbieders die direct betrokken zijn bij hulp aan corona-patiënten en andere acute zorg en voor Wlz-gefinancierde langdurige zorg. Met deze zorgaanbieders maakt ZN afzonderlijke afspraken. De regeling start per 1 maart 2020 en

loopt tot en met 30 juni 2020.⁵⁹ ZN streeft ernaar dat zorgaanbieders vanaf begin mei een continuïteitsbijdrage kunnen aanvragen. De hoofdlijn van de regeling zijn de volgende:

- De eerste uitbetaling vindt plaats in de maand mei 2020 (over de periode vanaf 1 maart 2020) en vervolgens elke maand zolang de regeling van kracht is;
- De continuïteitsbijdrage wordt toegekend om gedurende deze coronacrisis de capaciteit van zorgaanbod in stand te houden, en beoogt een redelijke tegemoetkoming te geven voor gemiste dekking van doorlopende kosten;
- De hoogte van de bijdrage wordt vastgesteld als een percentage van de door zorgverzekeraars vergoede omzet;
- Dat percentage wordt per sector door de zorgverzekeraars vastgesteld, mede op advies van een onafhankelijke partij. Het is afhankelijk van de vaste lasten van de sector en de mate waarin de sector nog in staat is om zorg te leveren;
- De verwachting is dat de continuïteitsbijdrage zal liggen tussen de 60 en 85% van de zorgkosten die onder normale omstandigheden door zorgverzekeraars wordt vergoed;
- De continuïteitsbijdrage hoeft niet te worden terugbetaald, maar wordt, voor zover billijk en mogelijk, wel verrekend met de productie gedurende de maanden dat deze van toepassing is en met de eventuele hogere productie als gevolg van inhaaleffecten daarna. Hiermee zorgen we ervoor dat de zorgkosten niet hoger zijn dan in de situatie zonder vraagtval ten gevolge van de coronacrisis.

Vooruitbetaling

ZN verwacht dat deze continuïteitsbijdrage voor het grootste deel van de zorgaanbieders voldoende ondersteuning biedt, ook omdat veel declaraties voor eerder geleverde zorg nog in de maand april worden uitbetaald. Er zijn echter ook zorgaanbieders die niet kunnen wachten tot betaling in mei, omdat ze al eerder in financiële problemen komen. Voor een aantal branches treft ZN daarom een aanvullende regeling: eerstelijns laboratoria, mondzorg, kraamzorg, fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, wijkverpleging, zittend ziekenvervoer en zelfstandige behandelcentra in de medisch specialistische zorg. De hoofdlijn van deze regeling:

- Zorgaanbieders uit deze branches met een zorgcontract kunnen, als dat echt noodzakelijk is, vanaf 14 april 2020 een vooruitbetaling aanvragen via VECOZO;
- De vooruitbetaling hoeft maar op één plaats te worden aangevraagd en wordt vervolgens door de afzonderlijke zorgverzekeraars uitbetaald;
- De vooruitbetaling bedraagt in beginsel 70% van de gemiddeld door zorgverzekeraars vergoede maandomzet;

⁵⁹ Zorgverzekeraars Nederland, brief 5 april 2020, kenmerk B-20-5256.

- Vanaf 20 april 2020 wordt de vooruitbetaling uitgekeerd, mits aan de voorwaarden wordt voldaan; in de eerste periode zal dat, gelet op de verwachte aantallen, gefaseerd plaatsvinden. Streven is uitbetaling binnen een week;
- Om de regeling vooruitbetaling uitvoerbaar te houden worden alleen bedragen vanaf 250 euro per maand per zorgverzekeraar uitbetaald;

Voorwaarden gecontracteerde aanbieders

De voorwaarden voor gecontracteerde zorgaanbieders om in aanmerking tot komen voor de vooruitbetaling van de continuïteitsbijdrage betreffen de volgende:

1. De zorgaanbieder kan eenmalig om een vooruitbetaling verzoeken;
2. De zorgaanbieder heeft een zorgovereenkomst voor het jaar 2020 gesloten met de zorgverzekeraar bij wie hij een vooruitbetaling aanvraagt;
3. De zorgaanbieder doet geen beroep op de Rijksregelingen die zijn ingesteld naar aanleiding van het coronavirus, met uitzondering van dat deel van de zorgkosten dat niet door de zorgverzekeraar wordt vergoed op basis van de zorgverzekering en/of de aanvullende ziektekostenverzekering, behalve voor het deel omzetsdaling dat mogelijk resteert na aftrek van de vergoeding door de regeling van zorgverzekeraars. Het gebruik maken van fiscale regelingen is toegestaan;
4. Indien een zorgaanbieder betrokken is bij een lopend fraudeonderzoek dan wel geregistreerd is in het extern verwijzingsregister (EVR) dan wel enig ander frauderegister of indien er opvallende resultaten zijn of worden geconstateerd bij uitgevoerde formele en/of materiële controle, kan dat reden zijn voor de zorgverzekeraar om de zorgaanbieder van (vooruitbetaling van) de continuïteitsbijdrage uit te sluiten;
5. Indien een zorgaanbieder recent een juridische procedure heeft gehad dan wel dat deze lopend is aangaande de rechtmatigheid of doelmatigheid van de geleverde zorg, kan dat reden zijn voor de zorgverzekeraar om de zorgaanbieder van (vooruitbetaling) van de continuïteitsbijdrage uit te sluiten;
6. De zorgverzekeraar gaat bij de bepaling van de hoogte van de vooruitbetaling uit van 70% van een twaalfde deel van de door de zorgverzekeraar vergoede zorgkosten op jaarbasis in de zorgverzekering en de aanvullende verzekering en keert dat bedrag uit indien dat bedrag hoger is dan 250 euro;
7. Indien de vooruitbetaling aan de zorgaanbieder wordt toegekend, wordt dat daarna direct verrekend met alle te ontvangen declaraties, alle vordering(en) die nog ontstaan op de zorgaanbieder en/of de Continuïteitsbijdrage, zulks ter keuze van de zorgverzekeraar;
8. De zorgaanbieder is verplicht om declaraties vanaf maart jl. gedurende het verdere kalenderjaar 2020 (met uitzondering van een eventuele eigenbijdrage) rechtstreeks (of via een servicebureau) in te dienen bij de zorgverzekeraar voor zover deze nog niet zijn

ingediend bij verzekeren of via een servicebureau. In die periode is het alleen toegestaan declaraties naar de verzekerde te sturen voor geleverde, maar op basis van de polisvoorwaarden niet vergoede zorg. De continuïteitsbijdrage wordt verrekend met de productie gedurende de maanden dat de continuïteitsbijdrage van toepassing is en eventuele meer productie als gevolg van inhaal effecten gedurende een periode nadat de continuïteitsbijdrage is uitgekeerd. Hiermee zorgen we ervoor dat de zorgkosten niet hoger zijn dan in de situatie zonder coronacrisis t.g.v. de vraaguitval;

9. De vooruitbetaling wordt voldaan op het bij de zorgverzekeraar bekende bankrekeningnummer waarop ook de reguliere zorgdeclaraties worden uitbetaald. Dit betekent dat ook betaling kan plaatsvinden via een regulier door de zorgaanbieder ingeschakelde tussenpersoon;
10. De persoon die de aanvraag voor de vooruitbetaling ondertekent verklaart daarmee vertegenwoordigingsbevoegd te zijn;
11. Bij onjuist gebruik of het later niet accepteren van de voorwaarden van de continuïteitsbijdrage zal het vooruitbetaling worden teruggevorderd dan wel verrekend en dient de zorgaanbieder de vooruitbetaling op eerste verzoek van de zorgverzekeraar terug te betalen aan de zorgverzekeraar;
12. De aanvraag van de vooruitbetaling en/of de continuïteitsbijdrage heeft geen betrekking op zorg en diensten geleverd door of via opticiens.

