

Analyse regeling continuïteitsbijdrage van Zorgverzekeraars Nederland

I. Algemeen

Vanwege de coronacrisis hebben veel zorgaanbieders, waaronder fysiotherapeuten, (tijdelijk) de deuren moeten sluiten. Dit heeft vergaande consequenties voor de financiële positie van praktijken. Om deze reden hebben de zorgverzekeraars een regeling in het leven geroepen op grond waarvan zorgaanbieders, waaronder fysiotherapeuten, compensatie kunnen ontvangen voor de omzetsderving in de maanden die zij gesloten zijn geweest of minder patiënten hebben kunnen zien. Doel van de regeling is het behoud van capaciteit zodat de zorg na de coronacrisis (ook) nog geleverd kan worden.

Zorgverzekeraars Nederland benadrukt dat deze regeling bedoeld is om zorgaanbieders overeind te houden tijdens de crisis die is ontstaan als gevolg van de uitbraak van de Coronavirus. In onze optiek voorziet deze regeling daarin. Het is een goede zaak dat gezamenlijke zorgverzekeraars op deze manier trachten om zoveel mogelijk zorgaanbieders – waaronder fysiotherapeuten - door de crisis te loodsen.

De compensatieregeling die is opgesteld door de zorgverzekeraars geldt zorgbreed. Dit betekent dat maatregelen soms minder goed passend zijn voor de fysiotherapie. Verder heeft dit tot gevolg dat het doorvoeren van fysiotherapie-specifieke aanpassingen op de regeling niet mogelijk is. Een eventuele aanpassing van de regeling of de uitleg daarvan, dient zorgbreed toepasbaar te zijn, omdat de regeling ook zorgbreed werkt. Het is belangrijk om dit in het achterhoofd te houden bij het lezen van deze analyse.

De financiële regeling is gebaseerd op een speciaal daarvoor door de NZa opgestelde beleidsregel. Omdat deze beleidsregel zelf niet veel anders behelst dan het creëren van de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om de compensatie en de meerkosten te betalen, gaan we in deze analyse niet nader op de NZa-stukken in.

Aan deze analyse kunnen geen rechten ontleend worden. Wij aanvaarden geen aansprakelijkheid voor eventuele fouten, onjuistheden of onvolledigheden. De keuzes die u moet maken in het kader van de continuïteitsbijdrage en overige regelingen hebben grote financiële consequenties. Wij adviseren u een financieel deskundige, zoals uw accountant of fiscalist, te raadplegen voordat u een keuze maakt.

De continuïteitsbijdrage regeling in vogelvlucht

Omdat niet iedere fysiotherapeut / praktijk behoefte zal hebben aan een analyse op detailniveau van de regeling, volgt hierna eerst een overzicht van wat de continuïteitsbijdrage regeling inhoudt en wat u kunt verwachten in deze analyse.

Een regeling, twee overeenkomsten

De continuïteitsbijdrage is een regeling van (bijna alle) zorgverzekeraars in Nederland gezamenlijk. Alleen iptiQ en Eucare doen niet mee. Zorgverzekeraars Nederland (hierna ook: **ZN**) is namens de verzekeraars gemachtigd de regeling te ondertekenen. Dit heeft ook tot gevolg dat het wijzigen van de aangeboden overeenkomst bijna niet mogelijk is. Want voor het doorvoeren van een wijziging moeten alle zorgverzekeraars het met die wijziging eens zijn.

Doordat ZN gemachtigd is de overeenkomst voor alle verzekeraars te ondertekenen, wordt de overeenkomst alleen geclusterd aangeboden. Dat betekent dat een praktijk er voor kan kiezen met alle zorgverzekeraars een CB-overeenkomst te sluiten of met geen van de zorgverzekeraars. U kunt er dus niet voor kiezen om alleen een CB-overeenkomst met specifieke verzekeraars te sluiten.

Wel lijkt het mogelijk om een andere keuze te maken voor alle zorgverzekeraars waar u een contract mee heeft gesloten en alle zorgverzekeraars waarbij dat niet het geval is. Dit volgt uit de keuze-optie die in het Vecozo portaal bestaat. Het addendum voor gecontracteerde aanbieders heeft als partij staan:

“Alle rechtspersonen uit de hiernavolgende lijst die met de Zorgaanbieder voor contractjaar 2020 een zorgovereenkomst hebben gesloten...”

Dat betekent dat het addendum – logischerwijs – alleen geldt voor de verzekeraars waar de Zorgaanbieder al een contract mee gesloten heeft.

Bij de betaalovereenkomst wordt verwezen naar een bijlage 1. Deze hebben wij nog niet gezien, maar het lijkt ons dat daarin uitsluitend de zorgverzekeraars staan met wie de zorgaanbieder geen overeenkomst heeft gesloten, aangezien de betaalovereenkomst slechts aangegaan behoeft te worden om bij zorgverzekeraars te kunnen declareren waarmee de praktijk geen overeenkomst heeft.

Het is onzes inziens logisch dat de praktijk er voor kan kiezen het ene contract wel te accepteren en het andere niet, net zoals de praktijk er ooit voor heeft gekozen om het aanbod van de verzekeraar waar hij wel een contract mee heeft gesloten te accepteren en dat van de verzekeraar waar hij geen contract mee heeft gesloten niet.

De CB-overeenkomst voor gecontracteerde zorgaanbieders heeft op onderdelen ook andere consequenties dan de overeenkomst voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Laatstgenoemde overeenkomst resulteert immers in een aantal belangrijke wijzigingen. De niet-gecontracteerde zorgaanbieder moet rechtstreeks gaan declareren en lijkt daarnaast bij restitutieverzekeraars ineens te maken te krijgen met een lagere vergoeding (gemaximeerd op het gemiddeld gecontracteerd tarief). Voor gecontracteerde aanbieders wijzigt er op dit vlak niet veel. Zij moesten al rechtstreeks declareren en hebben een gecontracteerd tarief dat zij moeten (blijven) declareren.

2

Onze voorlopige conclusie is dat, indien alleen de CB-overeenkomst voor gecontracteerde zorgaanbieders geaccepteerd wordt, alleen een CB-overeenkomst met de zorgverzekeraars met wie een zorgcontract gesloten is tot stand komt. Immers, alleen zij zijn partij bij deze overeenkomst.

Voor de overige verzekeraars lijkt dan nog een keuze gemaakt te kunnen worden. Als daar geen betaalovereenkomst mee wordt gesloten, is er in juridisch opzicht met deze verzekeraars geen overeenkomst tot stand gekomen. Dan kan de CB niet door deze verzekeraars aan de praktijk betaald worden en kan de fysiotherapeut ook niet rechtstreeks declareren, want een betaalovereenkomst ontbreekt. Overigens gaat dit laatste (niet-gecontracteerde zorgverzekeraars) wel weer geclusterd. U moet dus voor alle verzekeraars waar u niet mee gecontracteerd hebt dezelfde keuze maken, net zoals dit het geval is voor alle zorgverzekeraars waar u wel een contract mee heeft.

Het is op dit moment niet duidelijk of ZN deze visie deelt. Dit is evenwel onze conclusie naar aanleiding van een voorlopige juridische analyse.

Aanvragen continuïteitsbijdrage kan vanaf 15 mei 2020

De compensatie die wordt geboden door de zorgverzekeraars, de continuïteitsbijdrage (hierna ook: **CB**), is net als de NOW een regeling die uitgaat van omzetzijnering. Fysiotherapeuten kunnen de CB aanvragen vanaf 15 mei 2020. In Vecozo staat / stond dat deze regeling tot 30 mei a.s. aangevraagd kan worden, maar wij hebben begrepen dat de deadline waarschijnlijk later is, namelijk medio juni 2020.

Alleen verzekerde omzet is relevant

In de regeling wordt geen rekening gehouden met de kosten. Er wordt uitsluitend gekeken naar de omzet. Alleen de *verzekerde* omzet is relevant. Daarbij gaat het zowel om zorg die is vergoed uit de

basisverzekering als de aanvullende verzekering. Niet-verzekerde zorg (bijv. de 1^e 20 behandelingen zonder AV) telt dus niet mee voor uw normomzet. Ook het deel dat zorgverzekeraars niet vergoeden bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders (de 25% restitutiekorting) telt niet mee bij de normomzet en is daarmee geen onderdeel van de continuïteitsbijdrage.

Bij de toelichting op de regeling continuïteitsbijdrage, waar we nader ingaan op de financiële uitwerking van de regeling, zullen we hier nog specifiek bij stilstaan.

Referentieperiode is 2019

Voor de CB wordt dus gekeken naar de omzet in 2019 om te bepalen of er sprake is van omzeterderving. Dezelfde referentieperiode is ook relevant om te bepalen of sprake is van inhaalzorg. In de praktijk kan deze systematiek problemen opleveren. Als de omzet 2019 niet representatief is voor 2020, dan ontstaat zowel bij de continuïteitsbijdrage als bij de inhaalzorg een probleem. Overigens zal dat in veel gevallen niet anders zijn voor de NOW-regeling. Voorbeelden zijn groeipraktijken, praktijken die eind 2019 / begin 2020 een andere praktijk hebben overgenomen en eenmanspraktijken die in 2019 een tijdje gesloten zijn geweest wegens zwangerschapsverlof.

