

Uitspraak in kort geding

Op 4 februari 2009 is uitspraak gedaan in een kort geding dat is aangespannen tegen de uitvoering van het "Convenant Bemiddeling in de thuiszorg bij AWBZ-erkende thuiszorginstellingen".

De voorzieningenrechter heeft daarin bepaald dat op dit moment geen uitvoering aan het convenant mag worden gegeven (www.rechtspraak.nl, LJ-nummer BH1818). Daarom is het niet mogelijk om u voor deelname aan te melden.ON

**Convenant Bemiddeling in de thuiszorg
bij AWBZ-erkende thuiszorginstellingen**



23 oktober 2008

Inhoudsopgave

Convenant Bemiddeling bij AWBZ-erkende thuiszorginstellingen

1	Inleiding	2
2	Uitgangspunten	2
3	Afspraken tussen partijen	3
4	Toezicht	3
5	Looptijd, periodieke evaluatie en beëindiging	4
6	Inwerkingtreding	4
Annex 1	Bemiddeling in de AWBZ-thuiszorg in natura per 1 januari 2009	5
	1. Basis nieuwe samenwerkingsvorm	5
	2. Voorwaarden nieuwe samenwerkingsvorm	5
	3. Fiscale en sociaalverzekeringsrechtelijke gevolgen nieuwe samenwerkingsvorm	5
Bijlage 1	Blauwdruk Bemiddeling in de AWBZ-thuiszorg in natura inclusief: - beoordeling fiscale en sociaalverzekeringsrechtelijke aspecten van de nieuwe samenwerkingsvorm (driehoeksverhouding) - modelovereenkomst(en)	6

Partijen:

Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN), gevestigd te Oosterhout in deze vertegenwoordigd door de heer J.C. Verschuren MBA

en

de Belastingdienst, in deze vertegenwoordigd door de heer drs. Th.W.M. Poolen, lid van het Managementteam Belastingdienst,

het Ministerie van VWS, in deze vertegenwoordigd door de heer drs. M.J. Boereboom, directeur-generaal LZ,

het UWV, in deze vertegenwoordigd door de heer ir. P.M.E. Dirix, directeur UWV Gegevensdiensten

sluiten een convenant.

1. Inleiding

In dit convenant worden de uitgangspunten en de wijze waarop partijen met elkaar om wens te gaan, vastgelegd. Partijen werken met elkaar samen op basis van wederzijds vertrouwen, begrip en transparantie, gericht op het onderhouden en versterken van de bereidheid om aan fiscale en sociaalverzekeringsrechtelijke verplichtingen te voldoen en op effectief toezicht met betrekking tot de in dit convenant opgenomen afspraken. In dit convenant staan in Annex 1 de voorwaarden vermeld, waaraan AWBZ-erkende thuiszorginstellingen moeten voldoen om binnen de wet- en regelgeving, binnen de AWBZ-zorg in natura, te bemiddelen voor zorgverleners, die niet in (fictieve) dienstbetrekking werkzaam willen zijn. Partijen streven naar het gezamenlijk vormgeven van effectief en efficiënt toezicht op de naleving van deze uitgangspunten. Tevens hebben de partijen de inspanningsverplichting op zich genomen om voor het verleden tot een voor alle partijen aanvaardbare oplossing te komen. Deze oplossing zal worden vastgelegd in een verklaring die als Annex 2 aan het convenant zal worden toegevoegd.

2. Uitgangspunten

Rechten en verplichtingen op basis van wet- en regelgeving zijn en blijven zonder enige beperking van toepassing.

Partijen spreken de intentie uit hun onderlinge relatie te baseren op vertrouwen, begrip en transparantie.

Partijen streven naar het bevorderen van een correcte uitvoering van de toepasselijke regelgeving binnen de branche met betrekking tot het in dit convenant opgenomen fiscale en sociaalverzekeringsrechtelijke onderwerpen.

Centraal staan rechtszekerheid, het onderhouden en versterken van de bereidheid om aan fiscale en sociaalverzekeringsrechtelijke verplichtingen te voldoen en effectief toezicht.

Niet-erkende thuiszorginstellingen, die in onderaanneming werken, kunnen in het kader van dit convenant met AWBZ-erkende thuiszorginstellingen worden gelijkgesteld, indien de rechtsverhoudingen (driehoeksverhouding) tussen de zorgverlener, de zorgvrager en de niet-erkende thuiszorginstelling in overeenstemming zijn met de in Annex 1 opgenomen voorwaarden. Zij kunnen evenals de AWBZ-erkende thuiszorginstellingen individueel aangeven het door de partijen ondertekende convenant te willen onderschrijven.

Partijen bevorderen dat zo veel mogelijk AWBZ-erkende thuiszorginstellingen uit de branche individueel aangeven het door de partijen ondertekende convenant te willen onderschrijven.

Partijen leggen actief de in de branche gesignaleerde fiscale (branchespecifieke) en sociaalverzekeringsrechtelijke onderwerpen aan elkaar voor en streven naar het duiden van de gevolgen met betrekking tot die onderwerpen en het vormgeven van toezicht op de naleving daarvan.

Partijen verstrekken daarbij binnen wet- en regelgeving zonder terughoudendheid en zonder voorbehoud inzicht in feiten, omstandigheden en risico's.

Partijen treden tenminste eenmaal per jaar met elkaar in overleg om dit convenant te actualiseren. Belastingdienst/Oost zal hiertoe het initiatief nemen. Het geactualiseerde convenant wordt gepubliceerd in september en vervangt het voorafgaande met ingang van 1 januari van het jaar daaropvolgend en is bindend voor de thuiszorginstellingen die hebben aangegeven het convenant te onderschrijven.

3. Afspraken tussen de partijen

Partijen hebben in Annex 1 bij deze overeenkomst de voorwaarden uitgewerkt waaraan de AWBZ-erkende thuiszorginstellingen moeten voldoen om vanaf 1 januari 2009 binnen de wet- en regelgeving, binnen de AWBZ-zorg in natura, te bemiddelen voor zorgverleners, die niet in (fictieve) dienstbetrekking werkzaam willen zijn.