Voorwaarden niet-gecontracteerde aanbieders

De voorwaarden voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders om in aanmerking tot komen voor de vooruitbetaling van de continuïteitsbijdrage zijn dezelfde als bovengenoemde voorwaarden 1 tot en met 12 (behalve 2) plus de volgende voorwaarden:

1. De vooruitbetaling en/of de continuïteitsbijdrage wordt enkel verstrekt op basis van een geformaliseerde betaalrelatie of contract gelijk - dan wel van gelijke strekking - aan gecontracteerde aanbieders;
2. Indien er bij de aanvraag van een vooruitbetaling geen contractuele relatie is met een zorgverzekeraar van wie de zorgaanbieder deze vooruitbetaling wil ontvangen, moet die worden aangegaan. Dit betreft dan een tijdelijk contract voor 2020 waaraan geen rechten ontleend kunnen worden voor 2021. Tenzij anders overeengekomen met de betreffende verzekeraar, valt de aanbieder na afloop van het tijdelijke contract terug op de relatie van voor de aanvraag van de vooruitbetaling. Dit betekent bijvoorbeeld dat indien sprake was van een akte van cessie deze opnieuw van toepassing zal zijn. De voorwaarden voor het tijdelijke contract worden op een later moment gecommuniceerd;
3. Uitgesloten is zorg die in het buitenland wordt geleverd;

4. De aanvraag van de vooruitbetaling en/of de continuïteitsbijdrage heeft geen betrekking op zorg en diensten geleverd door of via opticiens of audiciens;
5. De zorgaanbieder heeft een Ultimate Beneficial Owner - verklaring (UBO - verklaring) die bij de zorgverzekeraar bekend is. Indien dit niet het geval is, dient deze alsnog te worden aangeboden voor ondertekening van de overeenkomst. Hieruit blijkt welke natuurlijke persoon uiteindelijk belanghebbende van een entiteit is;
6. De zorgaanbieder heeft in januari en februari en maart 2020 zorgprestaties geleverd, met een minimum van totaal 5% over die drie maanden van de bij de zorgverzekeraar bekende zorgkosten op jaarbasis;
7. De zorgverzekeraar heeft het recht (achteraf) controles uit te (laten) voeren bij de zorgaanbieder ten aanzien van de uitvoering van de onderhavige overeenkomst(en).

Op 9 april 2020 heeft ZN bericht⁶⁰ dat alleen zorgaanbieders met een zorgcontract vanaf 14 april 2020 een vooruitbetaling kunnen aanvragen bij die zorgverzekeraars waarmee zij een contract hebben. Vanaf woensdag 22 april 2020 kunnen ook zorgaanbieders zonder zorgcontract (gefaseerd) een vooruitbetaling op de continuïteitsbijdrage aanvragen.⁶¹ De gefaseerde vooruitbetaling geldt vanaf 22 april 2020 voor fysiotherapie, vanaf 24 april 2020 voor mondzorg en vanaf 28 april 2020 voor de overige sectoren: kraamzorg, oefentherapie, ergotherapie, wijkverpleging, zittend ziekenvervoer en zelfstandige behandelcentra in de medisch specialistische zorg.

ZN vraagt zorgaanbieders met klem om alleen een vooruitbetaling aan te vragen als dat echt niet anders kan. Ze verwachten dat gehonoreerde aanvragen binnen tien werkdagen kunnen worden uitbetaald. De vooruitbetaling is niet een extra bedrag dat zorgaanbieders ontvangen naast de continuïteitsbijdrage, maar is alleen een voorschot op de continuïteitsbijdrage. De zorgaanbieders kunnen via het Zorginkoopportaal van VECOZO de vooruitbetaling aanvragen. Zorgaanbieders die nog niet aangesloten zijn bij VECOZO, moeten dit eerst regelen.

Brief meerkosten

Op 15 april 2020 heeft de Minister voor Medische Zorg en Sport een brief verzonden naar de voorzitter van de Tweede Kamer met betrekking tot de prestatiebeschrijvingen die ziektekostenverzekeraars gebruiken voor de afspraken die zij (gaan) maken met zorgaanbieders voor de zorg die ingevolge de Zorgverzekeringswet in het basispakket zit en voor zorg die niet in het basis pakket zit (aanvullende verzekering) voor zover tarief- en prestatieregulering van

⁶⁰ Zorgverzekeraars Nederland, Brief 9 april 2020, kenmerk B-20-5263.

⁶¹ Zorgverzekeraars Nederland, Brief 17 april 2020, kenmerk B-20-5271.

toepassing is op deze zorg.⁶²

Op grond van artikel 8 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) informeert de Minister middels deze brief over de zakelijke inhoud van het voornemen tot het geven van een aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor het vaststellen van regelgeving met betrekking tot de als gevolg van het Coronavirus gemoeide meerkosten en continuïteitsbijdrage.

Continuïteitsbijdrage

De prestatiebeschrijving voor de continuïteitsbijdrage is bedoeld om de kosten die voortvloeien uit de afspraken van zorgverzekeraars voor de continuïteit van zorg in verband met de Coronacrisis in rekening te kunnen brengen. Zorgverzekeraars maken hiervoor afspraken met zorgaanbieders, die als gevolg van de crisis en de adviezen van het RIVM hun omzet zien teruglopen, maar wel kosten moeten maken. De continuïteitsbijdrage vanuit de zorgverzekeraar is een vergoeding voor de doorlopende kosten zoals loonkosten, kosten voor vastgoed en overige vaste kosten. Hiermee wordt de continuïteit van de zorg bekostigd om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars nu en later aan hun zorgplicht kunnen voldoen. Variabele kosten zijn uitgesloten. Hetzelfde geldt voor kosten voor leegstand die het gevolg is van beschikbaar houden van capaciteit voor Coronapatiënten. Deze kosten worden betrokken bij de prestatiebeschrijving voor meerkosten.

