Addendum bij een Zorgovereenkomst (uitsluitend voor gecontracteerde zorgaanbieders)

De ondergetekenden:

(1) [DE ZORGAANBIEDER] (de **Zorgaanbieder**);

(2) Alle rechtspersonen uit de hiernavolgende lijst die met de Zorgaanbieder voor contractjaar 2020 een zorgovereenkomst hebben gesloten en voor wie namens hen – conform een rechtsgeldige mandaatregeling – Zorgverzekeraars Nederland dit Addendum zal ondertekenen en hierna in enkelvoud aan te duiden als: de **Zorgverzekeraar**);

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

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

Overwegende dat

- Het kabinet op 23 maart 2020 (aanvullende) maatregelen heeft getroffen ter bestrijding van het coronavirus, waaronder de tot en met (in ieder geval) 28 april 2020 geldende maatregel dat het uitoefenen van alle vormen van contactberoepen wordt verboden voor zover er geen 1,5 meter afstand tot de klant gehouden kan worden. Voor de behandeling van (para)medische beroepen geldt slechts een uitzondering mits daar een individuele medische indicatie voor bestaat en de beoefenaar alle hygiënevereisten kan naleven (gezamenlijk aan te duiden als: de **Maatregel**);
- Ten gevolge van de Maatregel zorgaanbieders continuïteitsproblemen en financiële onzekerheid kunnen ervaren, bijvoorbeeld omdat zij onverwachts minder zorg kunnen verlenen;
- Zorgverzekeraars zich bereid hebben verklaard de zorgaanbieders met een omzet van minder dan EUR 10 miljoen[1] (met of zonder zorgovereenkomst) die hier behoefte aan hebben – en die zorg verlenen die op dit moment valt onder de

[1] Deze regeling geldt niet voor zorgaanbieders die direct betrokken zijn bij hulp aan coronapatiënten (patiënten die op dit moment lijden aan het coronavirus) en andere acute zorg en voor Wlz-gefinancierde langdurige zorg. Hiervoor gelden afzonderlijke afspraken. De regeling is gericht op de zorgaanbieders die een omzet hebben van minder dan EUR 10 miljoen. Daarnaast vallen de volgende soorten zorgaanbieders onder deze regeling: klinisch-genetisch centra, dialysecentra, laboratoria, revalidatie-instellingen (niet leden van Revalidatie Nederland), geboorte- en kraamzorginstellingen en de Nederlandse transplantatiestichting.

basisverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering (voorwaarden 2020)[2] – gedurende vier maanden (maart, april, mei en juni 2020) maandelijks een continuïteitsbijdrage te verstrekken ter waarborging van de cashflow welke ingezet kan worden ter dekking van vaste, doorlopende kosten, zoals loonkosten, kosten voor vastgoed en overige vaste lasten, dit alles met als doel om de continuïteit van zorg ten behoeve van de samenleving als geheel te waarborgen (een **Continuïteitsbijdrage**). Variabele kosten (zoals het gebruik van materialen) zijn uitgesloten van deze regeling. Hetzelfde geldt voor kosten voor leegstand die het gevolg is van beschikbaar houden van capaciteit voor coronapatiënten. Deze laatste kosten worden betrokken bij de prestatiebeschrijving voor meerkosten, waar dit Addendum uitdrukkelijk geen betrekking op heeft. Met de Continuïteitsbijdrage wordt compensatie beoogd en uitdrukkelijk niet de vergoeding van meerproductie;

- De Zorgaanbieder zich maximaal zal inspannen om – wanneer dat redelijkerwijs mogelijk is – eventueel ontstane wachtlijsten voor 'reguliere' zorg weg te werken. De Zorgaanbieder is zich ervan bewust dat de totale vergoeding van deze zogenoemde 'inhaalzorg' lager ligt dan gebruikelijk ligt voor deze zorgprestaties, en dat de Continuïteitsbijdrage en de lagere vergoeding voor de 'inhaalzorg' onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn, omdat alleen via die weg de zorginfrastructuur kan worden behouden, zonder dat de totale zorgkosten (anders dan de coronagerelateerde medische kosten) onaanvaardbaar hoog oplopen;
- 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);
- De Zorgverzekeraar niet aansprakelijk is voor de continuïteit van de betreffende Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar met de betaling van de Continuïteitsbijdrage geen inschatting beoogt te geven van de financiële positie van de Zorgaanbieder, laat staan dat derden daaraan enig gewicht kunnen toekennen;
- De Zorgaanbieder een verzoek tot het verstrekken van een Continuïteitsbijdrage heeft ingediend via VECOZO bij de Zorgverzekeraar en de Zorgverzekeraar bereid is deze Continuïteitsbijdrage aan de Zorgaanbieder te verstrekken;
- De Zorgverzekeraar en de Zorgaanbieder in 2020 een zorgovereenkomst voor het verlenen van zorg ("**Zorgovereenkomst**") hebben gesloten, welke bepalingen van toepassing blijven;
- Zorgverzekeraars Nederland op 5 april 2020 aan de branche- en beroepsorganisaties in het zorgveld een brief heeft gestuurd over de hoofdlijnen van de Continuïteitsbijdrage en de vooruitbetalingsregeling (de **Vooruitbetaling**) met kenmerk B-20-5256 (de **ZN-brief**);
- De Minister voor Medische Zorg op 15 april 2020 in een brief[3] de Tweede Kamer heeft geïnformeerd over de prestatiebeschrijvingen die zorgverzekeraars gebruiken voor de afspraken die zij (gaan) maken met zorgaanbieders voor de zorg die volgens de Zvw in het basispakket zit en voor zorg die niet in het basispakket zit

[2] De aanvraag van de vooruitbetaling en/of de Continuïteitsbijdrage heeft geen betrekking op zorg en diensten geleverd door of via opticiens en niet-gecontracteerde audiciens. Zorg die (normaliter) geheel of gedeeltelijk in het buitenland wordt geleverd is uitgesloten.

[3] Tweede Kamer, vergaderjaar 2019-2020, 25 295, nr. 274.

(aanvullende verzekering) voor zover tarief- en prestatieregulering van toepassing is op deze zorg (de **Voorhangbrief**). De Voorhangbrief bevat tevens 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. De NZa heeft op 1 mei 2020 een Beleidsregel continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus (BR/REG-20157 Versie 1) gepubliceerd;

- Partijen de voorwaarden voor het verstrekken van de Continuïteitsbijdrage zoals uiteengezet in de ZN-brief vast willen leggen in dit addendum (**Addendum**) bij de Zorgovereenkomst, waarbij de Zorgverzekeraar verklaart dat dit het enige bestaande basisformat is van het Addendum;
- De Zorgverzekeraar in een mandaat Zorgverzekeraars Nederland heeft gemandateerd dit Addendum namens de Zorgverzekeraar te ondertekenen (het **Mandaat**).