Daar staat tegenover dat de tegenhangers van deze voorbeelden als praktijken die krimpen, praktijken waarbij fysiotherapeuten zijn vertrokken en voor zichzelf begonnen (afsplitsing) en eenmanspraktijken waarbij het zwangerschapsverlof valt in de periode maart tot en met juni 2020 juist voordeel hebben van de gehanteerde methodiek.

Zowel de NOW als de CB zijn generieke regelingen die weinig nuance kennen. Daar kan het KNGF weinig aan veranderen. Wel zal het KNGF aandacht blijven vragen voor de specifieke problematiek van o.a. groeipraktijken.

Praktijken voor wie de normomzet 2019 niet representatief is moeten vaststellingsbrief goed controleren en mogelijk bezwaar maken

De continuïteitsbijdrage is een ruwe maatregel die in sommige gevallen onvoldoende rekening houdt met deze specifieke omstandigheden. Praktijken die hiermee te maken hebben kunnen dit, zo heeft ZN eerder aangegeven, in de aanvraag aangeven. In hoeverre hier (direct) rekening mee gehouden zal worden is onzeker en is ook nog eens een afweging die iedere verzekeraar afzonderlijk zal maken.

Het is niet uit te sluiten dat zorgverzekeraars niet over afdoende capaciteit beschikken om aanvragen, waarin is verzocht uit te gaan van een afwijkende normomzet, te behandelen. Het is dus van belang goed te kijken of de omzet / hoogte van de continuïteitsbijdrage in de vaststellingsbrief 'klopt' en dat daarin rekening is gehouden met de afwijkende situatie. Indien dat niet het geval is kunnen aanbieders tegen deze vaststelling bezwaar maken door een klacht in te dienen volgens de geschillenregeling. Dit moet binnen 4 weken.

II. Relevante documenten voor continuïteitsbijdrage

Relevante documenten voor gecontracteerde fysiotherapiepraktijken:

Op de [website van Zorgverzekeraars Nederland](#) zijn de documenten gepubliceerd die u moet accepteren om in aanmerking te komen voor de continuïteitsbijdrage. Het gaat daarbij om een drietal documenten voor gecontracteerde fysiotherapiepraktijken. Deze afspraken gelden in aanvulling op en afwijking van de door u reeds op grond van de door u met de individuele zorgverzekeraars gesloten zorgovereenkomst.

- [Het addendum gecontracteerde zorgaanbieders](#)
- [De Regeling continuïteitsbijdrage](#)
- [De Geschillenregeling continuïteitsbijdrage](#)

Relevante documenten voor niet-gecontracteerde fysiotherapiepraktijken:

Voor niet gecontracteerde fysiotherapeuten is er geen contractuele basis waarop voortgeborduurd kan worden. Deze contractuele basis, die ook nodig is om rechtstreeks de kunnen declareren, moet eerst gerealiseerd worden. Daarom moeten niet-gecontracteerde fysiotherapiepraktijken eerst een betaalovereenkomst sluiten met de zorgverzekeraars met wie zij geen contract hebben. Deze betaalovereenkomst maakt onderdeel uit van de documenten die u via Vecozo kan afsluiten. Naast de betaalovereenkomst moet u ook nog een addendum bij deze betaalovereenkomst accepteren. Dit addendum wijkt op enkele punten af van het addendum voor gecontracteerde fysiotherapiepraktijken, maar is voor het grootste gedeelte identiek.

De regeling continuïteitsbijdrage en de geschillenregeling zijn voor gecontracteerde en niet-gecontracteerde fysiotherapiepraktijken gelijk.

- [De Betaalovereenkomst](#)
- [Het addendum niet-gecontracteerde zorgaanbieders](#)
- [De Regeling continuïteitsbijdrage](#)
- [De Geschillenregeling continuïteitsbijdrage](#)

Niet alle bepalingen in bovengenoemde documenten zijn volledig duidelijk. Voor zover consensus is bereikt over de uitleg van een onduidelijke bepaling publiceert ZN dat op haar website. Het is goed mogelijk dat na het verschijnen van deze analyse nog nadere aanvullingen door ZN gepubliceerd worden op haar website. Kijk daarom ook altijd nog naar [het Q&A deel van de website van ZN](#). Uiteraard zal het KNGF haar leden ook blijven informeren en op de hoogte stellen van relevante wijzigingen.

III. De berekening van de continuïteitsbijdrage

De continuïteitsbijdrage is een uitkering die ontvangen wordt over de periode maart tot en met juni 2020. De uitkering is telkens een maand later dan de maand waarop de uitkering betrekking heeft. De uitkering over de maand mei volgt in juni etc.

Over de eerste twee maanden (maart en april) volgt de uitkering in mei, tenminste als de verzekeraars dat nog gaan redden.

Per saldo volgt de uitkering het volgende schema:

Periode waar CB betrekking op heeft	Periode waarin uitgekeerd wordt
Maart en april 2020	Mei 2020
Mei 2020	Juni 2020
Juni 2020	Juli 2020

De hoogte van de continuïteitsbijdrage wordt berekend door te kijken naar de omzetsderving in een bepaalde maand. Daarvoor geldt de volgende formule:

$$\left[\text{Normomzet} - \text{Gerealiseerde omzet} \right] \times \% \text{ Continuïteitsbijdrage}$$

Normomzet *de door Vektis bepaalde omzet basisverzekering en aanvullende verzekering per maand (op basis van passende referentieperiode)¹*
Gerealiseerde omzet *de door zorgverzekeraars betaalde omzet op basis van declaraties*
% Continuïteitsbijdrage *het vastgestelde percentage continuïteitsbijdrage per sector op basis van expertise van Gupta (zie bijlage)*

Hieronder gaan we in op deze elementen.

Continuïteitsbijdrage percentage

Dit is het percentage dat bepalend is voor de vergoeding, vastgesteld naar aanleiding van een onderzoek en berekeningen van Gupta. Dit percentage verschilt per beroepsgroep en geeft een beeld van het deel van de kosten dat als doorlopende kosten gezien moet worden die volgens de NZa beleidsregel voor vergoeding in aanmerking zouden moeten komen. Voor de fysiotherapie is dit percentage bepaald op 86%.

Normomzet

De normomzet wordt bepaald door de verzekerde jaaromzet in het jaar 2019 te delen door 12. Dit resulteert in een gemiddelde maandomzet.

De aldus berekende omzet moet nog worden vermenigvuldigd met een indexatie. Dit indexatiecijfer is (nog) niet bekend gemaakt door ZN. De gemiddelde maandomzet gebaseerd op de jaaromzet 2019 vermeerderd met de index vormt de normomzet. Deze normomzet is de bepalende factor voor zowel de continuïteitsbijdrage als de inhaalzorg, waarover hierna meer.

Mogelijke correcties op de normomzet

Betalingen die zien op door de zorgverzekeraar overgenomen vorderingen op de verzekerde tellen niet mee bij de normomzet

Voor de gemiddelde jaaromzet gaat het niet om de vergoeding die de fysiotherapeut van de zorgverzekeraar heeft gehad en ook niet om de vergoeding die de fysiotherapeut van de verzekerde heeft gehad. Bepalend is het bedrag dat de zorgverzekeraar heeft vergoed (aan de verzekerde of de fysiotherapeut). Dit betekent dat ook het bedrag dat de zorgverzekeraar heeft betaald aan de fysiotherapeut geen goede graadmeter is.

Immers, in het geval een verzekerde verzekerd is voor 9 behandelingen op grond van de aanvullende polis, dan zijn alleen deze eerste 9 behandelingen verzekerde zorg. Indien de verzekerde ook behandeling 10 tot en met 20 bij de zorgverzekeraar declareert, dan is soms afgesproken dat de verzekeraar dit bedrag aan de fysiotherapeut betaalt en bij de verzekerde incasseert. Deze feitelijk door de fysiotherapeut aan de zorgverzekeraar overgedragen vordering op de verzekerde is geen verzekerde zorg en telt dus niet mee bij het bepalen van de hoogte van de normomzet.

De restitutiekorting voor niet-gecontracteerde zorg telt niet mee bij de normomzet

Ook het deel van de vergoeding dat een zorgverzekeraar niet aan de verzekerde vergoedt als de verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde fysiotherapeut, telt niet mee bij het bepalen van de normomzet, ook niet indien de verzekeraar dat bedrag wel zou hebben vergoed aan een gecontracteerde fysiotherapeut.

Mogelijke korting door het maximeren van de normomzet op het gemiddeld gecontracteerd tarief

Voor niet-gecontracteerde fysiotherapeuten geldt (mogelijk) nog een afslag voor de normomzet. In de toelichting bij de continuïteitsbijdrage staat dat een aantal verzekeraars de normomzet voor niet-gecontracteerde aanbieders zal aanpassen aan het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Voorbeeld.