Meerkosten

De prestatiebeschrijving voor meerkosten ziet op de meerkosten die een zorgaanbieder maakt voor een individuele verzekerde, voor een groep verzekerden, of voor justitiabelen met een forensische zorgtitel als gevolg van het Coronavirus. Het kan hier gaan om meerkosten die bijvoorbeeld samenhangen met extra persoonlijke beschermingsmiddelen. Het betreft kosten verband houdend met het Coronavirus voor directe zorg aan Corona- en niet-Coronapatiënten, voor zover daar door de NZa nog geen reguliere prestatiebeschrijving voor is vastgesteld, dan wel het tarief of de afgesproken prijs niet toereikend is. Daarnaast vallen hier ook kosten onder die gemaakt moeten worden om bijvoorbeeld patiëntenstromen goed te scheiden.

Wanneer zorgaanbieders op verzoek van het ROAZ/RONAZ en andere daartoe aangewezen organisaties kosten maken van zorgcapaciteit die bewust en actief leeg en beschikbaar gehouden wordt voor Coronapatiënten inclusief de zorgcapaciteit die extra gecreëerd is voor Coronazorg, mogen zij deze kosten onder meerkosten declareren. Wanneer er geen aanwijzing van de aangewezen organisaties aan ten grondslag ligt, vallen deze kosten onder de inkomstenderving welke vergoed kan worden met de continuïteitsbijdrage. De prestatiebeschrijving voor meerkosten

⁶² Brief VWS, 15 april 2020, kenmerk 1675143-204281-PZO.

kan alleen in rekening worden gebracht als er daadwerkelijk zorg is geleverd.

Dubbele bekostiging moet worden voorkomen: zorgkosten die via andere prestatiebeschrijvingen en tarieven in rekening kunnen worden gebracht, mogen niet via deze prestatiebeschrijvingen worden gedeclareerd. Met deze regeling is getracht een balans te vinden tussen enerzijds een zo administratief arm mogelijke regeling en anderzijds de rechtmatigheid. Om in aanmerking te komen voor de continuïteitsbijdrage geldt de voorwaarde, dat de zorgaanbieder geen aanspraak maakt op relevante rijksregelingen in het kader van de coronacrisis, behalve eventueel voor het deel omzetzaling dat mogelijk resteert na aftrek van de vergoeding door de regeling van zorgverzekeraars. Voor dat deel omzetzaling kunnen zorgaanbieders – indien zij voldoen aan de voorwaarden – in aanmerking komen voor de Tozo-regeling en voor de NOW-regeling. Voor beide prestaties geldt geen eigen risico of eigen bijdrage.

Zakelijke inhoud aanwijzing

Met deze aanwijzing verzoekt de Minister de NZa om beleidsregels en regels vast te stellen voor de continuïteitsbijdragen en de meerkosten die verband houden met de gevolgen van het Coronavirus. De beleidsregels en regels van de NZa treden in werking zodra dat kan en werken terug tot en met 1 maart 2020. De beleidsregels en regels gelden uiterlijk tot en met 31 december 2021, voor zover noodzakelijk voor de declaratie van kosten die samenhangen met de pandemie. De prestatiebeschrijvingen zullen gelden voor zorg als bedoeld in de Wmg, met uitzondering van zorg als bedoeld in de Wet langdurige zorg, voor zover tarief- en prestatieregulering van toepassing is op deze zorg. De vast te stellen prestatiebeschrijvingen kennen een vrij tarief en het macrobeheersinstrument zal hierop niet van toepassing zijn.

NZa- Beleidsregel en Regeling (concept)⁶³

In reactie op de brief van de Minister heeft de NZa concept-beleidsregel en een concept-regeling aangaande de continuïteitsbijdrage opgesteld.

Twee betaaltitels en context van de regeling

In de concept-beleidsregel worden de volgende prestaties onderscheiden:

- Betaaltitel 'Continuïteitsbijdrage corona'
- Betaaltitel 'Meerkosten corona'.

⁶³ Nza, Consultatie regeling Corona.

Continuïteitsbijdrage corona

De prestatiebeschrijving 'continuïteitsbijdrage' is een toeslag waarmee zorgaanbieders onderdekking van vaste kosten die een direct gevolg is van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus, in rekening kunnen brengen. Met deze toeslag kan een vergoeding worden gegeven voor onderdekking van vaste kosten waardoor de continuïteit van de zorg kan worden geborgd.

Meerkosten corona

Met de prestatiebeschrijving 'meerkosten' kunnen extra kosten in rekening worden gebracht die een zorgaanbieder maakt voor de levering van zorg aan een individuele verzekerde of voor een groep verzekerden, of voor justitiabelen met een forensische zorgtitel. Het betreft kosten verband houdend met het de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus voor directe zorg aan patiënten, ongeacht of de patiënt (vermoedelijk) besmet is met het SARS-CoV-2 virus, voor zover daar nog geen reguliere prestatiebeschrijving voor is vastgesteld, dan wel - wanneer er wel een bestaande prestatiebeschrijving beschikbaar is - het tarief of de overeengekomen vergoeding voor laatstgenoemde prestatiebeschrijving niet toereikend is. De zorgaanbieder kan alleen extra kosten in rekening brengen waarvan hij kan aantonen dat extra kosten als hiervoor bedoeld zijn gemaakt in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus.

Context van de regeling

De regelgeving die de NZa nu maakt is in meerdere opzichten bijzonder. Het is goed om stil te staan bij de verschillende aspecten van dit bijzondere karakter.

- Verreweg de meeste (deel)prestaties die de NZa normaliter vaststelt, betreffen individuele patiëntenzorg. De onderhavige betaaltitels voor continuïteitsbijdrage en meerkosten zijn anders.
- Het doel van de regeling en de noodzaak tot deze bijzondere betaaltitels is drieledig:
 - o Continuïteit van de zorg: Zorgverzekeraars in staat stellen om al op korte termijn rechtmatig -betalingen te doen aan zorgaanbieders om te voorkomen dat die door de corona-uitbraak in financiële problemen kunnen komen.
 - o Het zorgveld duidelijkheid verschaffen over welke kosten veroorzaakt door de corona-uitbraak via deze betaaltitels voor vergoeding in aanmerking komen en over het proces van in rekening brengen en uitbetalen van deze betaaltitels.
 - o Bijdragen aan het apart inzichtelijk maken van de totale kosten van de corona-uitbraak. O.a. met het oog op de Catastroferegeling voor zorgverzekeraars.
- Het bestaan van de betaaltitels maakt het mogelijk voor de zorgverzekeraars om op korte termijn een systeem van vooruitbetalingen in te richten en uit te voeren, ook voor groepen zorgaanbieders waaraan normaliter geen vooruitbetalingen worden gedaan, en zorgaanbieders waarmee geen zorgovereenkomst voor 2020 was gesloten.