Komen het volgende overeen

Artikel 1 Voorwaarden ontvangst Continuïteitsbijdrage

1.1. De Zorgaanbieder heeft uitsluitend recht op een door de Zorgverzekeraar te verstrekken Continuïteitsbijdrage indien de Zorgaanbieder aan de volgende voorwaarden voldoet en gedurende de looptijd van dit Addendum blijft voldoen:

a. De Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar hebben voor verzekeringsjaar 2020 een Zorgovereenkomst gesloten en/of een tijdelijke of aanvullende overeenkomst gesloten in verband met de continuïteit van zorg of meerkosten;
b. De Zorgaanbieder levert zorg die op dit moment valt onder de basisverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering (voorwaarden 2020);
c. De Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar hebben – naast de Zorgovereenkomst, dit Addendum en een eventuele vooruitbetalingsovereenkomst ten aanzien van de Continuïteitsbijdrage – geen andere overeenkomst gesloten overeenkomend met het doel en de strekking van dit Addendum;
d. De Zorgaanbieder heeft in januari, februari en maart 2020 zorgprestaties geleverd tegen een vergoeding in totaal gelijk aan ten minste 5% over die drie maanden van de bij de Zorgverzekeraar bekende zorgkosten op jaarbasis;
e. De Zorgaanbieder is de afgelopen drie jaar niet om kwalitatieve redenen uitgesloten van een zorgovereenkomst met de Zorgverzekeraar;
f. De Zorgaanbieder lijdt als gevolg van de Maatregel omzetverlies;
g. 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 omzetdaling 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;
h. De Zorgaanbieder heeft via VECOZO aangegeven gebruik te willen maken van de (regeling omtrent de) Continuïteitsbijdrage;
i. De Zorgaanbieder borgt dat zoveel als in redelijkheid van hem verlangd kan worden de reguliere zorg geleverd blijft worden met aandacht voor

doelmatigheid en gepast gebruik overeenkomstig de bepalingen van de Zorgovereenkomst;

j. De Zorgaanbieder zal zich binnen de grenzen van de Maatregel en de overige (bestaande) rijksregelingen en regelgeving aantoonbaar inzetten voor maximale inzet van zorg op afstand en overige innovatieve oplossingen;
k. De Zorgaanbieder stelt zich in de periode van vraaguitval in zijn reguliere werk, waar nodig beschikbaar voor het bieden van noodzakelijke zorg in deze moeilijke tijd, zowel door personele inzet als door middel van faciliteiten en hulpmiddelen. Indien de Zorgaanbieder tijdens de coronacrisis minder zorg kan leveren dan verwacht is de Zorgaanbieder bereid extra inspanningen te doen om inhaalzorg te leveren en de wachtlijsten niet onnodig te laten oplopen;
l. De Zorgaanbieder registreert onverminderd alle prestaties voor de geleverde en te leveren zorg goed en volledig en declareert conform de betreffende bepalingen van de Zorgovereenkomst;
m. De Zorgaanbieder spant zich maximaal in om zowel op de korte als op de langere termijn zijn bestaande capaciteit in stand te houden, zowel voor wat betreft personeel als middelen in de meest ruime zin van het woord. Dit betekent ten aanzien van personeel dat de Zorgaanbieder in zijn rol als werkgever géén ontslag op grond van bedrijfseconomische redenen zal aanvragen voor zijn werknemers gedurende de periode waarin de Zorgaanbieder de Continuïteitsbijdrage ontvangt. Deze voorwaarde geldt met terugwerkende kracht vanaf de ingangsdatum van dit Addendum (1 maart 2020) en de Zorgverzekeraar kan nakoming daarvan vanaf die ingangsdatum via dit Addendum ook afdwingen;
n. De Zorgaanbieder brengt geen wijzigingen aan in zijn juridische structuur, de structuur van de groep waartoe de Zorgaanbieder behoort (bijvoorbeeld door het oprichten van een nieuwe vennootschap) of de rechtsverhoudingen met een aandeelhouder, bestuurder of een aan hen gelieerde derde. Het voorgaande geldt eveneens voor wijzigingen die (nadelige) gevolgen kunnen hebben voor de rechtpositie of verhaalspositie van zijn werknemers en voor de reikwijdte van dit Addendum en in het bijzonder de naleving van sub k. Deze voorwaarde geldt met terugwerkende kracht vanaf de ingangsdatum van dit Addendum (1 maart 2020) en de Zorgverzekeraar kan nakoming daarvan vanaf die ingangsdatum via dit Addendum ook afdwingen;
o. De Zorgaanbieder die structureel gebruik maakt van onderaannemers voor de verlening van zorg dient deze onderaannemers uit te betalen met de ontvangen Continuïteitsbijdrage gedurende de periode waarin de Zorgaanbieder de Continuïteitsbijdrage ontvangt, tenzij de Zorgaanbieder aantoont dat dit niet van hem gevergd kan worden om de continuïteit van de Zorgaanbieder zelf te kunnen waarborgen. Deze voorwaarde geldt met terugwerkende kracht vanaf de ingangsdatum van dit Addendum (1 maart 2020) en de Zorgverzekeraar kan nakoming daarvan vanaf die ingangsdatum via dit Addendum ook afdwingen;
p. De Zorgaanbieder maakt geen misbruik respectievelijk oneigenlijk gebruik van de (regeling omtrent) Continuïteitsbijdrage, voorkomt dubbele betalingen (waaronder tevens financieringen uit andere publieke geldstromen dan de Zvw worden verstaan), wendt de Continuïteitsbijdrage uitsluitend aan in het kader van de continuïteit van zorg en komt niet in een financieel betere positie te

verkeren dan voorzien ten tijde van het sluiten van de Zorgovereenkomst en handelt derhalve uitsluitend in de geest van de regeling zoals uiteengezet in dit Addendum;

q. De Zorgaanbieder gaat onverwijld met de Zorgverzekeraar in gesprek indien de Zorgaanbieder in een situatie dreigt te raken waarin hij met het betalen van zijn schulden niet zal kunnen voortgaan ondanks de ontvangst van de Continuïteitsbijdrage; en

r. De Zorgaanbieder verklaart zich door ondertekening van dit Addendum op voorhand bereid om op verzoek van de Zorgverzekeraar mee te werken aan de benoeming van een stille bewindvoerder[4] door de bevoegde rechtbank indien de Zorgaanbieder in een situatie dreigt te raken waarin hij met het betalen van zijn schulden niet zal kunnen voortgaan ondanks de ontvangst van de Continuïteitsbijdrage.

1.2. De Zorgverzekeraar is gerechtigd de Zorgaanbieder uit te sluiten van de (regeling omtrent de) Continuïteitsbijdrage en tevens dit Addendum te ontbinden in de zin van artikel 5.4 van dit Addendum indien:

a. de Zorgaanbieder geregistreerd is in het intern verwijzingsregister (IVR), extern verwijzingsregister (EVR) dan wel enig ander frauderegister;

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.

Artikel 2 Vaststelling omvang Continuïteitsbijdrage en betaling

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

2.1 De hoogte van de (voorlopige) Continuïteitsbijdrage is gebaseerd op de dekking van vaste, doorlopende kosten en wordt vastgesteld conform het Beleidsdocument. Het Beleidsdocument maakt integraal onderdeel uit van dit Addendum. Voor een rekenvoorbeeld wordt verwezen naar bijlage 2 bij het beleidsdocument (het **Beleidsdocument, Bijlage 1** bij dit Addendum).