4. Toezicht

Partijen streven naar het gezamenlijk vormgeven van effectief en efficiënt toezicht op de naleving van het convenant en spreken daartoe af dat het toezicht als volgt zal worden geregeld:

- De AWBZ-erkende thuiszorginstelling die individueel heeft aangegeven het convenant te willen onderschrijven, handelt conform de inhoud en bedoeling van dit convenant. Dit betekent onder andere, dat indien deze thuiszorginstelling de keuze maakt om vanaf 1 januari 2009 te bemiddelen voor zorgverleners, die niet in (fictieve) dienstbetrekking werkzaam willen zijn, dit doet volgens de in Annex 1 opgenomen voorwaarden. Het bestuur van de AWBZ-erkende thuiszorginstelling is verantwoordelijk voor het toezicht op de naleving van het convenant. Dit toezicht kan intern worden uitgeoefend (voldoende onafhankelijk). Het bestuur kan ook een (fiscaal) intermediair opdracht geven om de afspraken uit dit convenant te toetsen en de bevindingen te rapporteren aan het bestuur. Het bestuur is verantwoordelijk voor het verbinden van conclusies aan de feitelijke bevindingen (die via het interne toezicht of via de (fiscaal) intermediair zijn verkregen). Indien uit de bevindingen blijkt dat het convenant niet wordt nageleefd, neemt het bestuur herstelmaatregelen en/of maatregelen die herhaling voorkomen. Indien van toepassing worden de risico's in kaart gebracht en eventuele correcties aangebracht.
- Indien de AWBZ-erkende thuiszorginstelling zich committeert aan de in dit convenant beschreven werkwijze, volstaat de Belastingdienst met (ander) toezicht dat bestaat uit het steekproefsgewijs monitoren van de AWBZ-erkende thuiszorginstellingen, die het convenant onderschrijven, gericht op het naleven van de gemaakte afspraken. De uitkomsten van de beoordeling worden gebruikt voor de evaluatie van het convenant.

De thuiszorginstelling kan voor de niet in dit convenant opgenomen fiscale en sociaalverzekeringsrechtelijke onderwerpen te maken krijgen met andere vormen van toezicht door de Belastingdienst en met toezicht dat voortvloeit uit door de Belastingdienst uitgevoerde algemene toezichtacties.

5. Looptijd, periodieke evaluatie en beëindiging

Dit convenant zal jaarlijks worden geëvalueerd door de bij dit convenant betrokken partijen. Dit zal geïnitieerd worden door Belastingdienst/Oost.

De convenantpartners kunnen in bijzondere omstandigheden dit convenant met onmiddellijke ingang beëindigen. Zij zullen dat echter niet doen voordat de intentie daartoe schriftelijk kenbaar is gemaakt. Daarbij wordt het voornemen met redenen omkleed.

Daarnaast zal de beëindiging in een mondeling overleg worden toegelicht, indien door tenminste één van de partijen kenbaar gemaakt is dat daarop prijs wordt gesteld.

AWBZ-erkende thuiszorginstellingen hebben per 1 januari van ieder jaar het recht individueel hun aansluiting bij het convenant te beëindigen, door dit uiterlijk 31 december van het lopende jaar schriftelijk kenbaar te maken aan de Belastingdienst. Wegens bijzondere omstandigheden kan het convenant ook tussentijds door de AWBZ-erkende thuiszorginstelling worden beëindigd. In het laatste geval wordt het voornemen daartoe schriftelijk en met redenen omkleed aan de Belastingdienst kenbaar gemaakt.

Overigens behoudt ook de Belastingdienst het recht om het convenant met een individuele thuiszorginstelling wegens bijzondere omstandigheden te beëindigen. Het voornemen daartoe wordt in dat geval ook schriftelijk en met redenen omkleed aan de betreffende thuiszorginstelling kenbaar gemaakt.

Door het beëindigen van het convenant vervalt voor de betreffende thuiszorginstelling het (andere) toezicht zoals onder punt 4. Toezicht is beschreven.

6. Inwerkingtreding

Dit convenant treedt in werking door ondertekening door de partijen.

Den Haag, 23 oktober 2008.

Namens Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN),

J.C. Verschuren MBA

Namens de Belastingdienst,

Drs. Th.W.M. Poolen

Namens het Ministerie van VWS,

Drs. M.J. Boereboom

Namens het UWV,

ir. P.M.E. Dirix

Annex 1 Bemiddeling in de AWBZ-thuiszorg in natura per 1 januari 2009

1. Basis nieuwe samenwerkingsvorm

Basis voor de in annex 1 opgenomen voorwaarden waaraan AWBZ-erkende thuiszorginstellingen moeten voldoen om per 1 januari 2009 te bemiddelen binnen de AWBZ-thuiszorg in natura, voor zorgverleners die niet in (fictieve) dienstbetrekking werkzaam willen zijn, is de Model blauwdruk "Bemiddeling in de thuiszorg bij AWBZ-erkende instellingen" opgenomen in bijlage 1.

2. Voorwaarden nieuwe samenwerkingsvorm

In de blauwdruk is een nieuwe samenwerkingsvorm tot stand gekomen waarbij in fiscale en sociaalverzekeringsrechtelijke zin is uitgesloten dat sprake is van een (fictieve) dienstbetrekking in situaties dat een zorgvrager kiest voor AWBZ-thuiszorg in natura binnen de driehoek:

1. AWBZ-erkende thuiszorginstelling¹
2. Zorgverlener
3. Zorgvrager (die kiest voor AWBZ-thuiszorg in natura)

De nieuwe samenwerkingsvorm is mede tot stand gekomen in samenwerking met VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en BTN en afgestemd met de Belastingdienst en het UWV.