- De NZa-regeling heeft een faciliterend karakter, met veel vrijheid. Dat komt bijvoorbeeld tot uiting in de brede reikwijdte, de algemene omschrijving van de betaaltitels en het vrije tarief. Gegeven de grote aantallen zorgaanbieders en de snelle uitvoering die nodig is, komt de uitvoering in handen van de zorgverzekeraars.
- De reikwijdte van deze regeling is zoals gezegd breed en omvat ook sectoren waarvoor aparte regelingen zijn opgetuigd en individuele zorgaanbieders waarmee zorgverzekeraars al aparte afspraken hebben gemaakt.
- De ongebruikelijke route bij deze betaaltitels – het in rekening brengen van zorgkosten ‘direct vanuit de bedrijfsvoering’, zonder verband te leggen met zorgactiviteiten voor individuele patiënten – maakt dat een aantal gebruikelijke *checks and balances* in het systeem niet werken. We proberen misbruik te voorkomen met een aantal registratie- en declaratievoorwaarden, maar willen dit niet ten koste laten gaan van de bovengenoemde doelen.
- De aanwijzing van de minister zal vanwege het voorgaande als voorwaarde stellen dat er een set van afspraken is tussen zorgaanbieder en de zorgverzekeraar waarin over de continuïteitsbijdrage en/of meerkosten afspraken zijn gemaakt. Hier vallen ook de tijdelijke of aanvullende contracten onder die worden afgesloten in verband met de continuïteit van zorg of meerkosten. Hierbij wordt een zo veel mogelijk uniforme methode gehanteerd door verzekeraars, waarbij de administratieve lasten zo laag mogelijk zijn. ZN heeft aangegeven hiervoor gebruik te willen maken van het declaratieportaal voor zorgaanbieders, VECOZO, en zo veel als mogelijk standaardcontracten te zullen hanteren per sector.
- Om in aanmerking te komen voor de continuïteitsbijdrage geldt de voorwaarde, dat de zorgaanbieder geen aanspraak maakt op relevante rijksregelingen in het kader van de coronacrisis, behalve eventueel voor het deel omzetzaling dat mogelijk resteert na aftrek van de vergoeding door de regeling van zorgverzekeraars. Voor dat deel omzetzaling kunnen zorgaanbieders – indien zij voldoen aan de voorwaarden – in aanmerking komen voor de Tozo-regeling en voor de NOW-regeling.
- De regels treden naar verwachting zo spoedig mogelijk in werking en werken terug tot en met 1 maart 2020. De regels gelden uiterlijk tot en met 31 december 2021, voor zover noodzakelijk voor de declaratie van kosten die samenhangen met de pandemie.

Ten aanzien van de continuïteitsbijdrage is de bedoeling dat zorgverzekeraars een systeem van vaststelling en verrekening inrichten: op basis van declaraties van de prestatie gedurende 2020 en de realisatie van productie in 2020 (incl. evt. inhaalproductie na de crisis) wordt een definitieve vaststelling berekend van wat de zorgaanbieder had moeten ontvangen. Dit verrekenen verzekeraars naar rato van hun schadelast per aanbieder met de reeds uitbetaalde bedragen in 2020. De zorgverzekeraar informeert de zorgaanbieder over de definitieve vaststelling, verrekent met de reeds uitbetaalde bedragen en keert het saldo uit of int conform de overeengekomen

procedure. Ten behoeve van de verantwoording verdeelt de zorgverzekeraar het definitieve schadebedrag voor deze betaaltitel zelf conform de schadelastverhouding BV / AV.

Meerkosten

De kostentypen die onder de betaaltitel 'meerkosten' vallen, zijn de volgende.

1. Kosten van directe zorg aan corona patiënten, voor verzekerde zorg. Hieronder vallen alle kosten die direct gelinkt zijn aan de zorg voor corona patiënten, zoals de IC verpleegdagen en verpleegdagen ziekenhuis algemeen of in de wijkverpleging en huisartsenzorg als deze corona patiënten verplegen. Dit kan zowel vanuit een integrale benadering worden gedaan (kosten IC dagen en verpleegdagen ziekenhuis op basis van DBCs) of vanuit een andere wijze (nader uit te werken). Hangt ook af van hoe er met de andere kosten soorten wordt omgegaan.
2. Kosten die samenhangen met de directe zorg aan corona patiënten. Hieronder vallen de kosten die gemaakt worden voor het werken met extra (en duurder) beschermingsmateriaal en wanneer dat nodig blijkt de extra kosten die gemaakt worden, omdat een IC afdeling helemaal vol ligt en daardoor meer personeel nodig is dan in de integrale prijs zit. Hierbij kan ook gedacht worden aan de extra kosten die gemaakt worden op de SEHs, omdat daar de triage van de patiënten gebeurt, daarbij valt te denken aan het extra inzet van personeel op deze afdelingen.
3. Kosten van zorgcapaciteit die bewust en actief leeg en beschikbaar gehouden wordt voor corona patiënten. Hieronder vallen de kosten waarvan in ROAZ verband word besloten welke capaciteit, zowel in bedden als het stopzetten van niet acute operaties, wordt vrijgehouden om de zorg aan corona patiënten te kunnen leveren. Het is van belang te kijken of deze kosten niet dubbel vergoed worden als er met het ziekenhuis afspraken worden gemaakt over het vergoeden van een continuïteitsbijdrage, in dat geval moet bekeken worden hoe berekend kan worden wat de extra kosten voor corona zijn op dit terrein.
4. Kosten voor het creëren van extra zorg capaciteit voor corona zorg. Hieronder valt het gereed maken van extra capaciteit van IC bedden/IC units, tenten plaatsen met scanners voor het ziekenhuis om tot snelle triage te komen en het inrichten van hotels/verpleeghuizen als dependance van het ziekenhuizen ten behoeve van coronazorg. Hieronder vallen ook de kosten die gemaakt worden voor het inrichten van andere afdelingen van het ziekenhuis elders (bijv. bevalhotels) om zo ruimte te houden voor coronazorg in het ziekenhuis. De kosten die gemaakt worden voor de zorg aan niet-corona patiënten (ook al is dat op een andere locatie), valt NIET onder deze kosten. Hieronder vallen ook de kosten de extra aanschaf van beademingsapparatuur, de vraag is alleen of de volledige kosten van de aanschaf hieronder vallen of alleen de aanschrijving. Daarbij moet ook rekening gehouden worden met de kosten voor het weer 'afbreken' van de extra capaciteit.

5. Kosten die gemaakt worden voor niet-corona-patiënten door het bestaan van corona. Hieronder vallen de kosten die gemaakt worden extra voorzorgsmaatregelen, zoals beschermingsmiddelen en aparte ruimten inrichten voor het gescheiden houden van corona en niet-corona patiënten. Deze kosten kunnen in alle verschillende sectoren zitten.

Over het te voorziene uitvoeringsproces rondom de prestatie meerkosten is nog weinig bekend. De bijzondere route van declareren maakt dat de verantwoording door zorgverzekeraars aan het Zorginstituut extra aandacht behoeft, met name bij de betaaltitel meerkosten. De meerkosten zijn onder te verdelen naar de volgende categorieën:

1. Kosten van directe zorg aan corona patiënten, voor verzekerde zorg.
2. Kosten die samenhangen met de directe zorg aan corona patiënten
3. Kosten van zorgcapaciteit die bewust en actief leeg en beschikbaar gehouden wordt voor corona patiënten
4. Kosten voor het creëren van extra zorg capaciteit voor corona zorg
5. Kosten die gemaakt worden voor niet-corona-patiënten door het bestaan van corona.