2.2 Zoals blijkt uit het Beleidsdocument, omvat de Continuïteitsbijdrage-regeling de volgende fasen:

(i) de Vooruitbetaling[5];

(ii) de voorlopige Continuïteitsbijdrage: de voorlopige Continuïteitsbijdrage wordt maandelijks berekend en uitgekeerd over de maanden waarin de Continuïteitsbijdrage-regeling zoals neergelegd in dit Addendum van kracht is. De uitbetaling van de voorlopige Continuïteitsbijdrage vindt plaats in de maanden mei (voor de maanden maart en april), juni (voor de maand mei) en juli (voor de maand juni);

(iii) de voorlopige afrekeningen: na de laatste betaling van de voorlopige Continuïteitsbijdrage als bedoeld onder (ii) hierboven vinden er een of meerdere voorlopige afrekeningen plaats; en

(iv) de definitieve vaststelling van de Continuïteitsbijdrage: naar verwachting medio 2021 wordt de definitieve Continuïteitsbijdrage vastgesteld en wordt er afgerekend op basis van het verschil tussen de voorlopige Continuïteitsbijdrage en de eerdere voorlopige afrekeningen als bedoeld onder (iii) hierboven.

2.3 De Zorgaanbieder komt uitsluitend in aanmerking voor een (voorlopige) Continuïteitsbijdrage indien en voor zover de Zorgaanbieder gedurende de looptijd van dit Addendum blijft voldoen aan de voorwaarden van dit Addendum (waaronder de voorwaarden genoemd in artikel 1.1). De Zorgverzekeraar heeft recht op volledige terugbetaling van de (voorlopige) Continuïteitsbijdrage indien de Zorgaanbieder op enig moment niet (meer) voldoet aan een of meer voorwaarde(n) voor verstrekking van de Continuïteitsbijdrage zoals bepaald in dit Addendum en/of enige op grond van dit Addendum op de Zorgaanbieder rustende verplichting.

2.4 De Zorgverzekeraar betaalt de (voorlopige) Continuïteitsbijdrage op het bij de Zorgverzekeraar bekende bankrekeningnummer van de Zorgaanbieder waarop ook de reguliere zorgdeclaraties worden uitbetaald. Dit betekent dat ook betaling kan plaatsvinden via een regulier door de Zorgaanbieder ingeschakelde tussenpersoon. De Zorgaanbieder staat er voor in dat de Zorgverzekeraar bevrijdend kan betalen op het bij de Zorgverzekeraar bekende bankrekeningnummer van de Zorgaanbieder.

<u>Definitieve Continuïteitsbijdrage</u>

2.5 De definitieve Continuïteitsbijdrage wordt in de loop van 2021 door Vektis vastgesteld op basis van de volgende informatie:

a) De omzet die de Zorgaanbieder normaal gesproken gemiddeld per maand had mogen verwachten in 2020 zonder coronacrisis (de **Normomzet**);

b) De gerealiseerde omzet in de maanden waarin dit Addendum van kracht is (de **Gerealiseerde Omzet**);

[5] Deze aanvullende regeling geldt voor eerstelijns laboratoria, mondzorg, kraamzorg, fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, wijkverpleging, zittend ziekenvervoer en zelfstandige behandelcentra in de medisch specialistische zorg. Zorgaanbieders uit deze branches kunnen, als dat noodzakelijk is, vanaf 14 april 2020 tot en met 8 mei 2020 een vooruitbetaling aanvragen via VECOZO. De vaststelling hiervan wordt in dit Addendum buiten beschouwing gelaten.

c) Het vergoedingspercentage voor de gederfde omzet (het **Vergoedingspercentage CB**). Dit percentage is sectorspecifiek vastgesteld op basis van expertise van adviesbureau Gupta (zie bijlage 1 bij het Beleidsdocument (Bijlage 1 bij dit Addendum));

d) De gerealiseerde omzet in de zes maanden na de laatste maand waarover de Zorgaanbieder een voorlopige Continuïteitsbijdrage heeft ontvangen (de **Gerealiseerde Omzet Na Beëindiging**); en

e) Het vergoedingspercentage voor de inhaalzorg: indien de Zorgaanbieder inhaalzorg levert (omzet boven de Normomzet wordt geacht inhaalzorg te zijn behoudens tegenbewijs van de Zorgaanbieder waaruit onomstotelijk blijkt dat de overschrijding van de Normomzet op geen enkele wijze gerelateerd is aan coronagerelateerde omstandigheden, hierna: **Inhaalzorg**) geldt daarvoor een aangepaste vergoeding (het **Vergoedingspercentage Inhaalzorg**). Dit percentage is sectorspecifiek vastgesteld op basis van expertise van adviesbureau Gupta (zie bijlage 1 bij het Beleidsdocument (Bijlage 1 bij dit Addendum)). Het Vergoedingspercentage Inhaalzorg geldt gedurende de periode waarin dit Addendum van kracht is en de zes maanden na de laatste maand waarover de Zorgaanbieder een voorlopige Continuïteitsbijdrage heeft ontvangen. Indien door een verlenging van dit Addendum, de bedoelde periode van zes maanden doorloopt in verzekeringsjaar 2021, dan blijven de in dit Addendum gemaakte afspraken over de vergoeding van Inhaalzorg onverkort gelden tussen partijen en automatisch (zonder nadere onderhandelingen) onderdeel van een voor 2021 eventueel tussen Partijen te sluiten Zorgovereenkomst.

2.6 Bij de bepaling van de definitieve Continuïteitsbijdrage worden de volgende stappen gevolgd:

Stap 1:

2.6.1 De Zorgverzekeraar (althans Vektis namens de Zorgverzekeraar) stelt eerst de definitieve bijdrage vast voor de omzetderving in de periode waarin dit Addendum van kracht is. Deze definitieve bijdrage is voor iedere maand gelijk aan het Vergoedingspercentage CB vermenigvuldigd met de Normomzet *minus* de Gerealiseerde Omzet (*Vergoedingspercentage CB x (Normomzet – Gerealiseerde Omzet*) (de **CB Omzetderving**). Vektis stelt de CB Omzetderving per AGB per Zorgverzekeraar vast op basis van de marktaandelen 2019 en corrigeert dit voor de verzekerdenmutatie 2019 – 2020.

2.6.2 Indien de bruto Continuïteitsbijdrage (*Vergoedingsspercentage CB x Normomzet*) voor de Zorgverzekeraar op concernniveau lager is dan EUR 50 op maandbasis, dan wordt de definitieve Continuïteitsbijdrage voor alle zorgverzekeraars die tot hetzelfde concern behoren op EUR 0 gesteld. Indien de Zorgaanbieder geen definitieve Continuïteitsbijdrage ontvangt van de Zorgverzekeraar vindt geen Inhaalcorrectie plaats zoals bedoeld in artikel 2.6.3 en verder van dit Addendum.