Indien een niet-gecontracteerde fysiotherapeut een tarief hanteert van 50 euro voor een behandeling en de fysiotherapeut / de verzekerde in 2019 ook 50 euro vergoed heeft gekregen van de (restitutie-) verzekeraar met wie de verzekerde geen overeenkomst had gesloten, dan bestaat de mogelijkheid dat de verzekeraar bij de normomzet uit zal gaan van een lager bedrag, namelijk het gemiddeld gecontracteerd tarief. Als het gemiddeld gecontracteerd tarief bij de betreffende verzekeraar op 30 euro ligt, dan is dat bepalend voor de normomzet. Per saldo betekent dit dat de normomzet voor die verzekeraar dus behoorlijk afwijken ten opzichte van het bedrag dat in 2019 is vergoed door de verzekeraar, namelijk 30 euro in plaats van 50 euro.

Gerealiseerde omzet

De continuïteitsbijdrage is de normomzet min de gerealiseerde omzet vermenigvuldigd met het continuïteitsbijdrage percentage van 86%.



De gerealiseerde omzet is de verzekerde omzet die de zorgaanbieder in de betreffende periode (maart, april, mei, juni 2020) heeft gerealiseerd. Dit bedrag wordt in het kader van de berekening van de voorlopige continuïteitsbijdrage op maandbasis bepaald. Voor de gerealiseerde zorg gelden

dezelfde exclusies als voor de normomzet. Niet-verzekerde zorg, eigen bijdragen en de restitutiekorting tellen niet mee bij de gerealiseerde omzet.

Continuïteitsbijdrage wordt berekend per maand

Het resultaat van de berekening (normomzet min de gerealiseerde omzet) vermenigvuldigd met het continuïteitsbijdrage percentage is de continuïteitsbijdrage van die maand. Naast de continuïteitsbijdrage mag de praktijk de gerealiseerde omzet behouden. Per saldo ontvangt de praktijk in de maanden maart tot en met juni 2020 dus de gerealiseerde omzet en de continuïteitsbijdrage.

Continuïteitsbijdrage wordt berekend per verzekeraar

Wat de continuïteitsbijdrage complex maakt is dat de continuïteitsbijdrage per verzekeraar wordt berekend. Dit betekent dat voor iedere verzekeraar afzonderlijk gekeken wordt wat de omzet in 2019 was en wat de gerealiseerde omzet in de betreffende maand was. Op deze wijze volgt per verzekeraar voor iedere maand een berekening en uitkering van de continuïteitsbijdrage die dus ook iedere maand wisselt, omdat de gerealiseerde omzet in de praktijk per maand verschillend zal zijn.

Het is niet uitgesloten dat de feitelijke berekening en verrekening van de continuïteitsbijdrage zelfs op UZOVI-niveau zal plaatsvinden. De uitkering en de drempel van € 50,= waaronder geen continuïteitsbijdrage zal worden uitgekeerd vindt in ieder geval wel op het niveau van de groep van verzekeraars plaats.

Het goede nieuws is dat Vektis alle vereiste berekeningen maakt en u dat niet zelf hoeft te doen. Het slechte nieuws is, is dat dit waarschijnlijk erg onoverzichtelijk en lastig te controleren zal zijn.

Geen uitkering bij te weinig zorg

De continuïteitsbijdrage wordt door een zorgverzekeraar uitsluitend uitgekeerd als in de maanden januari, februari en maart 2020 5% van de normomzet op jaarbasis is geleverd. Normaliter zou u bij een lineair verloop van uw omzet ca. 25% van de normomzet per jaar leveren in deze drie maanden (1/4^e van het jaar). Bij de meeste verzekeraars zou dit geen problemen moeten opleveren. Ten aanzien van kleinere verzekeraars waar de fysiotherapiepraktijk 'toevalligerwijs' in de eerste drie maanden van 2020 niet of minder heeft gedeclareerd, kan dit betekenen dat u voor deze zorgverzekeraar in het geheel geen continuïteitsbijdrage uitgekeerd zal krijgen. Als deze situatie zich voordoet bij een kleine zorgverzekeraar zal het nadeel ook beperkt zijn. Daarnaast heeft u ten aanzien van die verzekeraar dan ook niet te maken met een lagere vergoeding voor inhaalzorg.

7

IV. De periode na de continuïteitsbijdrage – inhaalzorg

Inhaalzorg

De inhaalzorgregeling komt er op neer dat in de zes maanden na de continuïteitsbijdrage, juli tot en met december 2020, een korting geldt op het normale tarief. Deze korting geldt alleen voor de omzet boven de normomzet. De vergoeding die de praktijk voor deze inhaalzorg krijgt is 45%. Dit betekent een korting op het reguliere tarief met 55%. Deze korting geldt alleen voor de omzet boven de normomzet.

NB: het in het kader van inhaalzorg aan de zorgverzekeraar terug te betalen bedrag / de in te houden korting is nooit meer dan het totaalbedrag dat aan continuïteitsbijdrage van die verzekeraar is ontvangen. Ook hier is niet duidelijk of het gaat om een vergelijking op concern niveau of per Uzovi.

Een rekenvoorbeeld ter verduidelijking.

Praktijk X heeft bij verzekeraar Y een normomzet van € 6.000 per maand. Het reguliere tarief op grond van een zorgovereenkomst is € 40,=. In de maanden juli, augustus, en september is de omzet van de praktijk voor verzekerde zorg (!) telkens € 8.000,=. Er is in de maand juli dus voor een bedrag groot €2.000,= aan inhaalzorg geleverd. Voor de inhaalzorg geldt een lager tarief, namelijk 45%. Van deze gerealiseerde omzet van € 8.000,= krijgt praktijk X € 6.000 + 45% van € 2.000,= is € 6.900 uitgekeerd. De € 1.100,= niet uitgekeerde declaraties strekken in mindering op de continuïteitsbijdrage.

Praktijk X had van verzekeraar Y maar een vrij beperkte continuïteitsbijdrage ontvangen. De totaal door praktijk X ontvangen continuïteitsbijdrage was € 2.300. Per saldo betekent dit dat praktijk X over de maanden juli en augustus te maken heeft met een korting vanwege inhaalzorg van € 1.100,= per maand. Voor de maand september is er nog maar € 100,= van de ontvangen continuïteitsbijdrage over. Over deze maand zou praktijk X dus van de €8.000,= omzet € 7.900,= uitgekeerd moeten krijgen.

Op grond van de regeling continuïteitsbijdrage geldt immers:

“De totale verrekening op basis van inhaalzorg kan nooit hoger zijn dan het bedrag van de definitieve CB voor omzetderiving uit stap 1.”

Ter verdere verduidelijking hebben wij het rekenvoorbeeld ook nog eens uitgewerkt voor een niet-gecontracteerde fysiotherapiepraktijk die te maken heeft met een zorgverzekeraar die zowel in de aanvullende- als basisverzekering verzekerde een vergoeding van 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief hanteert.

Praktijk X heeft bij verzekeraar Y een omzet van € 6.000 per maand. Vanwege de restitutiekorting is slechts 75% hiervan verzekerde zorg. Per saldo is de normomzet voor de continuïteitsbijdrage daardoor € 4.500 per maand. Het reguliere tarief op grond van een zorgovereenkomst is € 40,=. Praktijk X is niet gecontracteerd bij verzekeraar Y en rekent €40,= per behandeling. De verzekerde krijgt € 75% van € 40,= is € 30,= per behandeling vergoed en betaalt € 10,= zelf.

In de maanden juli, augustus, en september is de omzet van de praktijk voor verzekerde zorg – voor correctie restitutiekorting - (!) telkens € 8.000,=. Dit betekent dat 75% van deze €8.000,= is € 6.000,= gerealiseerde omzet is. Dat is het bedrag dat in beginsel voor uitbetaling door de zorgverzekeraar in aanmerking komt. Praktijk X moet rechtstreeks bij verzekeraar Y declareren. De omzet, € 6.000,=, ligt € 1.500,= hoger dan de normomzet en is voor dat bedrag aan te merken als inhaalzorg. In de maand juli realiseert praktijk X dus voor een bedrag groot €1.500,= aan inhaalzorg. Voor de inhaalzorg geldt een lager tarief, namelijk 45%. Van de normaliter door de verzekeraar aan praktijk X / de verzekerde uit te betalen vergoeding van € 6.000,= krijgt praktijk X € 4.500 + € 1.500 45% (= 675) is € 5.175 uitgekeerd. Praktijk X krijgt daarnaast van de verzekerde nog € 10,= per behandeling betaald, dat is 25% van de € 8.000, oftewel €2.000,=. Voor dit door de verzekerde zelf te betalen deel geldt geen restitutiekorting, mits op voorhand duidelijk met de verzekerde is afgesproken dat hij dit deel zelf moet betalen. In totaal ontvangt de praktijk op deze wijze dus € 7.175 van de € 8.000,=. In totaal strekt een bedrag groot € 675 in mindering op de continuïteitsbijdrage. In totaal heeft X € 2000 continuïteitsbijdrage ontvangen. Dit betekent dat X bij gelijkblijvende omzet 3 maanden lang een korting op de declaraties heeft vanwege de inhaalzorg. In de derde maand is de korting niet € 675, maar € 650, omdat X dan de volledige continuïteitsbijdrage heeft terugbetaald.*

V. Definitieve vaststelling van de continuïteitsbijdrage

Fasen

Hiervoor hebben we de relevante elementen van de continuïteitsbijdrage regeling behandeld. In de continuïteitsbijdrage regeling zelf worden ook fasen aangeduid. Het leek ons goed deze ook nog kort te behandelen, zodat u weet waar de zorgverzekeraar op doelt, mocht u hiermee geconfronteerd worden.