Voor de verantwoording hebben zorgverzekeraars inzicht nodig welke meerkosten in welke van de vijf hierboven genoemde categorieën vallen. Dit is informatie die zorgverzekeraars van de zorgaanbieders moeten ontvangen. De NZa ziet voorsnog twee opties hoe dit tot stand kan komen:

- a. Zorgverzekeraars regelen dit in de overeenkomst met de zorgaanbieders.
- b. De NZa stelt hier voorschriften over op voor de zorgaanbieders.

5.2. Beantwoording specifieke vragen

Hoe moet het met zorgovereenkomsten en productie als alle zorg gaat naar het bestrijden van het coronavirus?

Zorgverzekeraars en zorgkantoren

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft namens de zorgverzekeraars en zorgkantoren op hoofdlijnen aangegeven wat zij (gaan) doen. Doel is om er voor te zorgen dat zorgverleners niet onnodig worden belast met financiële onzekerheid of bureaucratie. De inzet van zorgverzekeraars en zorgkantoren is als eerste gericht op de zorgverleners die deze noodzakelijke zorg verlenen. In afstemming met onder meer de overheid en de banken zullen zorgverzekeraars en zorgkantoren op de kortst mogelijke termijn het initiatief nemen om, samen met betrokken branche- en beroepsorganisaties, te bespreken wat nodig is om ook op die terreinen beschikbaarheid van goede zorg voor verzekerden nu en in de toekomst te waarborgen.

De eerste schets van de maatregelen ziet op zorgaanbieders van de basisinfrastructuur en zorg voor kwetsbare mensen. Voor alle zorgaanbieders die deze zorg leveren geldt dat:

- bevoorschotting adequaat zal zijn, passend bij de omvang van de contractueel overeengekomen omzet of, waar die ontbreekt, een zo goed mogelijk raming daarvan te maken (bij een situatie zonder Coronauitbraak);
- - de extra kosten in het kader van de Corona aanpak, na (impliciete) goedkeuring in ROAZ-verband en in afstemming met de meest betrokken zorgverzekeraar(s) door alle zorgverzekeraars worden vergoed. Dit geldt ook voor kosten die redelijkerwijs in lijn liggen met de binnen de ROAZ gemaakte afspraken.

Het is nog onduidelijk voor welke sectoren de maatregelen precies gelden, vooralsnog begrijpen wij dat het ziet op ziekenhuiszorg, verplaatste ziekenhuiszorg (bijvoorbeeld bij revalidatie-instellingen), huisartsenzorg, de V&V-sector en de gehandicaptenzorg. Nadere uitwerking van de afspraken zal duidelijk maken voor welke sectoren precies de maatregelen gelden. Wij verwachten de uitwerking op korte termijn. Tot die tijd is het devies om bij te houden – zo goed en zo kwaad als dat kan – welke kosten en maatregelen worden gemaakt en genomen in verband met de bestrijding van het coronavirus. Een logboek kan daar in een later stadium behulpzaam bij zijn.

Hulp is dringend nodig, mogen we werken met zorgpersoneel waarvan de BIG-registratie is verlopen?

Niet-praktiserende verpleegkundigen van wie de BIG-registratie na 1 januari 2018 verlopen is, mogen tijdelijk weer als zelfstandig verpleegkundige aan de slag.

Naast de maatregelen voor niet-praktiserende verpleegkundigen heeft VWS bepaald dat de herregistratieverplichting voor alle artikel 3 Wet BIG-beroepsbeoefenaren uit te stellen tot nader order. Dat betekent dat er geen aanvraag voor herregistratie hoeft te worden ingediend en wordt voorkomen dat de BIG-registratie door wordt doorgehaald. Pas als de herregistratieverplichting weer gaat gelden, ontvangen deze personen daar bericht over en wordt een redelijke termijn verleend voor het indienen van een aanvraag.⁶⁴

Voor welke verpleegkundigen gelden deze (tijdelijke) maatregelen van VWS?

Wanneer de verpleegkundige BIG-registratie verlopen is na 1 januari 2018 en de vaardigheid voldoende aanwezig is, mag personeel onder bepaalde voorwaarden zelfstandig worden ingezet

⁶⁴ <https://www.bigregister.nl/actueel/nieuws/2020/03/18/uitstel-herregistratie>

als verpleegkundige. Dit geldt zowel voor verpleegkundigen (artikel 3 Wet BIG) als verpleegkundig specialisten (artikel 14 Wet BIG).

Inzet mag:

- Alleen als het noodzakelijk is. Dat wil zeggen: als het door de noodsituatie niet mogelijk is voldoende BIG-geregistreerde verpleegkundigen in te zetten. Alleen dan aanvullend niet-praktiserende verpleegkundigen worden ingezet;
- Het heeft nadrukkelijk de voorkeur dat personen met de meest recente praktijkervaring als eerste worden ingezet;
- Niet-praktiserende verpleegkundigen moeten hun bekwaamheid zoveel mogelijk zelf aantonen en worden zoveel mogelijk ingezet in de niet-complexe zorg en in de zorg die aansluit bij hun meest recente werkervaring. In overleg moet worden gekeken of een korte aanvullende training noodzakelijk is. Zij dienen bij voorkeur te werken in opdracht van momenteel werkzame en BIG-geregistreerde verpleegkundigen.⁶⁵

Mogen niet-praktiserende verpleegkundigen voorbehouden handelingen uitvoeren?

Ja dat mag, onder voorwaarde dat er duidelijke afspraken worden gemaakt tussen de BIG-geregistreerde zorgverlener en de niet-praktiserende verpleegkundige over welke (voorbehouden) handelingen mogen worden verricht. Het verrichten van voorbehouden handelingen mag uitsluitend plaatsvinden in opdracht van en onder directe supervisie (toezicht en tussenkomst) van ervaren, BIG-geregistreerde verpleegkundigen in vaste dienst van de betreffende zorginstelling.

Mogen voormalig verzorgenden of niet-praktiserend verpleegkundigen met een verlopen BIG-registratie vóór 2018 ook aan het werk?

Dat is alleen maar mogelijk als er wordt gewerkt onder supervisie van een bevoegde zorgverlener. V&VN ontwikkelt hiervoor een praktische handreiking die binnenkort op de website verschijnt.

Digitaal zorg verlenen, hoe werkt dat volgens de NZa?

Huisartsenzorg

Het maakt niet uit of een consult digitaal, telefonisch of fysiek plaatsvindt, omdat de zorgprestaties algemeen omschreven zijn. Alleen de duur van het consult maakt uit: kort, normaal of lang. Dit geldt voor een consult bij de huisarts en de poh-ggz.

Medisch-specialistische zorg

⁶⁵ <https://www.bigregister.nl/actueel/nieuws/2020/03/18/deur-open-voor-voormalig-verpleegkundigen-en-artsen-en-uitstel-herregistratie>

In plaats van een poliklinisch consult kan een zorgverlener het consult op afstand doen. Tijdelijk mag een eerste polikliniekbezoek, dat door het coronavirus telefonisch of schriftelijk plaatsvindt, geregistreerd worden als een regulier eerste polikliniekbezoek. Het is al toegestaan om een *screen-to-screen* consult als eerste consult te registreren.