Stap 2:

2.6.3 De Zorgverzekeraar (althans Vektis namens de Zorgverzekeraar) stelt vervolgens per maand de correctie vast in verband met Inhaalzorg gedurende de periode waarin dit Addendum van kracht is en de zes maanden na de laatste maand waarover de Zorgaanbieder een voorlopige

Continuïteitsbijdrage heeft ontvangen (de **Inhaalcorrectie**). Voor de maanden waarvoor een voorlopige Continuïteitsbijdrage is betaald geldt de volgende formule: *(100% – Vergoedingspercentage Inhaalzorg) x (Gerealiseerde Omzet – Normomzet*). Voor de zes maanden na de laatste maand waarover de Zorgaanbieder een voorlopige Continuïteitsbijdrage heeft ontvangen, geldt de volgende formule: *(100% – Vergoedingspercentage Inhaalzorg) x (Gerealiseerde Omzet Na Beëindiging – Normomzet)*. De uitkomst van deze formules kan voor een bepaalde maand niet negatief zijn en de som over de maanden maart tot en met december 2020 kan niet groter zijn dan de CB Omzetderving van artikel 2.6.1 van dit Addendum.

Stap 3:

2.6.4 De definitieve Continuïteitsbijdrage per maand is gelijk aan de CB Omzetderving van die betreffende maand *minus* de Inhaalcorrectie van die betreffende maand (de **Definitieve Continuïteitsbijdrage**). Per AGB wordt de Definitieve Continuïteitsbijdrage op basis van de marktaandelen 2019 plus een correctie voor de verzekerdenmutatie 2019 – 2020 over de zorgverzekeraars verdeeld.

2.7 Indien niet tot een definitieve vaststelling van de Continuïteitsbijdrage conform artikel 2.5 en 2.6 wordt gekomen heeft de Zorgverzekeraar het recht om de voorlopige Continuïteitsbijdrage per 1 september 2020 te verrekenen met door de Zorgaanbieder ingediende en in te dienen zorgdeclaraties, of met andere vorderingen van de Zorgverzekeraar jegens de Zorgaanbieder.

Voorlopige Continuïteitsbijdrage

2.8 De Zorgverzekeraar bepaalt de voorlopige Continuïteitsbijdrage mede aan de hand van de volgende door Vektis aangeleverde informatie:

a) De gemiddelde omzet per maand in 2019 met een indexatie[6] (**Voorlopige Normomzet**); en
b) Vergoedingspercentage CB (artikel 2.5 onder c).

2.9 Bij de bepaling van de voorlopige Continuïteitsbijdrage worden de volgende stappen gevolgd:

Stap 1:

2.9.1 De Zorgverzekeraar bepaalt de bruto voorlopige Continuïteitsbijdrage aan de hand van de Voorlopige Normomzet vermenigvuldigd met het Vergoedingspercentage CB (**Bruto Voorlopige Continuïteitsbijdrage**).

2.9.2 Indien de Bruto Voorlopige Continuïteitsbijdrage voor de Zorgverzekeraar op concernniveau lager is dan EUR 50 op maandbasis, dan wordt de voorlopige Continuïteitsbijdrage voor alle zorgverzekeraars die tot hetzelfde concern behoren op EUR 0 gesteld.

Stap 2:

2.9.3 De Zorgverzekeraar corrigeert vervolgens de Voorlopige Normomzet met de uitbetaalde declaraties (**Correctie Declaraties**). Voor een overzicht van de te corrigeren declaraties wordt verwezen naar bijlage 3 van het Beleidsdocument (Bijlage 1 bij dit Addendum). De voorlopige Continuïteitsbijdrage is gelijk aan de volgende formule: *(Voorlopige Normomzet – Correctie Declaraties) x*

[6] Deze is gelijk aan de zorgkosteninflatie 2019 – 2020 zoals ook gehanteerd bij de definitieve vaststelling van de continuïteitsbijdrage.

Vergoedingspercentage CB (de **Voorlopige Continuïteitsbijdrage**). Bij de uitbetaling van de Voorlopige Continuïteitsbijdrage wordt indien van toepassing de Vooruitbetaling in mindering gebracht. Indien de Vooruitbetaling op de Continuïteitsbijdrage in mei 2020 nog niet volledig verrekend is met de Voorlopige Continuïteitsbijdrage, zal het restant worden verrekend met de uitbetalingen van de Voorlopige Continuïteitsbijdragen in juni en eventueel juli.

Voorlopige afrekening(en)

2.10 Bij het vaststellen van de Voorlopige Continuïteitsbijdrage wordt geen rekening gehouden met eventuele Inhaalzorg. Na het uitbetalen van de laatste Voorlopige Continuïteitsbijdrage (eind juli) is de Zorgverzekeraar vanaf 1 september 2020 gerechtigd – zulks ter vrije discretie van de Zorgverzekeraar – maandelijks over te gaan tot voorlopige afrekeningen, waarbij de rekenmethodiek zoals beschreven in artikel 2.5 en 2.6 wordt gehanteerd.

2.11 Indien de Definitieve Continuïteitsbijdrage hoger is dan de Voorlopige Continuïteitsbijdrage heeft de Zorgaanbieder recht op nabetaling van het verschil, terwijl de Zorgverzekeraar recht heeft op terugbetaling van het verschil indien de Definitieve Continuïteitsbijdrage lager is dan de Voorlopige Continuïteitsbijdrage. Het teveel betaalde is een direct opeisbare vordering van de Zorgverzekeraar op de Zorgaanbieder. De Zorgverzekeraar heeft het recht om het verschil tussen de Voorlopige en Definitieve Continuïteitsbijdrage (tussentijds) te verrekenen met door de Zorgaanbieder ingediende en in te dienen zorgdeclaraties en/of (toekomstige) vorderingen van alle zorgverzekeraars die tot de groep van de Zorgverzekeraar behoren, waaronder (indien van toepassing) vorderingen uit hoofde van een controle, vorderingen uit hoofde van een eerdere overschrijding van het overeengekomen omzetplafond en prestaties onder de titel 'meerkosten'. Het voorgaande verrekeningsmechanisme is eveneens van toepassing op de voorlopige afrekening(en) ingevolge artikel 2.10 van dit Addendum.

Artikel 3 Vooruitbetaling en verrekening

3.1 Indien de Zorgverzekeraar vooruitlopend op de totstandkoming van dit Addendum aan de Zorgaanbieder reeds een Vooruitbetaling op de Continuïteitsbijdrage heeft betaald conform de voorwaarden zoals uiteengezet in bijlage 1 bij de ZN-brief, dan wordt deze Vooruitbetaling in mindering gebracht op de aan de Zorgaanbieder op grond van dit Addendum te betalen Continuïteitsbijdrage conform artikel 2.9.3 van dit Addendum dan wel verrekend met alle te ontvangen declaraties en/of (toekomstige) vorderingen van alle zorgverzekeraars die tot de groep van de Zorgverzekeraar behoren, waaronder (indien van toepassing) vorderingen uit hoofde van een controle, overschrijding van het overeengekomen omzetplafond en prestaties onder de titel 'meerkosten', zulks ter keuze van de Zorgverzekeraar.