Essentie (voorwaarden) van de nieuwe samenwerkingsvorm per 1 januari 2009 zoals uitgewerkt in de blauwdruk zijn:

- De verantwoordelijkheid inzake bemiddeling (de match) en de verantwoordelijkheid voor de zorginhoudelijke aspecten staan los van elkaar.
- De AWBZ-erkende thuiszorginstelling (hierna: instelling) is uitsluitend verantwoordelijk voor de bemiddeling (de match).
- De zorgverlener is rechtstreeks verantwoordelijk voor en aanspreekbaar op de kwaliteit van de verleende zorg. Door die eigen verantwoordelijkheid van de zorgverlener kan deze zich, zonder toestemming van de instelling, vrijelijk laten vervangen en de vervangende zorgverlener zelf uitbetalen.
- De zorgvrager heeft in de nieuwe samenwerkingsvorm enerzijds een eigen betalingsverplichting ten opzichte van de instelling voor de bemiddelingsprestatie en anderzijds een eigen betalingsverplichting ten opzichte van de zorgverlener voor de geïndiceerde zorgverlening. De zorgvrager kan de instelling machtigen een deel van zijn toegekende AWBZ-vergoeding (budget) te besteden aan haar bemiddeling en een deel door te betalen aan de zorgverlener.

Deze rechten en plichten/verantwoordelijkheden over en weer tussen de drie betrokken partijen zijn vastgelegd in de bij de blauwdruk gevoegde bijlagen.

3. Fiscale- en sociaal verzekeringsrechtelijke gevolgen nieuwe samenwerkingsvorm

In hoofdstuk 6 van de blauwdruk worden de fiscale- en sociaalverzekeringsrechtelijke gevolgen beschreven. Belangrijkste conclusie is dat binnen de driehoeksverhouding geen sprake is van een (fictieve) dienstbetrekking. Omdat het inhoudingsrisico is uitgesloten in deze nieuwe samenwerkingsvorm komt de noodzaak voor de zorgvrager en/of de instelling om van de zorgverlener een VAR WUO te ontvangen te vervallen.

Voor de zorgverlener werkt deze kwalificatie van de arbeidsrelatie door naar de inkomstenbelasting. Of de inkomsten van de zorgverlener kunnen worden aangemerkt als winst uit onderneming of resultaat uit overige werkzaamheden hangt af van de individuele situatie.

¹. Niet-erkende thuiszorginstellingen, die in onderaanneming werken, kunnen in het kader van dit convenant met AWBZ-erkende thuiszorginstellingen worden gelijkgesteld, indien de rechtsverhoudingen (driehoeksverhouding) tussen de zorgverlener, de zorgvrager en de niet-erkende thuiszorginstelling in overeenstemming zijn met de in Annex 1 opgenomen voorwaarden.

Bijlage 1

MODEL BLAUWDruk

**BEMIDDELING IN DE THUISZORG BIJ AWBZ-
ERKENDE THUISZORGINSTELLINGEN**

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	7
1 Blauwdruk	8
1.1 Uitgangspunten	8
1.2 Definities.....	8
2 Samenvatting	9
3 Zorg- en kwaliteitswetgeving	11
3.1 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)	11
3.2 Kwaliteitswet Zorginstellingen	13
Cliëntgerichtheid.....	14
3.3 Wet Klachtenrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ)	17
3.4 Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ).....	19
4 Geldstroom	21
4.1 Uitgangspunten	21
4.2 Praktische uitwerking	22
5 (Persoonlijke) arbeid	24
5.1 Uitgangspunt bij vrije vervanging	24
5.2 Praktische uitwerking	24
6 Driehoeksverhouding	25
6.1 Uitgangspunten driehoeksverhouding.....	25
6.2 Beoordeling dienstbetrekking.....	25
6.2.1. Echte dienstbetrekking	25
6.2.2 Fictieve dienstbetrekking	26
6.2.3 Afwijkende situaties	26
7 Vrijwaring inhoudingen en afdrachten	27
8 Criteria voor ondernemerschap van een ZOZ-er	28
9 Afspraken omtrent implementatie	29
10 Modelcontracten	30
10.1 Afspraken over opdracht	30
10.2 Afspraken over Kwaliteit.....	31
10.3 Afspraken over debiteurenrisico.....	31
10.4 Afspraken over gezagsverhouding.....	31
10.5 Afspraken over persoonlijke arbeid.....	31
10.6 Afspraken over honorarium	31
11 Bijlagen: modelovereenkomsten	32

1 Blauwdruk

1.1 Uitgangspunten

Uitgangspunt bij het maken van landelijke afspraken is dat organisaties op een uniforme wijze georganiseerd zijn dan wel bereid zijn zich op een (zoveel mogelijk) uniforme wijze te organiseren. Deze door partijen (Ministerie van VWS en Financiën, Belastingdienst en Brancheorganisaties) opgestelde blauwdruk dient daarbij als uitgangspunt gehanteerd te worden.

De uitgangspunten in deze blauwdruk zijn van toepassing op bemiddeling van Zelfstandig Ondernemend Zorgverleners (ZOZ-ers) in de AWBZ- zorg in natura (publiek gefinancierde zorg).

1.2 Definities

Onderstaande begrippen hebben geen fiscale en sociaalverzekeringsrechtelijke status maar zijn nader gedefinieerd zodat het voor alle betrokken partijen duidelijk is wat met de betreffende begrippen wordt bedoeld.

Zorgvrager

Een zorgvrager is een persoon die zorg behoeft en inkoop en zich kan laten vertegenwoordigen door een zaakwaarnemer.

Bemiddeling

Bemiddeling is het koppelen van de (zorg)vraag van een zorgvrager aan het aanbod van zorg door Zelfstandig Ondernemende Zorgverleners.

Bemiddelingsbureau

Een bemiddelingsbureau in (thuis)zorg is een dienstverlenend bureau dat zorgt voor een verantwoorde match tussen vraag en aanbod. Daarnaast kunnen tegen betaling additionele diensten worden aangeboden aan zorgvragers en zorgverleners.

Zelfstandig ondernemend Zorgverlener (ZOZ-er)

Een Zelfstandig Ondernemend Zorgverlener (ZOZ-er) is een zelfstandige zonder personeel (ZZP-er) die als zorgverlener werkzaam is voor eigen risico en rekening (al dan niet op basis van indicaties), een professional met eigen visie op zijn beroepsuitoefening.