Paramedische zorg

Het maakt niet uit of de zorg digitaal, telefonisch of fysiek plaatsvindt omdat de zorgprestaties (veelal zittingen) algemeen omschreven zijn. Voor logopedie zijn beperkende voorwaarden om digitale zorg te leveren tijdelijk opgeheven: een behandeling kan nu vanaf de start digitaal plaatsvinden.

Farmaceutische zorg

In de prestaties voor farmaceutische zorg staat niet hoe je de zorg precies moet leveren aan de patiënt. Dit kan dus zowel *face-to-face* als digitaal of telefonisch. De zorg die valt onder de terhandstelling van geneesmiddelen of het begeleidingsgesprek bij een voor de patiënt nieuw geneesmiddel hoeft dus niet aan de balie plaats te vinden om te kunnen declareren.

Geboortezorg (verloskunde, kraamzorg, gynaecologie)

Het maakt niet uit of het zorgcontact digitaal, telefonisch of fysiek plaatsvindt omdat de zorgprestaties algemeen omschreven zijn.

Basis en gespecialiseerde ggz

Het maakt niet uit of een consult digitaal, telefonisch of fysiek plaatsvindt omdat de zorgprestaties algemeen omschreven zijn. Behandeling en intake mogen volledig digitaal, deels digitaal (*blended care*) of fysiek plaatsvinden om te kunnen declareren.

Verpleging en verzorging

Indien sprake is van wonen in een zorginstelling (Wlz) kan het (dag)tarief door de zorginstelling naar eigen inzicht besteden, dus ook aan digitale zorg.

In de thuiszorg (Wlz) geldt dat telefonisch of digitaal contact ook als direct contact mag worden gedeclareerd, hierbij geldt eenzelfde uurtarief. Daarnaast is het toegestaan om per maand per cliënt maximaal 6,5 uur te declareren voor thuiszorgtechnologie tegen het afgesproken tarief voor verpleging, persoonlijke verzorging of begeleiding. Toezicht op cliënten valt daar ook onder.

In de wijkverpleging (Zvw) mag een telefonisch of digitaal contact ook als direct contact worden gedeclareerd. Daarbij geldt hetzelfde uurtarief. Daarnaast mag er per maand per cliënt maximaal 6,5 uur worden gedeclareerd voor thuiszorgtechnologie tegen het afgesproken tarief voor

verpleging of persoonlijke verzorging. Begeleiding van en toezicht op cliënten zijn niet van toepassing in de Zorgverzekeringswet. Bovendien is er binnen het experiment Bekostiging verpleging en verzorging veel ruimte om afspraken te maken over digitale zorgtoepassingen.

Hoe vindt de afweging plaats als het gaat om het al dan niet opnemen van patiënten op de IC bij een pandemie en een tekort aan IC-plekken?

Het 'draaiboek pandemie' van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) d.d. 3 april 2020 (hierna te noemen: het draaiboek) bevat concrete aanbevelingen voor afdelingen om zich voor te kunnen bereiden op "pandemieën, grote uitbraken en rampen" (<https://nvic.nl/draaiboek-pandemie-online>). De richtlijnen uit het draaiboek treden in werking indien het op basis van de omstandigheden strikt noodzakelijk is en daartoe landelijk is besloten. Vanaf dat moment krijgen de afspraken uit het 'draaiboek pandemie' prioriteit boven de gebruikelijke ziekenhuis-specifieke afspraken. De criteria uit het draaiboek gelden voor alle patiënten die op de IC worden opgenomen, dus ook voor patiënten die niet vanwege het coronavirus op de IC zorg behoeven.

Bij een tekort aan IC-capaciteit zal de hulpverlener steeds een afweging moeten maken over welke patiënten wel en niet (meer) behandeld kunnen worden. Deze triage vindt plaats aan de hand van inclusie- en exclusiecriteria voor IC-opname. Het draaiboek is op 2 maart 2020 geactualiseerd. Opname op de IC zal plaatsvinden op basis van *clinical frailty* (klinische kwetsbaarheid). Die kwetsbaarheid wordt in het draaiboek ingevuld aan de hand van de 'reguliere' principes en maakt dat hulpverleners een moeilijke taak wacht. De hulpverlener dient bij zijn werkzaamheden de zorg van een "goed hulpverlener" in acht te nemen en te handelen met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiend uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard (art. 7:453 BW). Het draaiboek behoort tot de professionele standaard.

Hoe gaat de IGJ om met termijnen, melden van calamiteiten nu de zorg zich volledig dient te richten op de bestrijding van het coronavirus en het verlenen van noodzakelijke zorg?

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft besloten de termijnen voor zorgaanbieders los te laten die normaal in het toezicht gelden. Dan gaat het om reactietermijnen maar ook als het gaat om het indienen van een onderzoeksrapportage over een calamiteit en het melden van een calamiteit op grond van de Wkkgz. De IGJ heeft in het verlengde van het voorgaande eveneens besloten voorlopig geen boete op te leggen als een instelling, zorgverlener of fabrikant/leverancier zich niet aan een termijn kan houden voor het voldoen aan een verplichting, zoals het melden van een calamiteit. Het is niet nodig uitstel aan te vragen: de IGJ meldt dat wie dat toch doet, daarop (zelfs) geen reactie krijgt.

De IGJ meldt voorts dat geautomatiseerde standaardbrieven niet op korte termijn kunnen worden aangepast en dat zodoende niet kan worden voorkomen dat er nog brieven met een deadline worden verstuurd. Ook wie een dergelijke brief krijgt, hoeft zich niet aan deze termijn te houden. De IGJ zal ook geen herinneringen sturen. Wel kan de IGJ na het verstrijken van de termijn contact opnemen om de voortgang te bespreken. Alleen in die gevallen, waarin de IGJ toch binnen de geldende termijn een reactie wenst, zal zij dit expliciet met de zorgaanbieder opnemen.

De IGJ meldt voorts terughoudend te zijn met het afleggen van inspectiebezoeken, om zorgaanbieders geen onnodige last te bezorgen. Dat laat onverlet dat de IGJ natuurlijk wel zal optreden indien zij meent dat daar vanwege bijvoorbeeld de continuïteit van de zorg aanleiding voor bestaat. Als inspecteurs voornemens zijn een bezoek aan een instelling te brengen, kondigen zij dat in beginsel een dag tevoren aan, ook om de instelling de kans te geven het aan te geven als het bezoek door de ontwikkelingen rondom corona niet uitkomt of anders moet worden vormgegeven.

Het vorenstaande betreft uiteraard een tijdelijke maatregel. Tegen die achtergrond geven wij uitdrukkelijk in overweging per geval te bezien of deze tijdelijke maatregel nog aan de orde is, of dat de IGJ het gebruikelijke regime weer hanteert. Hiermee voorkomt u dat de IGJ (toch) een maatregel oplegt omdat u te laat bent.