1. Voorlopige continuïteitsbijdrage

De eerste fase is de fase van de voorlopige continuïteitsbijdrage. Deze fase ziet op de maanden maart tot en met juni 2020 en komt neer op de maandelijkse afrekening op basis van de normomzet en de gerealiseerde omzet. ZN hanteert daarvoor dit schema:

CB maand	Behandel datum van	Behandelt/m	Alle declaraties van de oude maanden afgehandeld vanaf (peildatum vanaf)	Alle declaraties afgehandeld t/m (peildatum t/m)	Betaal maand
Maart	1 maart	31 maart		15 mei	Mei
April	1 april	30 april		15 mei	Mei
Mei	1 maart 1 mei	30 april 31 mei	16 mei	15 juni 15 juni	Juni
Juni	1 maart 1 juni	31 mei 30 juni	16 juni	15 juli 15 juli	Juli

2. De definitieve vaststelling van de continuïteitsbijdrage

Medio 2021 wordt de continuïteitsbijdrage definitief vastgesteld. Dan wordt gekeken naar de voorlopige continuïteitsbijdrage en deze wordt verminderd met de inhaalzorg. Dat gebeurt door Vektis en gaat op de volgende wijze

- De omzet die de fysiotherapiepraktijk normaal gesproken gemiddeld per maand had mogen verwachten in 2020 zonder coronapandemie (**normomzet**).
- De gerealiseerde omzet in de maanden waarin de CB regeling van kracht is, voornamelijk zijn dat de maanden maart tot en met juni (**gerealiseerde omzet tijdens CB**).
- Het vergoedingspercentage voor de gedeelde omzet (**vergoeding CB**), voor de fysiotherapie 86%.
- De gerealiseerde omzet in de 6 maanden na beëindigen van de CB regeling (**gerealiseerde omzet na CB**), voornamelijk de maanden juli tot en met december 2020.
- Het vergoedingspercentage voor de inhaalzorg (**vergoeding inhaalzorg**), voor de fysiotherapie 45%.

Per saldo bekijkt de zorgverzekeraar wat exact de omzetsderving is geweest, waarvoor de fysiotherapiepraktijk een vergoeding van 86% krijgt, waarna een percentage van 55% van de 'inhaalomzet' van deze vergoeding wordt afgetrokken.

Regeling continuïteitsbijdrage										Mutatie omzet	
Vergoeding CB	86%			cb maanden						-16,7%	
Vergoeding inhaalzorg	45%			kasstromen (+ = ontvangst, - = betaling)						-1,0%	
Normomzet (jaarbasis)	1.200									250	
Vooruitbetaling CB	70%									20,0%	

	Vooruitbetaling		Voorlopig			Definitief				totaal ontvangst ZA	
	A	B	C	D	E	F	G	H	I		
	norm-omzet	omzet 2020	vooruit- betaling cb	correctie ivm declaraties	uitbetaling voorlopige CB	uitbetaling voorlopige CB	definitieve CB omzet- derving	correctie ivm inhaalzorg	definitieve afrekening CB	afrekening CB	
jan	100	100									100
feb	100	100									100
mrt	100	50	70	40	52	-18	43		43	-9	102
apr	100	10		13	75	75	77		77	3	85
mei	100	30		28	62	62	60		60	-2	92
jun	100	60		54	40	40	34		34	-5	100
jul	100	100									100
aug	100	120							-11	-11	120
sep	100	120							-11	-11	120
okt	100	110							-6	-6	110
nov	100	100							-	-	100
dec	100	100							-	-	100
TOTAAL	1.200	1.000	70	135	228	158	215	-28	188	-41	1.188

In bovenstaand rekenvoorbeeld, dat onderdeel uitmaakt van de regeling continuïteitsbijdrage heeft ZN getracht een en ander te verduidelijken. Helaas ontbreekt in dit voorbeeld een maand in de periode juli tot en met december met een omzet minder dan 100%, zodat niet duidelijk is of de inhaalzorg in het kader van de berekening van de definitieve continuïteitsbijdrage wordt uitgemiddeld over de verschillende maanden, waardoor er per saldo minder inhaalzorg terugbetaald zou moeten worden.

	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	
Omzet	100	100	50	30	60	80	90	80	100	120	110	120	
CB	nvt	nvt	43	60,2	34,4	17,2							
Totaal ontvangen CB (86%)	154,8												
Correctie inhaalzorg (55%) per maand			27,5				0	0	0	11	5,5	11	
Correctie inhaalzorg (55%) gemiddeld over 6 maanden	Totaalomzet jul-dec					620	Normomzet jul-dec		600	Correctie inhaalzorg			11
Definitieve CB	127,3						of		143,8				
	Bij afrekening per maand						Bij afrekening inhaalzorg per 6 maanden						

Het is wel belangrijk om dit helder te krijgen, want dit kan afhankelijk van de omstandigheden wel een flink verschil bij de definitieve vaststelling opleveren. Bovenstaand voorbeeld is hiervoor ter illustratie. De correctie op de ontvangen continuïteitsbijdrage vanwege inhaalzorg is in dit voorbeeld bij afrekening per maand 27,5, terwijl dit bij een afrekening gemiddeld over 6 maanden neergekomen zou zijn op 11.

3. Voorlopige afrekeningen

De zorgverzekeraars zullen na het uitbetalen van de continuïteitsbijdrage over juni, in juli dus, overgaan tot één of meerdere voorlopige afrekeningen. Daarbij zullen de rekenregels voor de 'definitieve vaststelling CB' worden gehanteerd. Dit is om te voorkomen dat zorgverzekeraars bij de definitieve vaststelling van de continuïteitsbijdrage medio 2021 (te) grote bedragen moeten verrekenen. In de praktijk lijkt het erop dat de verzekeraar er voor zal kiezen de 55% inhaalzorg direct te verrekenen en dus minder uit te keren.

Medio 2021 zal een definitieve afrekening conform bovenstaande systematiek worden uitgevoerd.

Per saldo zal de praktijk daardoor naar verwachting niet eerst medio 2021 geconfronteerd worden met een afrekening waarbij de continuïteitsbijdrage terugbetaald moet worden, maar zal de zorgverzekeraar in de maanden juli tot en met december 2020 alvast minder uitkeren.

Omdat ook deze afrekening van de inhaalzorg per verzekeraar plaats zal vinden (en mogelijk zelfs op Uzovi-niveau) kan dit erg ondoorzichtig worden. Ook dit zal Vektis doen. Het is wel verstandig zelf ook (globaal) bij te houden hoeveel continuïteitsbijdrage u heeft gehad en hoeveel inhaalzorg is verrekend, zodat u zelf ook aan de bel kunt trekken, mocht u de continuïteitsbijdrage al volledig terugbetaald hebben.

VI. Analyse juridische voorwaarden documenten

Eerder hebben wij al uitgewerkt dat de voorwaarden in het addendum voor de gecontracteerde fysiotherapiepraktijk en de niet-gecontracteerde fysiotherapiepraktijk nagenoeg identiek zijn. Hieronder zullen we de belangrijkste elementen van het addendum voor gecontracteerde zorgaanbieders behandelen. Alle hier genoemde eisen en voorwaarden gelden ook voor niet-gecontracteerde fysiotherapiepraktijken. Bij de aanvullende eisen voor niet-gecontracteerde fysiotherapiepraktijken in de betaalovereenkomst en addendum staan wij, voor zover dat niet eerder is behandeld, bij hetzelfde onderwerp of aan het eind van deze analyse nog apart stil.

Omdat het te ver zou gaan om bij alle elementen van de overeenkomsten in detail stil te staan, vatten wij de belangrijkste aspecten hieronder samen.