Voor de thuiszorg zijn dit onderstaande professionals:

- verpleegkundigen
- ziekenverzorgenden
- verzorgenden, gediplomeerd
- verzorgenden, niet gediplomeerd, met eerder verworven competenties/ervaring

2 Samenvatting

De partijen Ministeries van VWS en Financiën, Belastingdienst, UWV en de Brancheorganisatie Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) hebben overleg gevoerd met als doelstelling te komen tot een samenwerkingsvorm waarbij in fiscale en sociaalverzekeringsrechtelijke zin is uitgesloten dat sprake is van een (fictieve) dienstbetrekking in situaties dat een zorgvrager kiest voor AWBZ-zorg in natura binnen de driehoek:

1. AWBZ-erkende thuiszorginstelling
2. Zorgverlener
3. Zorgvrager (die kiest voor AWBZ-zorg in natura)

VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en BTN hebben het onder andere op zich genomen de voorstellen in de blauwdruk nader te concretiseren in de vorm van een nieuw te ontwikkelen model (bemiddelings)contract die zorgkantoren kunnen gebruiken om zorg in te kopen zoals bedoeld in artikel 6 AWBZ (AWBZ-zorg in natura). Met dit nieuwe model (bemiddelings)contract kan de basis worden gelegd voor een samenwerkingsvorm tussen de betreffende drie partijen die niet leidt tot aanwezigheid van een (fictieve) dienstbetrekking.

Om dit te kunnen bereiken zal een model (bemiddelings)contract worden ontwikkeld ten behoeve van de zorgkantoren waarin onder andere een duidelijke splitsing in verantwoordelijkheden/prestaties zal worden opgenomen. Enerzijds de volle verantwoordelijkheid voor de AWBZ-erkende instelling ten aanzien van het bemiddelingsproces (de match) en anderzijds de volle verantwoordelijkheid voor de kwalitatief verantwoorde zorgverlening voor de individuele bemiddelde zorgverlener. Daarnaast worden in de blauwdruk nog meer noodzakelijke activiteiten genoemd die dit onderscheid in verantwoordelijkheden/prestaties voor alle drie betrokken partijen binnen de driehoek duidelijk maken.

Die bemiddelde zorgverlener is daarmee volledig en rechtstreeks verantwoordelijk en aanspreekbaar op de kwaliteit van de verleende zorg. Toezichhoudende instanties/autoriteiten zoals de IGZ zullen de zorgverlener daarop aanspreken en indien nodig rechtstreeks en persoonlijk verantwoordelijk stellen. Door deze eigen verantwoordelijkheid van de zorgverlener is het ook mogelijk om, zonder toestemming van de AWBZ-erkende instelling, zich vrijelijk te laten vervangen en deze vervangende zorgverlener ook zelf uit te betalen zonder enige bemoeienis van de AWBZ-erkende instelling.

Tevens zal in het door VWS, ZN en BTN te ontwikkelen model (bemiddelings)contract ten behoeve van de zorgkantoren inzake de AWBZ-geldstroom zodanige afspraken worden gemaakt dat de zorgvrager zelf verantwoordelijk is voor toedeling van de AWBZ-vergoeding. Op die wijze heeft de zorgvrager rehtens en feitelijk enerzijds een eigen betalingsverplichting ten opzichte van de AWBZ-erkende instelling voor de bemiddeling en anderzijds een eigen betalingsverplichting ten opzichte van de zorgverlener voor de geïndiceerde zorgverlening. De zorgvrager kan de AWBZ-erkende instelling machtigen een deel van zijn toegekende AWBZ-vergoeding (budget) te besteden aan haar bemiddeling en een deel door te betalen aan de zorgverlener.

Deze rechten en plichten/verantwoordelijkheden over en weer tussen de drie betrokken partijen moeten duidelijk worden vastgelegd in nog te ontwikkelen modelcontacten.

Indien partijen zich vervolgens daadwerkelijk rechtens en feitelijk als zodanig op basis van de te ontwikkelen modelcontracten gedragen, kan bij voorbaat worden vastgesteld dat geen sprake is van een (fictieve) dienstbetrekking binnen de driehoek. Voor de zorgverlener werkt deze kwalificatie van de arbeidsrelatie door naar de inkomstenbelasting. Of de inkomsten kunnen worden aangemerkt als winst uit onderneming zal afhangen van de individuele situatie. Indien geen sprake is van winst uit onderneming worden de inkomsten aangemerkt als resultaat uit overige werkzaamheden.

3 Zorg- en kwaliteitswetgeving

3.1 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

In deze wet wordt verstaan onder zorgaanbieder (artikel 1):

1. Een instelling of persoon die zorg verleent als bedoelt in artikel 6.

Artikel 6:

1. De verzekerden hebben aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Tot deze zorg behoren voorzieningen tot behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid of strekkende tot verbetering van levensomstandigheden, alsmede maatschappelijke dienstverlening.
2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat, geregeld, en kunnen voor het tot gelding brengen van de aanspraken voorwaarden worden gesteld.
3. De zorgverzekeraars dragen er zorg voor dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun aanspraken op zorg tot gelding kunnen brengen.

Doel van de wet

De verzekerden hebben aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Tot deze zorg behoren voorzieningen tot behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid of strekkende tot verbetering van levensomstandigheden, alsmede maatschappelijke dienstverlening.

Aanspraak op zorg, aangewezen ingevolge het indicatieorgaan, bestaat slechts indien en gedurende de periode waarvoor het bevoegde indicatieorgaan op een door de verzekerde ingediende aanvraag heeft besloten dat deze naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangewezen. De verzekerde die zijn aanspraak op zorg tot gelding wil brengen, wendt zich daartoe tot een zorgaanbieder naar eigen keuze, met wie de zorgverzekeraar waarbij hij is ingeschreven tot dat doel een overeenkomst heeft gesloten.

Kerntaak van zorgkantoor

Het bewerkstelligen van voldoende zorg, kwalitatief passende en doelmatige zorg². Het zorgkantoor richt zich op vraaggestuurde en (kosten)-effectieve zorg. Het resultaat vanuit "vraaggestuurde zorg" is het inkoopbeleid gericht op;

- Toegankelijkheid (gelijke toegang tot zorg ongeacht persoonskenmerken als inkomen)
- Tijdigheid (vermijden van onnodige en schadelijke wachttijden)
- Effectiviteit (aansluiten op noden van cliënten, "state of the art" van zorgverlening)
- Efficiency (zuinige aanwending van hulpbronnen)

² De drie punten zijn omschreven als:

- Voldoende: het volume van zorg, verbijzonderd naar doelgroepen, is voldoende om te voorzien in de totale zorgvraag en maakt tijdige zorglevering mogelijk (geen onaanvaardbaar wachttijd).
- Doelmatigheid: de gecontracteerde zorg is de "goedkoopste adequate oplossing bij de vraag van (kwalitatief toereikende zorg bij zo laag mogelijke kosten).
- Kwaliteit: de zorg is een effectieve remedie voor de stoornissen en beperkingen die cliënten ondervinden, en sluit aan bij voorkeuren van cliënten t.a.v. de wijze(n) van zorglevering.