3.2 De Zorgaanbieder zal declaraties vanaf maart 2020 gedurende het verdere kalenderjaar 2020 (met uitzondering van een eventuele eigen bijdrage) rechtstreeks (of via een servicebureau) indienen bij de Zorgverzekeraar voor zover deze nog niet zijn ingediend bij verzekerden of via een servicebureau. Gedurende deze periode is het de Zorgaanbieder alleen toegestaan declaraties naar een verzekerde te sturen voor

geleverde, maar op basis van de polisvoorwaarden niet-vergoede zorg. Dit tenzij de Zorgverzekeraar anders bepaalt.

3.3 De Zorgverzekeraar heeft recht op volledige terugbetaling van de Continuïteitsbijdrage indien de Zorgaanbieder op enig moment niet (meer) voldoet aan een of meer voorwaarde(n) voor verstrekking van de Continuïteitsbijdrage zoals bepaald in dit Addendum en/of enige op grond van dit Addendum op de Zorgaanbieder rustende verplichting. Deze vordering is direct opeisbaar zodra door de Zorgverzekeraar wordt vastgesteld dat de Zorgaanbieder niet voldoet aan een of meer gestelde voorwaarde(n). De Zorgverzekeraar heeft het recht om de onverschuldigd betaalde Continuïteitsbijdrage te verrekenen met door de Zorgaanbieder ingediende en in te dienen zorgdeclaraties en/of (toekomstige) vorderingen van alle zorgverzekeraars die tot de groep van de Zorgverzekeraar behoren, waaronder (indien van toepassing) vorderingen uit hoofde van een controle, overschrijding van het overeengekomen omzetplafond en prestaties onder de titel 'meerkosten'.

Artikel 4 Informatieverstrekking en -uitwisseling

4.1 De Zorgaanbieder geeft op verzoek van de Zorgverzekeraar – binnen een redelijk termijn – zodanige inzage in haar (financiële) positie dat de Zorgverzekeraar kan vaststellen of voldaan is aan alle voorwaarden voor de verstrekking van de Continuïteitsbijdrage zoals vastgelegd in dit Addendum.

4.2 Partijen zijn over en weer gehouden die informatie te verstrekken die voor de andere Partij noodzakelijk is voor een correcte uitvoering van dit Addendum.

4.3 De Zorgaanbieder is verplicht de Zorgverzekeraar te informeren zodra zich een omstandigheid voordoet die een wijziging, opzegging of opschorting in de zin van artikel 5.4 van dit Addendum door de Zorgverzekeraar kan rechtvaardigen.

4.4 De Zorgaanbieder stemt door ondertekening van dit Addendum in met de uitwisseling van informatie tussen zorgverzekeraars onderling en tussen Zorgverzekeraars en overheidsinstanties voor zover dat noodzakelijk is om de voorwaarden van dit Addendum te kunnen beoordelen, meer specifiek in het kader van het voorkomen en bestrijden van misbruik en oneigenlijk gebruik van de (regeling omtrent de) Continuïteitsbijdrage en de samenloop met rijksregelingen.

Artikel 5 Duur en einde Addendum

5.1 Dit Addendum is aangegaan voor bepaalde duur, te weten van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020. Dit Addendum eindigt van rechtswege, tenzij Partijen een verlenging overeenkomen op grond van het tweede lid van dit artikel.

5.2 Indien het kabinet besluit de Maatregel te verlengen, dan wel indien het kabinet aanvullende maatregelen neemt ter bestrijding van het coronavirus die hiertoe aanleiding geven, kunnen Partijen overeenkomen de looptijd van dit Addendum te verlengen. Zorgverzekeraar is op geen enkele wijze verplicht om de Zorgaanbieder een verlenging van dit Addendum aan te bieden, ook al wordt de Maatregel verlengd of andere aanvullende maatregelen genomen.

5.3 De Zorgverzekeraar kan dit Addendum eenzijdig tussentijds met onmiddellijke ingang geheel of gedeeltelijk wijzigen, opzeggen of opschorten indien de maatregelen van het kabinet ter bestrijding van het coronavirus hiertoe op enig moment aanleiding geven of indien het sluiten en uitvoeren van addenda als de onderhavige financieel een

disproportionele impact heeft op de Zorgverzekeraar, of anderszins niet van de Zorgverzekeraar gevergd kan worden.

5.4 De Zorgverzekeraar is gerechtigd dit Addendum te ontbinden, als gevolg waarvan de Continuïteitsbijdrage in zijn geheel onverschuldigd is betaald en door de Zorgverzekeraar kan worden verrekend dan wel teruggevorderd, zonder dat de Zorgverzekeraar op enigerlei wijze aansprakelijk is jegens de Zorgaanbieder, indien:

(a) sprake is van een toerekenbare tekortkoming van de Zorgaanbieder in de nakoming van een verplichting voortvloeiend uit dit Addendum (waaronder het niet (meer) voldoen aan de voorwaarden van artikel 1.1 van dit Addendum); en/of

(b) naar het oordeel van de Zorgverzekeraar een reëel risico bestaat dat de Zorgaanbieder surseance van betaling aanvraagt of dat het faillissement van de Zorgaanbieder wordt aangevraagd.

5.5 Het rechtsgevolg van ontbinding van dit Addendum is dat ten aanzien van de Continuïteitsbijdrage in zijn geheel een direct opeisbare ongedaanmakingsverplichting ontstaat, wat inhoudt dat de gehele Continuïteitsbijdrage door de Zorgverzekeraar kan worden verrekend dan wel teruggevorderd, zonder dat de Zorgverzekeraar op enigerlei wijze aansprakelijk is jegens de Zorgaanbieder.

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

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

Artikel 6 Uitsluiting overdraagbaarheid

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

Artikel 7 Bevoegdheid ondertekenaar

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

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

Artikel 8 Overige bepalingen

8.1 In geval van strijdigheid van bepalingen in de Zorgovereenkomst met bepalingen in dit Addendum prevaleert het bepaalde in dit Addendum.

8.2 De artikelen van de Zorgovereenkomst zijn (voor zover relevant) *mutatis mutandis* van toepassing op dit Addendum.

8.3 Dit Addendum wordt beheerst door Nederlands recht.

8.4 De Zorgaanbieder verklaart in het aanvraagformulier *Continuïteitsbijdrage* kennis te hebben genomen van de inhoud van dit Addendum en deze te aanvaarden.

BIJLAGE 1

BELEIDSDOCUMENT

Regeling continuïteitsbijdrage

Inleiding

Zorgverzekeraars hebben gezamenlijk de regeling Continuïteitsbijdrage (hierna: CB regeling) in het leven geroepen. Met deze regeling willen zorgverzekeraars er voor zorgen dat zorgaanbieders in deze moeilijke tijd het hoofd boven water kunnen houden en daarmee zeker stellen dat verzekerden, ook na de coronacrisis, de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben.