Looptijd van het addendum

Het addendum heeft een looptijd van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020. Opgelet: de zorgovereenkomst blijft gelden en houdt de looptijd die met u afgesproken is. De bepalingen in de zorgovereenkomst blijven ook gewoon gelden. Alleen voor zover in het addendum is afgeweken van de voorwaarden in uw reguliere overeenkomst, gaan de voorwaarden in het addendum voor. Per saldo betekent dit dat er twee correcties plaatsvinden op de bestaande relatie van gecontracteerde partijen:

- Er komt een betaaltitel en aanspraak op vergoeding van de continuïteitsbijdrage
- Er is een contractuele aanpassing voor de hoogte van de vergoeding in de tweede helft van 2020 in het geval sprake is van inhaalzorg (lager tarief).

Looptijd betaalovereenkomst

De betaalovereenkomst - *alleen voor (deels) niet-gecontracteerde fysiotherapiepraktijken relevant* - heeft een langere looptijd dan het addendum, namelijk van 1 maart tot 31 december 2020. Dat is logisch omdat anders een betaalrelatie zou ontbreken en de niet-gecontracteerde fysiotherapiepraktijken anders niet verplicht zou kunnen worden de verzekerde zorg tot en met december 2020 uitsluitend bij de zorgverzekeraar te declareren.

Niet-gecontracteerde fysiotherapeut wordt en blijft een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

De betaalovereenkomst en addendum staan vol met bepalingen dat deze overeenkomst niet betekent dat u een gecontracteerde zorgaanbieder wordt en dat u geen aanspraak kan maken op een overeenkomst in 2021. Kortom: u bent niet-gecontracteerd en blijft niet-gecontracteerd, u krijgt alleen een tijdelijke betaalovereenkomst. Ook moet u aan de verzekerde duidelijk communiceren dat u, ondanks dat u rechtstreeks gaat declareren, een niet-gecontracteerde zorgaanbieder bent.

De constatering dat u niet-gecontracteerd bent is ook van belang voor de hoogte van de vergoeding. De zorgverzekeraar zal uw nota's voldoen conform de polisvoorwaarden voor niet-gecontracteerde

zorgaanbieders. Dat betekent in de meeste gevallen een vergoeding gelijk aan 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Het restant mag u – onder voorwaarden – wel innen bij de verzekerde (zie hieronder).

Verplicht declareren bij de zorgverzekeraar

Gecontracteerde fysiotherapiepraktijk

De zorgaanbieder dient, zo luiden de voorwaarden, vanaf 1 maart 2020 verplicht rechtstreeks te declareren bij de zorgverzekeraar. Gecontracteerde aanbieders zullen dit veelal al doen. Niet-verzekerde zorg mag wel aan de verzekerde in rekening worden gebracht.

Het is evenwel van belang dat alleen niet-verzekerde zorg aan de verzekerde in rekening wordt gebracht. In de overeenkomst is namelijk opgenomen dat het ten onrechte declareren bij de verzekerde reden kan zijn voor de zorgverzekeraar om aanspraak te maken op volledige terugbetaling van de continuïteitsbijdrage en deze te verrekenen met de door u ingediende declaraties. Let u er dus goed op dat u hier geen fouten maakt en dat u hierover goed communiceert met uw patiënten én een en ander goed schriftelijk vastlegt.

Niet-gecontracteerde fysiotherapiepraktijk

In de juridische voorwaarden voor de niet-gecontracteerde zorgaanbieder zijn de nodige bepalingen opgenomen over de omstandigheid dat – als u niet vanaf 1 maart 2020 alle verzekerde zorg bij de verzekeraar heeft gedeclareerd – dat een reden oplevert voor de verzekeraar om de CB-overeenkomst te ontbinden. Hoewel het logisch is dat de zorgverzekeraars de gerealiseerde omzet goed willen kunnen vaststellen, lijken deze bepalingen ons niet redelijk. U kon immers in maart niet op de hoogte zijn van deze bepaling.

Voor de niet-gecontracteerde fysiotherapiepraktijk is deze bepaling niet goed werkbaar, omdat rechtstreeks declareren niet mogelijk was (en als gevolg van het cessieverbod in de polisvoorwaarden, ook niet met een akte van cessie). Wij gaan er vanuit dat deze bepaling nog zodanig wordt bijgesteld dat de verplichting om rechtstreeks te declareren pas ingaat met ingang van de datum dat u kennis heeft kunnen nemen van de voorwaarden. Van deze uitleg lijkt ook artikel 1.1 van de overeenkomst uit te gaan. De andere bepalingen lijken hiermee strijdig.

Het meest logisch zou het zijn om uit te gaan van de datum van de betaalovereenkomst als datum waarop u niet meer aan de verzekerde mag factureren. Fysiotherapeuten die geen risico willen lopen en een beroep willen doen op de continuïteitsbijdrage (bij een niet-gecontracteerde zorgverzekeraar) doen er evenwel verstandig aan te wachten met het aan de verzekerde declareren voor zorg verleend na het bekendmaken van de regeling (14 mei 2020) totdat deze zorg rechtstreeks bij de zorgverzekeraar gedeclareerd kan worden op grond van de betaalovereenkomst.

Alleen nota versturen aan verzekerde indien deze daar uitdrukkelijk voorafgaand aan het leveren van de zorg mee heeft ingestemd

Opgelet: voor de niet-gecontracteerde fysiotherapiepraktijk geldt voor het in rekening brengen van kosten aan de verzekerde nog als aanvullende voorwaarde dat de verzekerde hier uitdrukkelijk voorafgaand aan het leveren van de zorg mee heeft ingestemd. Voor de niet-gecontracteerde fysiotherapiepraktijk is aan het niet voldoen aan deze bepaling de mogelijkheid van ontbinding van de overeenkomst door de zorgverzekeraar en terugbetalen van de continuïteitsbijdrage gekoppeld.

Beperking vergoeding tot maximaal gemiddeld gecontracteerd tarief

In de betaalovereenkomst is opgenomen dat de hoogte van de vergoeding die de zorgverzekeraar zal voldoen voor de geleverde zorg maximaal het gemiddeld gecontracteerd tarief is. Dit is een

belangrijke bepaling voor met name niet-gecontracteerde fysiotherapeuten die (ook) veel restitutieverzekerden hebben. Want daar waar de aanpassing van de *normomzet* naar het gemiddeld gecontracteerd tarief 'slechts' voor enkele zorgverzekeraars aan de orde is, is in artikel 2.1 van de betaalovereenkomst geregeld dat de *vergoeding* nooit meer is dan het gecontracteerd tarief. Dit geldt hierdoor automatisch voor alle verzekeraars met wie de fysiotherapiepraktijk geen overeenkomst heeft. Dus ook de zorgverzekeraars die de normomzet hier niet op hebben aangepast.

Omdat in artikel 1.6 van de betaalovereenkomst het volgende is opgenomen:

*“Gedurende de looptijd van deze Betaalovereenkomst CB is het de Zorgaanbieder alleen toegestaan declaraties naar een verzekerde te sturen voor geleverde, **maar op basis van de polisvoorwaarden niet-vergoede zorg**. Hiermee wordt bedoeld het gedeelte van de zorgprestatie dat op grond van de polisvoorwaarden voor ongecontracteerde zorg niet wordt vergoed. Dit is uitsluitend toegestaan indien de verzekerde hier voorafgaand aan het leveren van zorg uitdrukkelijk mee heeft ingestemd.”*

rijst de vraag of en in hoeverre de niet-gecontracteerde fysiotherapeut nog gerechtigd is een factuur te sturen aan de restitutieverzekerde voor het verschil tussen het in rekening gebrachte tarief en het gemiddeld gecontracteerde tarief. Immers, op basis van deze bepaling zou beargumenteerd kunnen worden dat geen sprake is van op basis van de polisvoorwaarden niet-vergoede zorg, maar op basis van een de contractuele afspraak (betaalovereenkomst) niet-vergoede zorg.

Hierover is nog geen duidelijkheid.

Veel mogelijkheden om continuïteitsbijdrage te weigeren en/of CB-overeenkomst te ontbinden

In artikel 1.2 van het addendum is een lijst van omstandigheden opgenomen op grond waarvan de zorgverzekeraar kan besluiten u uit te sluiten van de continuïteitsbijdrage of de overeenkomst te ontbinden. Het is van belang dat u kennis neemt van deze voorwaarden, want de gronden om u uit te sluiten van de continuïteitsbijdrage zijn dezelfde gronden waarop de overeenkomst ontbonden kan worden. Het gaat daarbij om een ruime bevoegdheid voor de zorgverzekeraar.