- Cliëntgerichtheid (recht doen aan individuele voorkeuren en waarden van de patiënt).

Contractcriteria tussen zorgkantoor en zorgaanbieder

De overeenkomst tussen zorgkantoor en zorgaanbieder bevatten bepalingen over:

- Tijdstip waarop de overeenkomst aanvangt, de duur en tussentijdse beëindiging van de overeenkomst.
- De aard, kwaliteit, doelmatigheid en omvang van de te verlenen zorg.
- De prijs van de te verlenen zorg.
- De wijze waarop verzekeren van informatie worden voorzien.
- De controle op naleving van de overeenkomst, waaronder begrepen de controle op de te verlenen dan wel verleende zorg en op de juistheid van de daarvoor in rekening gebrachte bedragen.
- De administratieve voorwaarden die partijen bij de uitvoering van de overeenkomst in acht zullen nemen.

Uitwerking van deze wet door zorgkantoor en bemiddelingsbureaus

Het zorgkantoor sluit een contract met het bemiddelingsbureau en spreekt deze aan indien de afspraken in het contract niet (voldoende) worden nageleefd. Dit kan leiden tot andere contractafspraken voor een volgende periode of beëindiging van de contactafspraken.

Het zorgkantoor spreekt nooit de zorgverlener aan op naleving van het contract tussen zorgkantoor en bemiddelingsbureau. Er is geen relatie tussen de zorgverlener en het zorgkantoor.

Het bemiddelingsbureau en zorgkantoor maken contractafspraken over de te leveren zorg en functies tegen een bepaald tarief (dat meestal lager ligt dan het tarief voor instellingen die werken met werknemers in loondienst). In de contractafspraken is opgenomen hoe de zorg is georganiseerd (inzet van ZOZ-ers).

Het bemiddelingsbureau informeert de cliënten over het te gelde maken van indicatie, de inzet van ZOZ-ers en de diensten die door het bemiddelingsbureau geleverd worden.

Met betrekking tot controle op verleende zorg en de juistheid van de daarvoor in rekening gebrachte bedragen wordt het uitgangspunt gehanteerd dat indien het overzicht geleverde uren niet door de zorgvrager is ondertekend, er geen betaling van facturen kan plaatsvinden.

Met betrekking tot administratieve voorwaarden wordt de wens voor een uniforme aanlevering van gegevens aan de zorgverlener kenbaar gemaakt. De zorgverlener bepaalt echter zelf hoe deze de gegevens aanlevert.

Binnen de wet- en regelgeving ziet de Belastingdienst momenteel onvoldoende verschillen in modelovereenkomsten van aanbieders met loondienstconstructie en contracten voor Bemiddelingsorganisaties. Het criterium voor de Belastingdienst is een juiste toetsing op proces en inhoud. Belangrijk is om te constateren dat bemiddelingsorganisaties toezien op de kwaliteit van het proces en dat de individuele ZOZ-ers verantwoordelijk zijn voor kwalitatieve zorgverlening (inhoud).

VWS, ZN en BTN hebben het onder andere op zich genomen de voorstellen in de blauwdruk nader te concretiseren in de vorm van een nieuw te ontwikkelen model (bemiddelings)contract die zorgkantoren kunnen gebruiken om zorg in te kopen zoals bedoeld in artikel 6 AWBZ (AWBZ-zorg in natura). Met dit nieuwe model (bemiddelings)contract kan de basis worden gelegd voor een samenwerkingsvorm tussen de betreffende drie partijen die niet leidt tot aanwezigheid van een (fictieve) dienstbetrekking.

3.2 Kwaliteitswet Zorginstellingen

In deze wet wordt verstaan onder zorgaanbieder (artikel 1):

1. Een rechtspersoon of natuurlijk persoon, die een instelling in stand houdt.
2. De rechtspersonen of natuurlijke personen, die gezamenlijk een instelling in stand houden.

Doel van de wet

De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt. De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, voorziet de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel, en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg.

Afspraken met zorgkantoor over kwaliteit

Bij contractering geldt het algemene vereiste dat de instelling beschikt over een werkend kwaliteitssysteem of dat aantoonbaar realiseert. Met een dergelijk systeem volgt en verbetert de instelling de interne werkprocessen met het oog op goede resultaten voor de cliënten.

Het vereist een “werkend kwaliteitssysteem” volgens de Kwaliteitswet.

Als leidraad geldt dat de zorginstelling zelf een passend kwaliteitssysteem kiest (want de aanbieder is primair verantwoordelijk voor kwaliteit van zorg). Dit systeem moet landelijk erkend zijn en gepaard gaan met een externe audit. Het moet ruimte bieden voor landelijk benoemde aandachtsvelden “verantwoorde zorg” en de prestaties moeten verhelderd worden met klantervaringonderzoek.

Kwaliteitsborging is primair een verantwoordelijkheid van de aanbieder. Het zorgkantoor stuurt op de toepassing van een kwaliteitssysteem, de uitvoering van verbetertrajecten die de instelling in afstemming met cliëntenraden ter hand neemt.

Uitwerking van deze wet door bemiddelingsbureaus

Werkwijze bemiddelingsbureau met betrekking tot verantwoorde zorg

Doeltreffendheid

Er wordt door het zorgkantoor gestreefd naar een voldoende en passend zorgaanbod in het licht van de totale zorgvraag, c.q. de geïndiceerde zorgvraag.

De cliënt ontvangt een indicatie voor zorg ingedeeld in functies gebaseerd op de behoefte van de cliënt. Het bemiddelingsbureau zoekt een bevoegde en bekwame zorgverlener afgestemd op de in de indicatie genoemde zorgvraag/functies.