Een groot deel van de betrokken zorgaanbieders heeft namelijk de afgelopen weken geen of minder zorg kunnen verlenen. Zij kunnen daardoor ook geen of minder zorgkosten declareren bij de zorgverzekeraars, terwijl hun kosten wel doorlopen. De CB-regeling zorgt voor financiële continuïteit van de zorgaanbieders: voor de doorlopende kosten inclusief praktijkinkomen en resultaat wordt een ruime vergoeding uitgekeerd. Deze hoeft niet te worden terugbetaald. Daarnaast houdt de regeling zoveel mogelijk specifiek rekening met de omzetuitval van de desbetreffende zorgaanbieder voor zover dat uitvoeringstechnisch mogelijk is. Hierdoor wordt zo goed mogelijk aangesloten bij de situatie van de zorgaanbieder en wordt de kans op over- en onderfinanciering geminimaliseerd. Het uitgangspunt van de regeling is, dat zorgbieders er financieel niet op achteruitgaan, maar er ook niet beter van worden ten opzichte van de situatie zonder coronacrisis. Zorgverzekeraars verwachten dat de zorgaanbieders die geld krijgen terwijl zij nu beperkt of geen zorg leveren, straks hun verantwoordelijkheid ten opzichte van de premiebetalers nemen en eventuele inhaalzorg leveren voor een lagere vergoeding. De CB wordt verrekend met de inhaalzorg gedurende zes maanden na de laatste CB uitkering. Op die manier houden we samen de zorg betaalbaar.

Hieronder staat in het kort beschreven hoe de CB regeling werkt.

Afbakening

Deze CB-regeling is globaal gesproken gericht op de zorgaanbieders die een omzet hebben van minder dan € 10 miljoen en die niet tot de kerninfrastructuur behoren.

De CB-regeling heeft alleen betrekking op de verzekerde zorg op grond van de basis- en aanvullende verzekering (polis 2020). De regeling loopt met terugwerkende kracht van 1 maart tot en met 30 juni 2020. Het ZN-bestuur kan afhankelijk van de omstandigheden besluiten de regeling te verlengen.

Een voorwaarde voor toekennen van de continuïteitsbijdrage bij een individuele zorgverzekeraar is dat de zorgaanbieder over de maanden januari tot en met maart 2020 zorgprestaties heeft geleverd, met een minimum van totaal 5% over die drie maanden van de bij de zorgverzekeraar bekende zorgkosten op jaarbasis.

Fases

De CB regeling kent een aantal fases.

1. Vooruitbetaling – In de periode t/m 8 mei 2020 kunnen aanbieders een vooruitbetaling op de CB aanvragen
2. Voorlopige CB – De voorlopige bijdrage wordt maandelijks berekend en uitgekeerd over de maanden waarin de CB regeling van kracht is. Uitbetaling van de CB vindt plaats in de maanden mei, juni en juli.
3. Voorlopige afrekeningen – Na de laatste betaling van de voorlopige CB zullen er één of meerdere voorlopige afrekeningen plaatsvinden.

4. Definitieve vaststelling CB – Medio 2021 wordt de definitieve CB vastgesteld en wordt er afgerekend op basis van het verschil met de voorlopige CB en de eerder gedane voorlopige afrekeningen.

In de volgende paragrafen werken we de verschillende fases uit. Voor de duidelijkheid beginnen we met de definitieve vaststelling van de CB, daarna de voorlopige CB en de voorlopige afrekening. Fase 1, de vooruitbetaling laten we hier buiten beschouwing.

Definitieve vaststelling van de CB

De definitieve CB wordt in de loop van 2021 door Vektis vastgesteld op basis van:

a. De omzet die de zorgaanbieder normaal gesproken gemiddeld per maand had mogen verwachten in 2020 zonder coronapandemie (**normomzet**).
b. De gerealiseerde omzet in de maanden waarin de CB regeling van kracht is (**gerealiseerde omzet tijdens CB**).
c. Het vergoedingspercentage voor de gederfde omzet (**vergoeding CB**). Deze is sectorspecifiek vastgesteld op basis van expertise van adviesbureau Gupta (zie bijlage 1)[1].
d. De gerealiseerde omzet in de 6 maanden na beëindigen van de CB regeling (**gerealiseerde omzet na CB**).
e. Het vergoedingspercentage voor de inhaalzorg (**vergoeding inhaalzorg**) (zie bijlage 1).

Stap 0 is het voor iedere zorgaanbieder (AGB-code) bepalen van de normomzet. Vektis beschikt voor iedere zorgaanbieder[2] over alle declaraties van alle zorgverzekeraars. De normomzet per maand wordt vervolgens berekend door de jaaromzet van de verzekerde zorg[3] van de zorgaanbieder over het jaar 2019 te delen door 12 en vervolgens op te hogen met de zorgkosteninflatie 2019-2020[4]. Deze zorgkosteninflatie is overgenomen van de circulaire "Zorgkostenontwikkeling Zvw 2018, 2019 en 2020" opgesteld door ZN d.d. 23 september 2019. De percentages per rubriek zoals vermeld in bijlage 4 van deze zorgkostencirculaire zijn toegepast, waarbij eerst de zorgaanbieders zijn toebedeeld aan een van deze rubrieken.

Stap 1 in de bepaling van de definitieve CB is het vaststellen van de definitieve continuïteitsbijdrage voor de omzetderving in de periode waarin de CB regeling van kracht is, van 1 maart tot en met 30 juni 2020. Voor iedere maand in deze periode is de **CB omzetderving** gelijk aan:
vergoeding CB x (normomzet – gerealiseerde omzet tijdens CB). Vektis stelt dit bedrag per AGB per zorgverzekeraar vast op basis van de marktaandelen 2019 en corrigeert dit voor de verzekerdenmutatie 2019-2020.

Als de **bruto CB** voor een zorgverzekeraar op concernniveau (*vergoeding CB x normomzet x marktaandeel zorgverzekeraar*) lager is dan € 50 op maandbasis, dan wordt de definitieve CB voor

[1] Een aanbieder die zorg uit verschillende sectoren levert krijgt voor iedere zorgsoort het bijbehorende vergoedingspercentage. Bij de voorlopige continuïteitsbijdrage wordt hier op grond van uitvoeringsoverwegingen deels van afgeweken. Zo wordt bijvoorbeeld voor alle paramedische zorg het vergoedingspercentage voor fysio- en oefentherapie gebruikt. Voor AGB's waarbij in de Vektis data de zorgsoorten binnen dezelfde prestatiecodelijst valt wordt uitgegaan van de belangrijkste zorgsoort voor deze AGB.

[2] Zorgaanbieders van alternatieve geneeswijzen, zittend ziekenvervoer en podologie vormen een uitzondering. Hiervoor zal de normomzet door de zorgverzekeraars vastgesteld worden in plaats van door Vektis.

[3] Voor apothekers wordt alleen de farmaceutische zorg (en dus niet de medicatie) als basis gehanteerd voor de normomzet. Op een vergelijkbare wijze worden de kosten van add-on geneesmiddelen niet meegenomen in de basis voor de normomzet van de medisch specialistische zorg.