Zorg en privacy, hoe gaat de Autoriteit Persoonsgegevens om met de coronacrisis?

De Autoriteit Persoonsgegevens (AP) geeft overheden en bedrijven tijdens de coronacrisis ruimte om zich te concentreren op de bestrijding van het virus. Zo krijgen organisaties waar nodig meer tijd om te reageren op vragen van de AP en geeft de AP initiatieven om de volksgezondheid te beschermen ruimte. De zorgverlening is daar waar dat kan omgezet in digitale zorg, of zorg op afstand. Veel zorgorganisaties hebben een manier om beveiligd te beeldbellen, maar sommige niet. De AP heeft aangegeven alleen als dat echt niet anders kan consumentenapps als FaceTime of Skype te gebruiken.

5.3. Advies zorginkoop t.a.v. COVID-19

Advies continuïteitsbijdrage

Zoals hierboven beschreven kunnen zowel gecontracteerde als niet gecontracteerde zorgaanbieders in de cure-sector aanspraak maken op een continuïteitsbijdrage. Het gaat om zorgaanbieders die niet direct betrokken zijn bij hulp aan corona-patiënten en andere acute zorg en Wlz-gefinancierde langdurige zorg. Bij het al dan niet aanvragen van de continuïteitsbijdrage is het van belang dat zorgaanbieders rekening houden met de volgende punten:

- Het aanvragen van een continuïteitsbijdrage kan alleen in geval de zorgaanbieder geen gebruik maakt van de Rijksregeling. Gedoeld wordt op de Noodmaatregel Overbrugging Werkgelegenheid, de NOW-regeling. Indien je als zorgaanbieder al een beroep hebt gedaan op de NOW-regeling, staat een beroep op de continuïteitsbijdrage niet meer open. Ga dus voorafgaand aan de aanvraag van een van beide regelingen goed na welke regeling voor u het meeste voordeel oplevert. Zie voor de voorwaarden van de NOW-regeling:

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-financiele-regelingen/overzicht-financiele-regelingen/how/how-wat-en-voor-wie>.

De continuïteitsbijdrage ligt naar verwachting tussen de 60% en 85% van de zorgkosten die onder normale omstandigheden door zorgverzekeraars wordt vergoed en de continuïteitsbijdrage hoeft niet te worden terugbetaald, maar wordt, voor zover billijk en mogelijk, wel verrekend met de productie gedurende de maanden dat deze van toepassing is en met de eventuele hogere productie als gevolg van inhaaleffecten daarna. Sommige aanbieders hebben de deuren moeten sluiten terwijl andere zorg zijn blijven leveren. Deze verschillen maken dat de regeling zeer verschillend uitpakt voor zorgaanbieders in deze groep. Wanneer er geen omzet wordt gemaakt, lijkt de regeling een positieve impact te hebben. Wanneer een zorgaanbieder echter nog wel een deel van de normale omzet weet te realiseren, dan heeft de continuïteitsbijdrage mogelijk een nadelig effect.

- Bent u een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en overweegt u tot het aanvragen van de continuïteitsbijdrage? Besef dan dat met het aanvragen een *tijdelijk contract* met de verzekeraar wordt gesloten. Daarmee komt u in contractuele relatie te staan met de verzekeraar, hetgeen over en weer verplichtingen met zich brengt. Aan het tijdelijk contract kunnen geen rechten worden ontleend voor 2021. Tenzij anders overeengekomen met de betreffende verzekeraar, valt de aanbieder na afloop van het tijdelijke contract terug op de relatie van voor de aanvraag van de vooruitbetaling. Het tijdelijk contract schept wel controlemogelijkheden voor de zorgverzekeraar. Wees u daarvan bewust.

Advies zorginkoop 2021

Los van de aanspraak op eventuele financieringsregelingen, is de situatie rondom COVID-19 van invloed op het zorginkoopproces tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Nysingh adviseert zorgaanbieders daarom om met de verzekeraars in gesprek te gaan over de gevolgen van COVID-19 en in duidelijke afspraken met hen te maken over de nasleep van COVID-19. Mogelijke aspecten van zorginkoop waar COVID-19 invloed op heeft zijn onder andere de volgende:

- (Materiële) controles en als gevolg daarvan tegenvorderingen (verrekening);
- Overschrijding van het budget/omzetplafond;
- Bevoorschotting (en verrekening voorschot continuïteitsbijdrage);

- Productieafspraken 2021.
- Doelmatige zorg.

Van belang is dat in de afspraken voor 2021 rekening wordt gehouden met de situatie uit 2020 en de mogelijk gedaalde productie, omzet etc. Let er op dat de zorgverzekeraars bij het begroten van de productie niet uitgaan van cijfers van 2020 die vanwege de corona-crisis niet representatief zijn voor u als zorgaanbieder als deze zodanig afwijken van de normale situatie. Dit is in sommige gevallen immers geen goede maatstaf om de afspraken voor het komende jaar op te baseren. Voorkom problemen en bespreek dit met uw verzekeraar.

Kortom: Nysingh adviseert met de verzekeraars in overleg te treden over de gevolgen van de coronacrisis voor de contractering 2021. Wij bevelen aan een aparte paragraaf in de zorgovereenkomst met de zorgverzekeraar overeen te komen over de gevolgen van de coronacrisis op zorgverlening. Let bij het contracteren voor 2021 op bovenstaande aspecten.

Bijlage

LETTER OF INTENT

Inzake Zorginkoop en Voorlopige betaling

tussen

[ZIEKENHUIS]

EN

[ZORGVERZEKERAAR]

Ondergetekenden:

1. [naam zorginstelling], gevestigd te [...], aldaar kantoorhoudende aan de [...], te dezen rechtsgeldig vertegenwoordigd door [...], hierna te noemen: “**het ziekenhuis**”;

en

2. [naam zorgverzekeraar], gevestigd te [...], aldaar kantoorhoudende aan de [...], te dezen rechtsgeldig vertegenwoordigd door [...], hierna te noemen: “**de zorgverzekeraar**”;

Nemen in aanmerking:

- a. het ziekenhuis verleent medisch specialistische zorg aan de verzekerden van de zorgverzekeraar;
- b. de zorgverzekeraar heeft binnen de grenzen van de Zorgverzekeringswet c.a. en haar eigen polisvoorwaarden jegens haar verzekerden (hierna: ‘de verzekerden’) een zorgplicht, die onder meer inhoudt dat de verzekerden jegens de zorgverzekeraar recht hebben op (vergoeding van de kosten van) medisch specialistische zorg;
- c. het ziekenhuis en de zorgverzekeraar wensen met elkaar dientengevolge een overeenkomst aan te gaan met betrekking tot de voorwaarden van de door het ziekenhuis te leveren medisch specialistische zorg (op het vrije en gereguleerde segment) aan de verzekerden van de zorgverzekeraar, waaronder begrepen de mogelijkheid dat op basis van de overeengekomen prijslijst, de geleverde zorg gedeclareerd kan worden;
- d. het ziekenhuis bouwt door het uitstel van de mogelijkheid geleverde productie aan de verzekerde bij de zorgverzekeraar te declareren een liquiditeitstekort op, dat het ziekenhuis onevenredig belast en in financiële problemen kan brengen;
- e. partijen wensen vanuit de intentie te contracteren over de zorginkoop, respectievelijk het maken van concrete prijs- en volumeafspraken over enig jaar, de navolgende afspraken over voorlopige betaling van geleverde medisch specialistische zorg schriftelijk vast te leggen (hierna: ‘de Overeenkomst’);