Doelmatigheid

- Doelmatigheid kan bereikt worden door een mix van producten: de verhouding van goedkopere versus duurdere zorgprestaties waarmee adequaat wordt voorzien in de zorgvragen. Het bemiddelingsbureau stemt met de cliënt af welke soort zorg noodzakelijk is en hoe de gevraagde zorg in de productenmix geleverd moet worden.
- Doelmatigheid kan bereikt worden door per cliënt te komen tot een passende invulling van een zorgvraag binnen de geïndiceerde functie/klasse. Het bemiddelingsbureau stemt de invulling van de gewenste zorgvraag af met de cliënt en bekijkt de noodzakelijke zorgvraag in relatie tot de functie/klasse.
- Doelmatigheid kan bereikt worden door onderhandeling over de prijs. De

bemiddelingsbureaus onderhandelen met het zorgkantoor over de tarieven. Door NZa is uit onderzoek geconcludeerd dat deze tarieven meestal lager kunnen zijn dan de tarieven die gehanteerd worden door instellingen met medewerkers in loondienst vanwege lagere overheadkosten.

Cliëntgerichtheid

De geleverde zorg is afgestemd op de behoefte van de cliënt en wordt cliëntgericht geleverd.

Na de match tussen zorgvrager en zorgverlener wordt tussen deze partijen de te leveren zorg ingevuld en afgestemd. De geleverde zorg wordt altijd gebaseerd op de wensen van de cliënt.

Werkwijze van bemiddelingsbureau met betrekking tot de organisatie van zorgverlening

Een bemiddelingsbureau verricht activiteiten en diensten voor de zorgvrager. De zorgvrager kan het bemiddelingsbureau verzoeken de bemiddeling en coördinatie van de zorg over te nemen als haar vertegenwoordiger.

Het bemiddelingsbureau inventariseert dan bij de zorgvrager de wensen rondom de invulling van de vraag naar zorg. Dit kan betekenen dat het bemiddelingsbureau de opdracht van de zorgvrager krijgt om de zorgvraag in te vullen door middel van het inschakelen van (meerdere) deskundige ZOZ-ers, de continuïteit van zorglevering te waarborgen en de zorgvraag en het aanbod aan te passen indien gewenst of noodzakelijk.

De zorgvrager kan het bemiddelingsbureau verzoeken de administratieve afhandeling van de financiering van de zorg namens haar te coördineren en uit te voeren. Het bemiddelingsbureau verzamelt de urenstaten en de facturen van de zorgverleners en bundelt deze documenten zodat de zorgvrager een duidelijk en correct overzicht krijgt over de geleverde en gefactureerde zorguren. Tevens beschikt het bemiddelingsbureau hiermee over de gegevens om aan haar administratieve verplichtingen te voldoen jegens CAK en zorgkantoor.

Het bemiddelingsbureau kan op verzoek van de zorgvrager zorg dragen voor het beheer van de financiële middelen ten behoeve van de financiering van de zorg en kan de kassiersfunctie vervullen voor de zorgvrager om de zorgverleners voor de geleverde zorg te betalen.

Het bemiddelingsbureau matcht een bevoegd en bekwaam zorgverlener (geselecteerd op basis van diploma's, verworven competenties, specifieke deskundigheid) met de zorgvrager. Hierbij is voor alle partijen duidelijk gemaakt door middel van contractafspraken waar de verantwoordelijkheden liggen. Het bemiddelingsbureau is verantwoordelijk voor de match en coördinatie van de zorg in opdracht van de cliënt. De zorgverlener is verantwoordelijk voor de geleverde zorg zowel inhoud als kwaliteit. De zorgverlener is een erkend zorgverlener, wat blijkt uit registratie in het register van een erkend keurmerkinstituut zoals de Stichting Keurmerk ZOZ. De zorgverlener kan zich legitimeren door middel van zijn/haar Keurmerkpas.

Een instelling waaronder een bemiddelingsbureau krijgt een AWBZ-toelating op basis van de in de WTZi bepaalde criteria. Indien een organisatie een toelating heeft, bepaalt een individueel zorgkantoor of met betreffende organisatie productieafspraken gemaakt worden.

In een onderhoud met VWS heeft IGZ aangegeven dat de kwaliteitswetgeving geen aanleiding geeft tot een veronderstelde arbeidsrelatie. IGZ kijkt vanuit haar

verantwoordelijkheden naar de geleverde kwalitatieve output. Indien misstanden geconstateerd worden, zal, indien de zorg door een ZOZ-er is geleverd, de IGZ de individuele zorgverlener hierop aanspreken.

Alle gediplomeerde beroepsbeoefenaren, actief in AWBZ-gerelateerde zorg, vallen onder de Wet BIG, waarbij alleen Verpleegkundigen in een register geregistreerd zijn. Het deskundigheidsniveau is bepalend voor de Wet BIG.

Bij calamiteiten zal De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) de betreffende ZOZ-er aanspreken op geconstateerde feiten c.q. niet adequaat handelen. De ZOZ-er zal vanuit IGZ de gelegenheid krijgen verbeteringen aan te brengen. Indien dit niet of onvoldoende gebeurt, kan de betreffende ZOZ-er in het kader van de Wet BIG als uiterste sanctie door IGZ op zijn deskundigheid aangesproken worden waardoor ze de professie van verzorgende of verpleegkundige niet meer uit mogen oefenen. Daarnaast kan besloten worden tot tuchtrechterlijke vervolging. IGZ zal haar bevindingen over misstanden zichtbaar maken op een openbare website zodat bij frequente klachten het bemiddelingsbureau kan bepalen een betreffende ZOZ-er niet meer te matchen.

Werkwijze van bemiddelingsbureau met betrekking tot kwaliteitsbewaking

De bemiddelingsbureaus beschikken over een werkend kwaliteitssysteem gebaseerd op HKZ-schema bemiddeling dat door een externe audit jaarlijks wordt getoetst. De resultaten van de audits worden meegenomen in de kwaliteitscyclus van de organisatie. Het kwaliteitssysteem in de bemiddelingsorganisatie richt zich op de processen zonder zeggenschap te hebben op de inhoud van de zorgverlening en naleving van de kwaliteit van de geleverde zorg. In deze setting kan het bemiddelingsbureau geen kwaliteit afdwingen bij de ZOZ-er.