[4] Een aantal zorgverzekeraars zal bij ongecontracteerde zorgaanbieders het tarief voor het bepalen van de normomzet aanpassen aan het gemiddelde gecontracteerde tarief.

alle zorgverzekeraars die tot hetzelfde concern behoren op € 0 gesteld. Hiertoe is besloten om de regeling uitvoerbaar te houden. De zorgaanbieder die geen continuïteitsbijdrage ontvangt van een zorgverzekeraar hoeft de inhaalzorg uit stap 2 niet te verrekenen met deze zorgverzekeraar.

Stap 2 is het vaststellen van het bedrag waarmee de definitieve CB voor omzetderving (uit stap 1) wordt verrekend voor de geleverde inhaalzorg. Dit bedrag is gelijk aan de som van de volgende formule voor iedere van de zes maanden na de laatste maand waarin de CB regeling van kracht is:
(100% - vergoeding inhaalzorg) x (gerealiseerde omzet na CB – normomzet)
Hierbij gelden twee regels:

- De formule kan niet leiden tot een negatieve uitkomst voor enige maand.
- De som over de zes maanden kan niet groter zijn dan de definitieve CB voor de omzetderving uit stap 1.

In het geval dat een zorgaanbieder al gedurende één of meerdere maanden in de periode dat de CB regeling van kracht is in staat is om inhaalzorg te leveren, dan zal ook in deze maanden de inhaalzorg op basis van bovenstaande formule worden verrekend. De totale verrekening op basis van inhaalzorg kan nooit hoger zijn dan het bedrag van de definitieve CB voor omzetderving uit stap 1.

Stap 3 is het vaststellen van de definitieve CB door de bedragen uit de stappen 1 en 2 van elkaar af te trekken. Per AGB wordt dit bedrag op basis van de marktaandelen 2019 plus een correctie voor de verzekerdenmutatie 2019-2020 over de zorgverzekeraars verdeeld.

Voorlopige CB

Bij de uitbetaling van de voorlopige CB is nog niet duidelijk hoe groot de omzetderving exact is. Deze wordt geschat door de zorgverzekeraar op basis van de declaraties die de zorgaanbieder bij de zorgverzekeraar heeft ingediend. De manier waarop dit gebeurt is toegelicht in bijlage 3.

Voor de bepaling van de voorlopige CB levert Vektis van iedere zorgaanbieder (AGB-code) de volgende informatie op aan de zorgverzekeraars:

a. De gemiddelde omzet per maand in 2019 met een indexatie[5] (voor enkele branches wordt een afwijkende periode gekozen) (**voorlopige normomzet**)
b. Het vergoedingspercentage voor de gederfde omzet (**vergoeding CB**). Deze is sectorspecifiek vastgesteld op basis van extern onderzoek door adviesbureau Gupta. De vergoeding CB is gelijk aan de in paragraaf "Definitieve vaststelling van de CB" genoemde vergoeding CB.

De voorlopige normomzet wordt door Vektis per AGB per zorgverzekeraar bepaald en vervolgens gecorrigeerd voor de verzekerdenmutaties 2019-2020.
Net als bij de definitieve CB ontvangt een zorgaanbieder ook in deze fase geen continuïteitsbijdrage van de zorgverzekeraar met het oog op de uitvoering als de **bruto voorlopige CB** (*vergoeding CB x voorlopige normomzet*) lager is dan € 50. De drempel wordt hierbij net als bij de definitieve vaststelling toegepast op concernniveau voor de zorgverzekeraars.

De zorgverzekeraar corrigeert iedere maand de normomzet met de uitbetaalde declaraties. De uitkomst hiervan wordt vermenigvuldigd met de vergoeding CB. Dit resulteert in de **voorlopige CB**:
vergoeding CB x (voorlopige normomzet – uitbetaalde declaraties)
Dit bedrag kan van maand tot maand variëren, afhankelijk van de declaraties die de zorgaanbieder bij de zorgverzekeraar heeft ingediend. De declaraties die de zorgverzekeraar hanteert om tot een inschatting van de omzetderving te komen staan in bijlage 3 vermeld.

[5] Deze is gelijk aan de zorgkosteninflatie 2019-2020 zoals ook gehanteerd wordt bij de definitieve vaststelling van de CB.

De voorlopige CB over de maanden maart en april wordt eind mei door de zorgverzekeraars uitbetaald. Als de zorgaanbieder een vooruitbetaling op de CB heeft ontvangen zal deze worden verrekend met de voorlopige CB. De voorlopige CB over de maanden mei en juni worden respectievelijk eind juni en eind juli uitgekeerd. Indien de vooruitbetaling op de CB in mei nog niet volledig is verrekend zal het restant verrekend worden met de uitbetaling in juni en eventueel juli.

Voorlopige afrekening(en)

Bij het vaststellen van de voorlopige CB wordt geen rekening gehouden met eventuele inhaalzorg. Om te voorkomen dat er bij de definitieve vaststelling van de CB grote bedragen verrekend moeten worden (bijvoorbeeld in verband met de inhaalzorg), zullen de zorgverzekeraars na het uitbetalen van de laatste voorlopige CB eind juli, overgaan tot één of meerdere voorlopige afrekeningen. Bij de voorlopige afrekeningen worden de rekenregels gehanteerd zoals beschreven in de paragraaf 'Definitieve vaststelling van de CB'.

BIJLAGE 1: Percentages vergoeding continuïteitsbijdrage en vergoeding inhaalzorg

Sector	Vergoeding CB	Vergoeding inhaalzorg		
Kraamzorg	87%	44%	*)	
Wijkverpleging	87%	44%	*)	
Apotheken (farmaceutische zorg, excl. alle ziekenhuizen met dienstapotheken)	86%	45%		
Fysio- en oefentherapie	86%	45%	*)	
Huidtherapie	85%	45%		
Diëtetiek	85%	45%		
(Medische) pedicure	85%	45%		
Alternatieve geneeswijzen	85%	45%		
Optometrie	85%	45%		
Podotheratie/Podologie	85%	45%		
Logopedie	85%	45%		
Zintuigelijk GH - Auditief	84%	46%	*)	
Audiologie	84%	46%	*)	
Ergotherapie	84%	46%		
Zintuigelijk GH - Visueel	82%	47%	*)	
Verloskunde	82%	47%		
Epilepsie	82%	47%	*)	
Long-astma	82%	47%	*)	
Mondzorg	81%	48%	*)	
Geriatrische revalidatiezorg	79%	49%	*)	
Radiotherapie	78%	50%	*)	
Zittend ziekenvervoer	75%	51%	*)	
ZBC's	75%	52%	*)	
Eerstelijns diagnostiek	68%	56%	*)	
Trombose	68%	56%	*)	
Dialyse	67%	56%	*)	
Gecontracteerde audiciens (gehoorzorg)	55%	64%		
Hulpmiddelen leveranciers:				
- uitleen	81%	47%	*)	**)
- gebruik	55%	64%	*)	**)

*) Omzet onder de EUR 10 miljoen.