Verklaren te zijn overeengekomen als volgt:

Artikel 1. Doel

- 1.1 Zolang partijen in enig jaar vallend onder de duur van deze Overeenkomst nog geen (definitieve) overeenstemming hebben bereikt over de prijzen, declaratievoorwaarden en vergoeding onderhandenwerk, zodanig, dat dit leidt tot het daadwerkelijk en finaal kunnen declareren van door het ziekenhuis aan de verzekerden geleverde medisch specialistische zorg en kunnen afrekenen van onderhandenwerk, kan het ziekenhuis gebruikmaken van de in de navolgende bepalingen opgenomen regeling voorlopige betaling (hierna: 'de Regeling voorlopige betaling').
- 1.2 De Regeling voorlopige betaling laat onverlet eventuele bestaande afspraken over bevoorschotting, zolang deze niet expliciet zijn beëindigd. Bij samenloop van die afspraken met de onderhavige Overeenkomst prevaleert de onderhavige Overeenkomst, indien deze gunstiger is voor het ziekenhuis.

Artikel 2. Regeling voorlopige betaling [opties]

- 2.1 De zorgverzekeraar vergoedt met de status van voorlopige betaling aan het ziekenhuis de door de OHW- Grouper verwerkte afgesloten zorgproducten en deeltrajecten geleverd aan de verzekerden tegen:
 - [x% van] de met de zorgverzekeraar in het vorige kalenderjaar overeengekomen prijzen, en/of
 - voor zover voor de desbetreffende zorgproducten en deeltrajecten geen prijzen zijn overeengekomen in het voorafgaande kalenderjaar [x % van] de passantentarieven voor de desbetreffende zorgprestaties.
- 2.2 Bij de opgave van de geleverde en afgesloten zorgproducten en deeltrajecten door het ziekenhuis wordt aangegeven, dat gebruik gemaakt wordt van de Regeling voorlopige betaling. De op basis van de Regeling voorlopige betaling ingediende opgave van de in lid 1 bedoelde geleverde zorg worden binnen 15 dagen door de zorgverzekeraar voldaan.
- 2.3 De op basis van de Regeling voorlopige betaling aan het ziekenhuis gedane betalingen worden bij het indienen van een definitieve declaratie voor deze zorgprestaties op basis van de definitieve prijsafspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar verrekend.

- 2.4 [Indien uiterlijk [x maanden] na het verstrijken van het kalenderjaar waarop de declaraties betrekking hebben geen prijsafspraken tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis zijn gemaakt, worden de zorgprestaties aan de verzekerden tussen partijen alsnog definitief afgerekend op basis van de passantentarieven van het ziekenhuis / worden uit hoofde van de Regeling gedane voorlopige betalingen van rechtswege het tarief voor de definitieve declaraties voor de desbetreffende zorgproducten / en worden verhoogd met een indexering van [x%.]

Artikel 3. Wijze van declareren

- 3.1 De Uniforme Declaratieparagraaf (overeengekomen bij het Convenant ketenprocessen medisch specialistische zorg) is zoveel mogelijk van overeenkomstige toepassing op de opgave van het ziekenhuis in het kader van de Regeling voorlopige betaling.
- 3.2 Verpanding van de vorderingen van het ziekenhuis uit hoofde van de Regeling voorlopige betaling (gedeclareerde zorgprestaties) is toegestaan.

Artikel 4. Mededelingen en geheimhouding

- 4.1 Partijen zullen over de inhoud van deze Overeenkomst geen mededelingen doen aan derden, behoudens voor zover de wet daartoe verplicht of het ziekenhuis uit hoofde van doorcontractering van zorg, financiering en kredietverschaffing, anders dan door zorgverzekeraars, zich daartoe heeft verplicht.
- 4.2 Deze Overeenkomst is niet gelijk te stellen aan de zorgcontractering (zorginkoop) ten behoeve van de verzekerden, zoals bedoeld in artikel 13 lid 1 Zorgverzekeringswet. De zorgverzekeraar zal jegens derden, waartoe met name (potentiële) verzekerden worden gerekend, enkel op basis van deze Overeenkomst geen mededelingen doen waaruit redelijkerwijs zou kunnen worden afgeleid dat er een dergelijke overeenkomst tussen Partijen is gesloten als bedoeld in artikel 13 lid 1 Zorgverzekeringswet.
- 4.3 Zolang geen overeenstemming tussen Partijen bestaat over de vergoeding van de verzekerde zorg, de kwaliteitseisen en volumennormen voor enig jaar, zal de zorgverzekeraar jegens derden, waartoe met name (potentiële) verzekerden worden gerekend, geen mededelingen doen waaruit redelijkerwijs zou kunnen worden afgeleid dat voor het desbetreffende jaar er een overeenkomst tussen Partijen is gesloten als bedoeld in artikel 13 lid 1 Zorgverzekeringswet.

- 4.4 Partijen zullen verder geheimhouding betrachten ten aanzien van alle gegevens die zij in het kader van deze Overeenkomst over elkaar hebben verkregen en waarvan zij redelijkerwijs moeten aannemen dat de gegevens van vertrouwelijke aard zijn.

Artikel 5. Duur overeenkomst

- 5.1 Deze Overeenkomst wordt aangegaan voor onbepaalde tijd. De Regeling voorlopige betaling is binnen de looptijd van deze Overeenkomst niet van toepassing voor de periode (bijvoorbeeld kalenderjaar) waarvoor definitieve prijs- en declaratieafspraken zijn gemaakt en het onderhandenwerk kan worden afgerekend.
- 5.2 Deze Overeenkomst kan door beide partijen worden opgezegd met inachtneming van een opzegtermijn van [x, bijv. 6] maanden.

Artikel 6. Geschillenregeling

Alle geschillen die uit deze Overeenkomst voortvloeien en/of daarmee verband houden, ongeacht hun grondslag, en die niet in der minne kunnen worden opgelost, zullen door geschillenbeslechting (arbitrage) conform het Reglement van Rechtspraak Zorgverzekering van de Commissie voor de Rechtspraak Zorgverzekering worden beslecht, tenzij een der partijen binnen 10 werkdagen na ontvangst van een schriftelijke mededeling van de andere partij zich te willen wenden tot de Commissie voor de Rechtspraak, schriftelijk de wens te kennen geeft het geschil door de bevoegde (overheids)rechter te laten beslechten.

Aldus overeengekomen op [...], opgemaakt in tweevoud en ondertekend te [...].

[naam zorginstelling],

[naam zorgverzekeraar],

[voorzitter RvB]

[Y]