Zoals al eerder gememoreerd toetst IGZ wel op de kwaliteit van het proces en kan bij negatieve bevindingen een aanvullende rol spelen bij het stopzetten van contracten met het Zorgkantoor. Om nog een beter onderscheid te maken op het gebied van kwaliteit heeft BTN in samenspraak met VWS het initiatief genomen om een onafhankelijk door de sector gedragen keurmerk voor ZOZ-ers te ontwikkelen. In een breed gedragen stuurgroep zal ook IGZ vertegenwoordigd zijn om voor haar belangrijke criteria in te brengen bij het vaststellen van de uitgangspunten van het keurmerk.

Het hieronder beschreven keurmerk voor ZOZ-ers geeft de mogelijkheid om de kwaliteit te verifiëren. Een ZOZ-er biedt kwaliteit van zorg binnen eigen kaders en mogelijkheden. Deze kwaliteit dient te voldoen aan de wet- en regelgeving in de gezondheidszorg (waar mogelijk) en aan normen en indicatoren afgestemd op geleverde zorg door ZOZ-ers. Een ZOZ-er is werkzaam volgens de gedrags- en beroepscode die is vastgesteld door de sector en houdt zich bovendien aan de Wet op de bescherming persoonsgegevens.

BTN ontwikkelt op dit moment een keurmerk voor ZOZ-ers. Om meetbare kwaliteit te kunnen leveren door de ZOZ-er moet er een methodiek worden ontwikkeld om de kwaliteit van dienstverlening meetbaar en aantoonbaar te maken. De doelstellingen voor het keurmerk zijn daarom als volgt gesteld.

1. Het ontwikkelen van een kwaliteitsinstrument voor ZOZ-ers in de zorg dat:

- Voldoet aan landelijke wet- en regelgeving in de gezondheidszorg;
- Voldoet aan Normen voor verantwoorde zorg thuis;
- Is gericht op outputindicatoren.

2. Het realiseren van een kwaliteitskeurmerk voor ZOZ-ers in de zorg dat

voor zorgvragers een waarborg geeft voor kwalitatief goede zorg volgens vastgestelde richtlijnen, normen en indicatoren.

Het (nog te ontwikkelen) keurmerk voor ZOZ-ers is gericht op een aantal onderdelen:

1. kwaliteit van zorg en diensten
 - o beschrijving van proces van zorgverlening en borging door ZOZ-er in een kwaliteitssysteem
 - o kwaliteitskader voor verantwoorde zorg thuis gericht op ZOZ-er
 - o kwaliteitsnormen voor verantwoorde zorg thuis gericht op ZOZ-er
 - o kwaliteitshandboek ZOZ
 - o registratie in Keurmerkregister op basis van Norm ZOZ en legitimatie als erkend zorgverlener door middel van Keurmerkpas
 - o Kwaliteitstoetsing en certificering op basis van gedragscompetenties
 - o protocollen en richtlijnen met betrekking tot de zorgverlening
2. klachtenafhandeling
 - o klachtenreglement/-regeling
 - o verplichte aansluiting van ZOZ-er bij klachtencommissie
 - o procedure voor indienen van klachten van zorgvrager bij klachtencommissie
 - o procedure voor behandeling van klachten door klachtencommissie
3. kwaliteit van de onderneming
 - o beschrijving van voorwaarden voor ondernemen als ZOZ-er
 - o beschrijving van proces van ondernemen door ZOZ-er
 - o opstellen van (uniforme) documenten/overeenkomsten ten behoeve van ondernemerschap
4. deskundigheidsbevordering
 - o criteria voor deskundigheidsbevordering gerelateerd aan soort zorgverlening
 - o registratie van deskundigheidsbevordering
5. klanttevredenheid
 - o richtlijnen voor evaluatie van geleverde zorg
 - o houden van klanttevredenheidsonderzoek door middel van vragenlijst CQ
 - o index toegespitst op levering van zorg door ZOZ-ers
 - o presentatie van klantervaringen

De ZOZ-er wordt op basis van de Norm ZOZ opgenomen in het register van een erkend keurmerkinstituut zoals de Stichting Keurmerk ZOZ en kan zich legitimeren met de persoonlijk Keurmerkpas.

De kwaliteit van zorg en dienstverlening (proces) van de ZOZ-er wordt door een derde onafhankelijke externe partij door middel van externe audits getoetst bij de ZOZ-er. De toetsing heeft betrekking op naleving van de richtlijnen, procedures en voorwaarden opgenomen in bovengenoemde onderdelen van keurmerk. Daarnaast wordt de kwaliteit van de zorgverlener in kaart gebracht aan de hand van het toetsen van gedragscompetenties. Indien een ZOZ-er voldoet aan de gestelde criteria, wordt het kwaliteitscertificaat uitgereikt en ontvangt de zorgverlener een Keurmerkpas met certificaataanduiding en vindt registratie plaats in het openbare register van een erkend keurmerkinstituut zoals de Stichting Keurmerk ZOZ. Indien niet blijvend voldaan wordt aan de criteria of als blijkt dat de ZOZ-er aangesproken is door IGZ op basis van niet adequaat handelen en daar geen gevolg aan heeft gegeven, zal het keurmerk ingetrokken worden en de individuele ZOZ-er uit het register verwijderd worden. Dit wordt vastgelegd in de criteria van het kwaliteitskeurmerk. Met het keurmerk kan de

ZOZ-er aantonen dat kwaliteit van de geleverde zorg die wordt geboden, gebaseerd is op criteria opgenomen in het keurmerk.

Het keurmerk biedt de garantie dat er sprake is van door een externe partij getoetste verantwoorde zorg en zorgverlening zonder dat er sprake is van een sturende rol van de bemiddelingsbureaus.

De insteek is om vanaf 1-1-2009 het register te openen.

Werkwijze van bemiddelingsbureau met betrekking tot verslaglegging

Het bemiddelingsbureau legt verantwoording af door middel van het jaardocument Zorg. In dit document legt ze verantwoording af omtrent verantwoorde zorg, organisatie van zorg, kwaliteitsbewaking zoals hierboven omschreven.