- a. de Zorgaanbieder geregistreerd is in het intern verwijzingsregister (IVR), extern verwijzingsregister (EVR) dan wel enig ander frauderegister;
- b. de Zorgaanbieder de afgelopen acht jaar door een (tucht)rechter is veroordeeld wegens handelen in strijd met de geldende tuchtnormen, het in rekening brengen van een onrechtmatig tarief of het aangaan van een transactie in dat kader;
- c. de Zorgaanbieder vanwege meldingen van mogelijke onregelmatigheden of (statistisch) opvallende afwijkingen in zijn declaratiepatroon is of was geselecteerd voor een materiele of formele controle of fraudeonderzoek;
- d. er opvallende resultaten zijn geconstateerd bij uitgevoerde formele en/of materiele controles en/of fraudeonderzoeken die duiden op ondoelmatige, onrechtmatige of frauduleuze verlening dan wel declaratie van zorg;
- e. er meldingen bij bijvoorbeeld toezichthouders of de Zorgverzekeraar (of andere zorgverzekeraars) zijn dat de Zorgaanbieder ondoelmatige zorg heeft geleverd of in strijd met wet- en regelgeving heeft gehandeld;
- f. de Zorgaanbieder in de afgelopen drie jaar tot op heden een juridische procedure en/of procedure bij het Nederlands Arbitrage Instituut (NAI) heeft gehad dan wel dat deze lopend is met betrekking tot zorgcontractering en/of de doelmatigheid en rechtmatigheid van de geleverde zorg;
- g. de Zorgaanbieder niet in het Ultimate Beneficial Owner-register (UBO-register) is ingeschreven; en/of
- h. om andere dan bovengenoemde redenen, dit er beoordeling van de Zorgverzekeraar.

Weigeringsgronden kunnen disproportioneel zijn

Naast enkele gronden die op zich logisch zijn vanuit de zorgverzekeraar (opname in frauderegister, etc.) zijn er ook een reeks voorwaarden waarbij het disproportioneel zou kunnen zijn om de continuïteitsbijdrage om die reden te weigeren:

- *een veroordeling door de tuchtrechter in de afgelopen 8 jaar*; dit zou dus ook kunnen gaan om een waarschuwing van 5 jaar geleden omdat u zorgvuldiger had moeten communiceren.
- *selectie voor een formele of materiële controle of fraudeonderzoek vanwege meldingen van mogelijke onregelmatigheden*; dit kan dus ook een formele of materiële controle zijn na een naar later blijkt ongefundeerde klacht van een patiënt.
- *Meldingen bij* toezichthouders of zorgverzekeraar dat ondoelmatige zorg is geleverd of in strijd met wet- en regelgeving is gehandeld; ook hier kan het gaan om een ongefundeerde klacht van een patiënt.
- indien er een *juridische procedure* is geweest met betrekking tot zorgcontractering of doelmatigheid van zorg; het zou wel vreemd zijn indien u deze procedure heeft gewonnen en hoewel de rechter u in die procedure in het gelijk heeft gesteld, dit aanleiding zou kunnen vormen voor de zorgverzekeraar om de continuïteitsbijdrage te weigeren.
- *andere dan bovengenoemde redenen, dit ter beoordeling van de Zorgverzekeraar*; daarmee kan de zorgverzekeraar alle kanten op kan.

Het gaat hierbij overigens om een *bevoegdheid* van de zorgverzekeraar; het gaat niet om harde uitsluitingsgronden. Per saldo betekent dit dat indien u een negatieve uitkomst van een materiële controle heeft gehad, deze zorgverzekeraar u mogelijk de CB niet wil toekennen, terwijl andere zorgverzekeraars dat wel doen. Ook kunnen andere zorgverzekeraars ieder voor zich bepalen dit als een reden te zien de CB te weigeren.

Zorgverzekeraars hebben zichzelf hier veel ruimte toegekend en willen duidelijk de mogelijkheid hebben om bepaalde partijen uit te kunnen sluiten van de continuïteitsbijdrage.

UBO

Hoewel het op zichzelf geen vreemde eis is, geldt ook het niet ingeschreven staan in het UBO-register (van Vektis) als een weigeringsgrond. ZN heeft hier recent in haar FAQ het volgende over opgenomen:

“Voor alle zorgaanbieders van wie de UBO niet bekend is bij de zorgverzekeraars is de afgelopen maand een uitvraag gedaan door Vektis. Als u die mail heeft gehad is het zaak hier snel op te reageren om een continuïteitsbijdrage te kunnen aanvragen. Vektis heeft alleen een mail of brief verstuurd als de UBO niet bekend is en deze moet worden aangeleverd. Als u van Vektis geen mail of brief hebt ontvangen, is er geen actie nodig. Met betrekking tot het aanvragen van de continuïteitsbijdrage en het doorgeven van de UBO aan Vektis heeft het geen zin om contact op te nemen met de Kamer van Koophandel of VECOZO.”

Geen ontslagen wegens bedrijfseconomische redenen vanaf 1 maart 2020

De voorwaarden bepalen dat u in de periode dat u continuïteitsbijdrage ontvangt, van 1 maart 2020 tot 1 juli 2020, geen personeel ontslagen mag hebben vanwege *bedrijfseconomische redenen*. De reden hiervoor is op zich logisch. Het ontslaan van personeel staat op gespannen voet met het doel van de regeling: behoud van capaciteit. Dat dit niet mag met ingang van 1 maart 2020 is wel wat vreemd, omdat deze voorwaarde niet eerder zo kenbaar is gemaakt en u daar dus geen rekening mee heeft kunnen houden. Op 1 maart 2020 speelde corona nog nauwelijks en kon u nog niet weten dat dit een eis zou zijn.

Anders dan bij de bepaling die ziet op het met ingang van 1 maart 2020 bij de verzekeraar gedeclareerd hebben, ontbreekt voor dit verbod een soortgelijke bepaling, waardoor u mogelijk probleem heeft indien u personeel heeft ontslagen in de periode maart tot en met juni 2020.

Het lijkt er overigens op dat het wel is toegestaan om personeel na 1 juli 2020 te ontslaan om bedrijfseconomische redenen. Wel verdient nog aandacht dat in deze regeling ook is opgenomen dat bepalingen die naar hun aard doorwerken na afloop van de overeenkomst, wel blijven gelden. Het is denkbaar dat een zorgverzekeraar deze bepaling extensief uitlegt en een (veelheid aan) ontslag(en) per 1 juli 2020 ziet als grond dat gehandeld wordt in strijd met de voorwaarden van de overeenkomst en op die grond de terugbetaling van de continuïteitsbijdrage te vorderen en/of de CB-overeenkomst te ontbinden

Daarnaast heeft de zorgverzekeraar e.e.a. zodanig in de overeenkomst opgenomen dat het niet voldaan hebben aan de overeenkomst eenzijdige door de zorgverzekeraar vastgesteld kan worden. Uiteraard kunt u dit in voorkomend geval aan de rechter voorleggen, maar gelet op de ruime gronden om de CB-overeenkomst te ontbinden, is er een reëel risico dat de zorgverzekeraar de CB-overeenkomst in een dergelijke situatie juridisch wel mag ontbinden.

Geen wijzigingen in juridische structuur

De fysiotherapiepraktijk mag vanaf 1 maart 2020 geen wijzigingen in de juridische structuur aanbrengen. Dit is opvallend: ook deze voorwaarde was niet eerder bekend. ZN beoogt met deze bepalingen waarschijnlijk te bereiken dat fysiotherapiepraktijken daadwerkelijk de capaciteit in stand houden en personeel zoveel als mogelijk in dienst houdt. Opvallend is verder dat deze bepaling, anders dan de bepaling die ziet op het niet ontslaan van werknemers wegens bedrijfseconomische omstandigheden, niet beperkt is in tijd.

In de praktijk zullen zich situaties voordoen dat deze wijziging toch noodzakelijk is. In een dergelijke situatie doet u er gelet op het risico (terugbetalen CB) verstandig aan dit eerst vooraf kort te sluiten met de zorgverzekeraars. Opgelet: dit is wederom een bevoegdheid van iedere zorgverzekeraar afzonderlijk.

Inzage in financiële positie uitwisselen informatie

De zorgverzekeraars krijgen een verstrekkende mogelijkheid om inzage te krijgen in de financiële positie van de fysiotherapiepraktijk. De zorgverzekeraar kan daarmee controleren of de fysiotherapiepraktijk de verplichtingen op basis van de overeenkomst / addenda wel nakomt. Dat gaat best ver. Daarnaast mag de zorgverzekeraar de informatie ook delen met de rijksoverheid. U moet er dus rekening mee houden dat indien u de NOW heeft aangevraagd, de zorgverzekeraars het rijk op de hoogte stellen van de compensatie zij u hebben geboden en de bij hen bekende gerealiseerde omzet. Dat is onder meer relevant voor de NOW.

Betalen onderaannemers

In het addendum staat dat u 'onderaannemers' die u structureel inzet dient te *betalen* uit de continuïteitsbijdrage. Betalen is niet hetzelfde als *doorbetalen*.

Uit de bepalingen zelf lijkt te volgen dat de verzekeraars er streng op toezien dat u onderaannemers betaalt. Zij willen nakoming kunnen afdwingen. Ook handelen in strijd met deze bepaling kan tot terugbetaling van de continuïteitsbijdrage leiden. Maar aangezien de inhoud van de bepaling wel onduidelijk is geformuleerd zal de zorgverzekeraar daar wel meer voor aan moeten voeren.