**) Bij de voorlopige CB wordt een gewogen gemiddelde gehanteerd.

Bijlage 2: Rekenvoorbeeld

Regeling continuïteitsbijdrage

Vergoeding CB	86%
Vergoeding inhaalzorg	45%
Normomzet (jaarbasis)	1.200
Vooruitbetaling CB	70%

cb maanden

kasstromen (+ = ontvangst, - = betaling)

Mutatie omzet	-16,7%
Mutatie inkomsten	-1,0%
Omzetverlies corona	250
Inhaalzorg post corona	20,0%

			Vooruitbetaling	Voorlopig			Definitief				
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	
	norm-omzet	omzet 2020	vooruit-betaling cb	correctie ivm declaraties	voorlopige CB	uitbetaling voorlopige CB	definitieve CB omzet-derving	correctie ivm inhaalzorg	definitieve CB	afrekening CB	totaal ontvangst ZA
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	-11	120
sep	100	120						-11	-11	-11	120
okt	100	110						-6	-6	-6	110
nov	100	100						-	-	-	100
dec	100	100						-	-	-	100
TOTAAL	1.200	1.000	70	135	228	158	215	-28	188	-41	-41
											1.188

In dit rekenvoorbeeld nemen we een fysiotherapiepraktijk die een normomzet heeft van 100 per maand. De vergoeding continuïteitsbijdrage is volgens de tabellen in bijlage 1 gelijk aan 86% en de vergoeding voor inhaalzorg 45%. De praktijk heeft een vooruitbetaling op de continuïteitsbijdrage (hierna: CB) aangevraagd en ontvangen. De praktijk in dit voorbeeld ontvangt uiteindelijk over heel 2020 een bedrag gelijk aan 1.188, d.w.z. 12 minder dan wanneer er geen corona pandemie was geweest.

In kolom A staat de omzet die de praktijk in 2020 realiseert vanuit de reguliere declaraties. In de maanden maart t/m juni heeft de praktijk een omzet gelijk aan 150, dus een omzetverlies van 250. In de maanden na de corona periode weet de praktijk 50 van de zorg weer in te halen, dus 20% van het omzetverlies. De zorgverzekeraar betaalt de ingediende declaraties conform de eigen polisvoorwaarden uit.

In kolom B staat dat de praktijk over de maand maart een vooruitbetaling van de CB heeft ontvangen ter grootte van 70% van de normomzet, dus 70.

In de kolommen C t/m E wordt de voorlopige CB vastgesteld op basis van de formules die in de paragraaf “Voorlopige bijdrage” staan. In kolom D wordt de voorlopige CB berekend als vergoeding CB x (normomzet – kolom C). In kolom C staan de declaraties waarmee het verlies aan omzet wordt geschat. De zorgverzekeraar betrekt hierbij de declaraties die hij heeft uitbetaald aan de zorgaanbieder op de wijze zoals beschreven in bijlage 3. In dit voorbeeld hebben we verondersteld dat van de uiteindelijke omzet van 30 over mei, bij het vaststellen van de voorlopige CB over mei 24 al is uitbetaald door de zorgverzekeraar. Daarnaast is er in de afgelopen maand nog 3 over maart betaald en 1 over april. De normomzet wordt voor de maand mei dus gecorrigeerd met 24+3+1=28. De betaling van de voorlopige CB staat in kolom E. Deze is gelijk aan kolom D minus de vooruitbetaling volgens kolom B. De uitbetaling van de voorlopige CB over maart en april zal gelijktijdig plaatsvinden in mei.

In de kolommen F t/m I wordt de definitieve CB inclusief de vergoeding voor inhaalzorg en de afrekening berekend conform de formules uit de paragraaf "Definitieve vaststelling van de CB". In kolom F wordt de definitieve CB voor de omzetderving bepaald volgens de formule: *vergoeding CB x (normomzet – kolom A)*.
In kolom G wordt berekend welke correctie op de definitieve CB wordt uitgevoerd i.v.m. inhaalzorg. Dit gebeurt volgens de formule: *(100% - vergoeding inhaalzorg) x (kolom A – normomzet)*. Ter verduidelijking nemen we augustus als voorbeeld. De inhaalzorg over de maand augustus is gelijk aan 120 – 100 = 20. De fysiopraktijk krijgt hiervan 45% vergoed, dus 9. De overige 11 verrekent de zorgverzekeraar met de eerder ontvangen continuïteitsbijdrage.
Kolom H bevat de definitieve continuïteitsbijdrage en is de som van de kolommen F en G. De praktijk heeft in dit voorbeeld recht op een definitieve continuïteitsbijdrage van 188. In kolom I staat de afrekening van de definitieve CB met de voorlopige CB. Kolom I is het saldo van de definitieve CB per maand in kolom H en de voorlopige CB per maand in kolom D (kolom H – kolom D). De praktijk heeft 41 teveel voorlopige CB ontvangen. Dit wordt veroorzaakt door de inhaalzorg in de maanden augustus t/m oktober die verrekend wordt en met de afwijkingen in de schatting van het omzet verlies in de maanden maart t/m april.

Bijlage 3: Selectie declaraties

Zorgsoorten zonder DBC structuur of traject bekostiging

CB maand	Behandel datum van	Behandel t/m	Alle declaraties van de oude maanden afgehandeld vanaf (peildatum vanaf)	Alle declaraties afgehandeld t/m (peildatum t/m)	Betaalmaand
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

Toelichting:
Voor de continuïteitsbijdrage over de maand mei corrigeert de zorgverzekeraar de normomzet met alle declaraties over de maand mei die tot en met 15 juni door hem zijn uitbetaald plus de tussen 16 mei en 15 juni uitbetaalde declaraties over de maanden maart en april.
Als toelichting daarop kijken we naar de CB over de maand mei. Hiervoor betrekt de zorgverzekeraar de declaraties die hij tot en met 15 juni heeft uitbetaald over behandelingen die in mei zijn uitgevoerd. Daar voegt hij de declaraties die hij na de vaststelling van de voorlopige CB over de maand april nog heeft uitbetaald over de zorg die in maart en april is geleverd. Oftewel, hij voegt de declaraties die hij tussen 16 mei en 15 juni heeft uitbetaald over behandelingen die in maart en april zijn uitgevoerd toe.

Zorgsoorten met DBC structuur of traject bekostiging

Voor de zorg die geleverd wordt door ZBC's, voor GRZ en Verloskunde wordt gebruik gemaakt van het geschatte niveau waarop tijdens de coronacrisis zorg geleverd kan worden. Deze percentages zullen iedere maand door ZN vastgesteld worden op basis van expertise van Gupta. In de onderstaande tabel staan de percentages die geldig zijn voor de maanden maart en april.

Zorgsoort	Verwachte omzet tijdens corona	Verwachte omzetdaling tijdens corona
ZBC's	34%	66%
Geriatrische revalidatiezorg	65%	35%
Verloskunde	95%	5%

Voor de continuïteitsbijdrage corrigeert de zorgverzekeraar de normomzet met de geschatte declaraties, d.w.z. met het percentage verwachte omzet tijdens corona x normomzet.