In de [Q&A van ZN](#) is inmiddels het volgende over deze bepaling opgenomen:

“Hoe deze verplichting wordt ingevuld, moet passen binnen de (contractuele) afspraken die al zijn gemaakt tussen de hoofdaannemer en de onderaannemer en daar moet onderling afstemming over komen. Vanzelfsprekend zijn hier de principes van redelijkheid en billijkheid van toepassing. Zorgaanbieders die een percentage van de omzet als continuïteitsbijdrage vergoed krijgen, zijn niet verplicht hun onderaannemers voor 100% door te betalen. De

afspraken, die de hoofd- en onderaannemer met elkaar maken, moeten ervoor zorgen dat de zorg door kan gaan. Verder moeten de afspraken passen binnen de financiële ruimte die de continuïteitsbijdrage hiervoor biedt en voor dat deel van de continuïteitsbijdrage waar de onderaannemer toe heeft bijgedragen.

Ook kan de verplichting om onderaannemers te betalen niet verlangd worden van de hoofdaannemer als blijkt dat dit de continuïteit van de hoofdaannemer in gevaar brengt.

Keuzes en afspraken hierover moeten duidelijk schriftelijk vastgelegd worden en ondertekend door partijen, zodat deze bij latere toetsing of bezwaren inzichtelijk zijn en beoordeeld kunnen worden.”

Lagere vergoeding voor inhaalzorg

Fysiotherapiepraktijken zijn verplicht zoveel als mogelijk inhaalzorg te leveren en op die manier eventuele wachtlijsten weg te werken. Voor inhaalzorg geldt een lagere vergoeding: 45%. Het is de vraag of deze vergoeding afdoende is om de kosten te voldoen. Indien u meer zorg levert, zal een medewerker voor deze (extra) werkzaamheden ook beloond willen worden

Zorgverzekeraars hebben hierover in de FAQ het volgende opgenomen:

Door in te stemmen met de voorwaarden voor de regeling gaat u er ook mee akkoord dat u zich zult inspannen om de opgelopen achterstanden en wachtlijsten in de zorg in te halen. Dat kan betekenen dat u in de komende maanden meer zorg levert dat gebruikelijk in deze periode. Omdat via de continuïteitsbijdrage de vaste lasten van uw praktijk al zijn vergoed, kan voor deze inhaalzorg volstaan worden met een lagere vergoeding. Anders zou immers dubbel worden betaald. De vergoeding van inhaalzorg is zo gekozen dat de loonkosten van medewerkers daardoor gedekt worden.

Voor zover werknemers bij u werkzaam zijn op basis van een variabele beloning, kan het verstandig zijn dat u met deze werknemers duidelijke afspraken maakt hoe om te gaan met een eventuele lagere vergoeding voor inhaalzorg.

Zorgverzekeraars kunnen ‘verrekenen’ op concernniveau

Als de verzekeraar aanspraak maakt op terugbetaling van de continuïteitsbijdrage, of de voorlopige continuïteitsbijdrage / vooruitbetaling die de fysiotherapiepraktijk heeft ontvangen hoger is dan de definitieve continuïteitsbijdrage, dan dient de fysiotherapiepraktijk dit verschil aan de zorgverzekeraar terug te betalen. Hoewel de continuïteitsbijdrage en inhaalzorg op verzekeraarsniveau (is niet hetzelfde als concern) en mogelijk zelfs per UZOVI berekend wordt, heeft de zorgverzekeraar voor een eventuele terugbetaling bedongen dat zij mag verrekenen over het hele concern. Kort samengevat betekent dit dat als u een bedrag verschuldigd bent aan Nationale Nederlanden (valt onder groep van CZ) en een bedrag tegoed heeft van Ohra (valt ook onder groep van CZ), Nationale Nederlanden haar vordering op u mag verrekenen met de schuld van Ohra aan u.

Voor gecontracteerde fysiotherapiepraktijken geldt dat de zorgverzekeraar ook de mogelijkheid heeft om te verrekenen met toekomstige declaraties op basis van de reguliere zorgovereenkomst.

Extra verrekenmogelijkheid bij niet-gecontracteerde fysiotherapiepraktijken

Voor niet-gecontracteerde fysiotherapiepraktijken bestaat deze mogelijkheid niet. Dat is voor zorgverzekeraars een probleem als zij medio 2021 de eindafrekening opstellen. Om dat te ondervangen hebben de zorgverzekeraars bij niet-gecontracteerde fysiotherapiepraktijken die vanaf januari 2021 geen nota's meer in hoefden te dienen (en ook niet meer in zullen kunnen dienen) opgenomen. In de voorwaarden is opgenomen dat verzekerden nota's van de fysiotherapiepraktijk onbetaald mogen laten, zodat de zorgverzekeraar ook met die nota's kan verrekenen. Dat is op zich

een wat vreemde voorwaarde, gezien vanuit de verzekerde. Indien de verzekerde de fysiotherapiepraktijk al betaald heeft, is het vreemd als de zorgverzekeraar dit niet aan de verzekerde zou vergoeden. De verzekerde is immers geen partij bij deze overeenkomst tussen zorgverzekeraar en fysiotherapiepraktijk. Hoe dit in de praktijk zal uitpakken is nog niet duidelijk.

Looptijd materiële controles

In de betaalovereenkomst is een bepaling opgenomen dat een materiële controle niet verder terug gaat dan 3 jaar na betaaldatum van de betreffende zorgprestatie en dat ten behoeve van deze materiële controle inzage door de fysiotherapiepraktijk gegeven moet worden.

Dit zou gelezen kunnen worden als een verplichting om ook inzage te geven bij zorgprestaties die niet op basis van de betaalovereenkomst bij de zorgverzekeraars zijn gedeclareerd. Dat laatste mag op grond van de toepasselijke privacywetgeving niet: zonder toestemming van de verzekerde mag over de periode dat er geen (betaal)overeenkomst was alleen inzage gegeven worden aan de verzekerde en pas aan de verzekeraar als daartoe door de verzekerde toestemming is gegeven. Voor meer info, zie [de website van Eldermans|Geerts over materiële controles](#).

VII. Geschillenregeling

Voor klachten over de vaststelling van de continuïteitsbijdrage hebben de zorgverzekeraars een 'Geschillenregeling' opgesteld. Fysiotherapiepraktijken kunnen, indien zij bezwaar willen maken, een klacht indienen bij de betreffende verzekeraar. Hieronder staan we stil bij de meest relevante aspecten van de Geschillenregeling.

Bevestigingsbrief

Uit de tekst van de Geschillenregeling volgt dat fysiotherapiepraktijken van elke zorgverzekeraar een zogenoemde 'bevestigingsbrief' zullen ontvangen. In de bevestigingsbrief is de hoogte van de toegekende continuïteitsbijdrage vermeld voor die specifieke zorgverzekeraar. Wij verwachten dat u uit dit bedrag ook zelf moet afleiden of rekening is gehouden met de door u aangedragen bijzondere omstandigheden. Omdat de continuïteitsbijdrage per verzekeraar wordt vastgesteld en ook een nog onbekende indexering wordt toegepast, is het lastig om dit te controleren.

Ook als géén CB wordt toegekend, zal dat aan de fysiotherapiepraktijk kenbaar worden gemaakt. De wijze waarop is niet bekend, maar dit zou kunnen door het toekennen van een continuïteitsbijdrage van € 0,=. Het is niet duidelijk of in het geval geen continuïteitsbijdrage wordt toegekend op basis van een weigeringsgrond, deze grond ook als zodanig genoemd wordt. Het is wel belangrijk om dit te weten om adequaat verweer te voeren.

Wijze van bezwaar maken

Indien de fysiotherapiepraktijk het niet eens is met de hoogte of vaststelling van de continuïteitsbijdrage, kan de fysiotherapiepraktijk een schriftelijke klacht indienen bij de verzekeraar. Dit moet dus per verzekeraar. Fysiotherapiepraktijken kunnen niet met één klacht bezwaar maken bij meerdere verzekeraars: dit moet bij elke zorgverzekeraar apart. Ook ieder verzekeraar zal daar weer apart op moeten reageren. Wat betreft de continuïteitsbijdrage is er zeker geen verlaging van de administratieve lastendruk.

Waarover kan bezwaar gemaakt worden

De zorgaanbieder kan bezwaar maken tegen een onjuiste vaststelling van de hoogte van de continuïteitsbijdrage of het niet toegekend hebben gekregen van een continuïteitsbijdrage. Voor bezwaar tegen de hoogte van de continuïteitsbijdrage kan gedacht worden aan een onjuiste berekening van de normomzet, bijvoorbeeld omdat door de zorgverzekeraar – volgens de

fysiotherapiepraktijk ten onrechte – met de specifieke situatie van de fysiotherapiepraktijk, geen rekening is gehouden.

Er kan géén bezwaar gemaakt worden tegen de voorwaarden van de CB-regeling zelf, zoals het percentage van 86%, of het aftoppen van de normomzet op het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Termijn

Een klacht moet binnen 4 weken na de dagtekening van de bevestigingsbrief ingediend worden. Dat is erg kort. Deze termijn lijkt ons een harde deadline, hetgeen zou betekenen dat na deze 4 weken niet meer kan worden geklaagd.

De zorgverzekeraar dient, zo bepaalt de Geschillenregeling, binnen vier weken met een inhoudelijke reactie op de klacht te komen. Deze termijn kan door de zorgverzekeraar (wel) met vier weken worden verlengd.

Beroep

Indien de fysiotherapiepraktijk het niet eens is met de beslissing van de zorgverzekeraar op de klacht, kan de fysiotherapiepraktijk de klacht nog voorleggen aan de civiele rechter of aan de Geschilleninstantie van het Nederlands Arbitrage Instituut (NAI).

Bezwaar tegen definitieve eindafrekening?

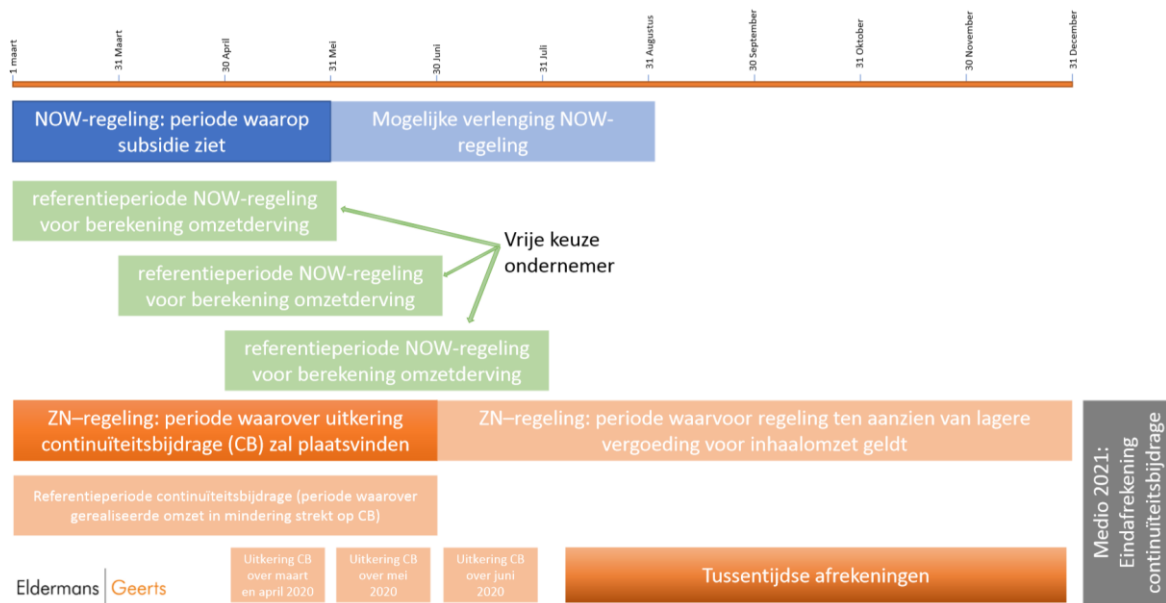
In de Geschillenregeling is niet voorzien in de mogelijkheid van het maken van bezwaar tegen de definitieve eindafrekening die medio 2021 zal plaatsvinden of de tussentijdse afrekeningen. Het lijkt er op dat u daarvoor direct naar de civiele rechter of de Geschilleninstantie moet.

VIII. Overige zaken

A. Meerkosten

Een regeling voor vergoeding van meerkosten ontbreekt nog. Een dergelijke regeling in een overeenkomst is wel vereist om de meerkosten te kunnen declareren. Voor de prestatie meerkosten geldt immers een contractvereiste. De verwachting is dat er nog een regeling voor vergoeding van meerkosten komt. Hoe deze er uit zal zien is nog onbekend.

B. Samenloop CB en NOW



De juridische voorwaarden bij de CB-regeling lijken aan te geven dat een aanvraag voor de continuïteitsbijdrage een beroep op de NOW niet uitsluit. Wel moet de continuïteitsbijdrage als omzet worden meegenomen bij de NOW, waardoor de omzetzijde en dus de NOW-uitkering lager wordt, aldus deze bepaling:

“De Zorgaanbieder doet geen beroep op de rijksregelingen (waaronder de Tijdelijke noodmaatregel overbrugging voor werkbehoud (NOW)) die zijn ingesteld naar aanleiding van het coronavirus, met uitzondering van het deel omzetzijde dat mogelijk resteert na aftrek van de vergoeding die de Zorgaanbieder ontvangt op basis van dit Addendum. Het gebruik maken van fiscale regelingen is toegestaan”

In de documenten wordt tevens een koppeling gemaakt tussen de NOW en de ‘inhaalzorg’:

“De Zorgaanbieder heeft zich er goed rekenschap van gegeven dat hij met het aangaan van dit Addendum kiest voor de koppeling van de Continuïteitsbijdrage en de daaraan onlosmakelijk verbonden lagere vergoeding voor de ‘inhaalzorg’. De Zorgaanbieder onderschrijft dat hij daarmee niet kiest voor het alternatief van deze koppeling in de vorm van een beroep op de Tijdelijke noodmaatregel overbrugging voor werkbehoud (NOW)”

Wat hiermee wordt bedoeld is niet duidelijk. Het valt niet uit te sluiten dat ZN daarmee heeft willen aangeven dat de lagere vergoeding die u ontvangt voor de inhaalzorg niet gezien mag worden als omzetzijde waar de NOW op ziet. Ook is het mogelijk dat ZN van mening is dat een beroep op de NOW zonder eerst een beroep te doen op de CB niet mogelijk is.

Het KNGF gaat er vanuit dat de NOW en de continuïteitsbijdrage naast elkaar kunnen bestaan. Wel geldt dat voor praktijken die veel omzet uit verzekerde zorg hebben dat de kans groot is dat geen aanspraak op de NOW gedaan kan worden, doordat als gevolg van de ontvangen continuïteitsbijdrage de resterende omzetzijde minder dan 20% is.

Of een beroep op de NOW los van de CB mogelijk is, blijft onduidelijk. Zeker ook gelet op de laatste antwoorden op kamervragen door Martin van Rijn::

“Belangrijk hierbij is wel dat de financiële afspraken met zorginkopers voorliggend zijn aan de Rijksregelingen, hetgeen betekent dat zorgaanbieders worden geacht zich in eerste instantie te

wenden tot deze zorginkopers en met hen te bezien of zij financiële ondersteuning kunnen krijgen. Dit is ook relevant voor een beroep op (een van) de Rijksregelingen, immers moet een zorgaanbieder daarbij onder meer een adequate inschatting geven van het voorziene omzetverlies. De ondersteuning vanuit een zorginkoper dempt het omzetverlies en moet daarmee worden meegenomen bij een aanvraag voor (een van) de Rijksregelingen. Doet een zorgaanbieder dit niet of niet adequaat dan kan dit op een later moment resulteren in (forse) verrekeningen van de ontvangen bijdrage vanuit een Rijksregeling.”.

De crux zit in de laatste zin met wat bedoeld is met: “...doet een zorgaanbieder dit niet of niet adequaat: Als daarmee bedoeld wordt op het correct opgeven van de omzetderving indien wel een beroep wordt gedaan op de CB, dan lijkt een beroep op alleen de NOW niet uitgesloten. Dat zou op zich ook logisch zijn, aangezien de NOW ook aangeeft dat er geen verband hoeft te zijn met de omzetderving en corona. Als voorbeeld werd omzetderving wegens brand genoemd.

Als hiermee evenwel bedoeld is dat een zorgaanbieder gekort kan worden op de NOW omdat hij geen beroep op de CB heeft gedaan, dan is het alleen beroep doen op de NOW geen reële optie. Het KNGF zal proberen hier alsnog zo snel mogelijk duidelijkheid over te verkrijgen.

C. Declaratievoorwaarden

Door het ondertekenen van de CB-overeenkomst accepteert u ook de declaratievoorwaarden van de betreffende zorgverzekeraars. Dit is voor gecontracteerde fysiotherapiepraktijken niet zo relevant, want zij hebben al ingestemd met deze declaratievoorwaarden via de door hen gesloten zorgovereenkomst.

Voor fysiotherapeuten die er voor kiezen met de door hen niet-gecontracteerde zorgverzekeraars een betaalovereenkomst te sluiten heeft dit wel consequenties. Zij zijn hierdoor alsnog gebonden aan de declaratievoorwaarden van deze zorgverzekeraars. Deze kunt u downloaden in het Vecozo-portaal.

Enkele belangrijke zaken om op te letten zijn (kijkt u dit per verzekeraar nog goed na!):

- **Declaratietermijn:** meestal binnen 3-6 maanden na het verlenen van de zorg
- **Betaaltermijn:** 15-30 dagen na ontvangst declaratie
- **Herdeclaratietermijn:** 30 (!) – 90 dagen na ontvangst retourinformatie via Vecozo