3.3 Wet Klachtenrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ)

In deze wet wordt verstaan onder zorgaanbieder (artikel 1):

1. Een rechtspersoon of natuurlijk persoon, die een instelling in stand houdt.
2. De rechtspersonen of natuurlijke personen, die gezamenlijk een instelling in stand houden.
3. Een natuurlijke persoon die anders dan in het kader van een dienstverband met een instelling, zorg als om schreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet, WMO en de AWBZ verleent.

Doel van de wet

Het doel van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) is het creëren van een laagdrempelige mogelijkheid voor cliënten om klachten via een formele procedure aan de orde te stellen teneinde een gezaghebbende uitspraak te verkrijgen. Een klacht op grond van de WKCZ is de meest aangewezen weg wanneer de cliënt er met de betreffende persoon of zorgaanbieder zelf niet uitkomt. De overheid heeft elke zorgaanbieder in de WKCZ verplicht een regeling te treffen voor de behandeling van klachten tegen hemzelf of tegen bij hem werkzame personen en deze regeling op passende wijze onder de aandacht te brengen.

Algemeen gangbare werkwijze

De wetgever heeft de invulling van de klachtenprocedure binnen de hieronder geschetste kaders overgelaten aan de zorgaanbieder. De precieze werkwijze is dus niet bij wet geregeld.

Inhoud van de klachtenregeling:

- De klacht moet worden behandeld door een klachtencommissie die bestaat uit ten minste drie leden waarvan één een onafhankelijk voorzitter moet zijn. Zo'n klachtencommissie moet de zorgaanbieder zelf instellen of hij moet zich bij een bestaande klachtencommissie aansluiten.
- Aan de behandeling van de klacht mag niet worden deelgenomen door degene over wie wordt geklaagd.
- De klager en degene over wie wordt geklaagd moeten in de gelegenheid worden gesteld een toelichting te geven (het principe van hoor en wederhoor).
- De klachtencommissie moet functioneren volgens een reglement. Doorgaans heet dit kortweg een klachtenreglement. Elke zorgverlener/zorgaanbieder moet zo'n klachtenreglement (laten) opstellen en ter inzage hebben.
- Het reglement moet onder meer de termijnen noemen waarbinnen de behandeling van de klacht moet zijn afgehandeld.

- De klachtencommissie stelt de klager, degene over wie wordt geklaagd en de zorgaanbieder schriftelijk en met redenen omkleed in kennis van haar oordeel over de klacht.
- Het reglement moet waarborgen dat de cliënt zich bij de behandeling van de klacht kan laten bijstaan.

Uitwerking van deze wet voor bemiddelingsbureaus en ZOZ-ers

Het bemiddelingsbureau neemt het initiatief om een klachtencommissie te (laten) installeren of aan te sluiten bij een bestaande klachtencommissie. Na installatie is betreffende klachtencommissie geheel zelfstandig. Deze klachtencommissie bestaat uit onafhankelijke (niet aan het bemiddelingsbureau gebonden) leden. Dit gaat verder dan de wet waardoor er een waarborg is dat er bij klachtenafhandeling door de klachtencommissie geen relaties bestaan tussen bemiddelingsbureau en zorgverlener.

De klachtencommissie kan voor beide partijen klachten in behandeling nemen zonder dat er onderlinge relaties bestaan. Doordat de leden van de klachtencommissie onafhankelijk zijn van de activiteiten van het bemiddelingsbureau heeft het bemiddelingsbureau geen invloed op de commissie en kan geen oordeel vormen over de activiteiten van de zorgverlener. Het bemiddelingsbureau kan alleen optreden als intermediair door partijen naar de juiste instanties te verwijzen.

De verantwoordelijkheden met betrekking tot klachtafhandeling dienen bij bemiddeling van zorgverleners worden gescheiden. Het bemiddelingsbureau is verantwoordelijk voor de match en de organisatie, de zorgverlener is verantwoordelijk voor de zorgverlening en de bejegening van de zorgverlener.

Klachten van zorgvragers over de bemiddeling en het bemiddelingsbureau worden door het bemiddelingsbureau in behandeling genomen conform de klachtenregeling van het bemiddelingsbureau. Indien de klacht niet naar tevredenheid wordt afgehandeld kan de klager de klacht indienen bij de klachtencommissie van het bemiddelingsbureau. Het klachtenreglement is opgesteld door de klachtencommissie.

Klachten van zorgvragers over de uitvoering van de zorg en dienstverlening worden besproken met de ZOZ-er. Indien de klacht niet naar tevredenheid van de zorgvrager wordt opgelost, kan de zorgvrager de klacht indienen bij de klachtencommissie waarbij de ZOZ-er is aangesloten. De ZOZ-er moet zich verplicht aan sluiten bij een klachtencommissie. Voor ZOZ-ers heeft BTN een klachtencommissie geïnstalleerd waar de cliënten terecht kunnen voor bovengenoemde klachten.

Het bemiddelingsbureau stelt jaarlijks een openbaar verslag op. In dit verslag is opgenomen:

- Beknopte beschrijving van de regeling
- Wijze waarop zorgaanbieder de regeling onder de aandacht heeft gebracht van cliënten
- De samenstelling van de klachtencommissie
- In welke mate de klachtencommissie haar werkzaamheden heeft kunnen verrichten
- Het aantal en de aard van de door de klachtencommissie behandelde klachten
- De strekking van de oordelen en aanbevelingen van de klachtencommissie
- De aard van de maatregelen genomen door de aanbieder.

Met het toezicht op naleving van het bepaalde in deze wet zijn belast de hoofdinspecteurs van het staatstoezicht op de volksgezondheid (IGZ). De IGZ wordt door middel van het jaarverslag op de hoogte gesteld.

In de gunningvoorwaarden van het zorgkantoor met betrekking tot contractering van AWBZ-zorg in natura is vastgelegd dat de instelling beschikt over een vastgelegde klachtenregeling. Het zorgkantoor toetst bij afgifte van de contracten of aan dit criterium is voldaan.

3.4 Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ)

In deze wet wordt verstaan onder zorgaanbieder (artikel 1):

1. Een rechtspersoon of natuurlijk persoon, die een instelling in stand houdt.
2. De rechtspersonen of natuurlijke personen, die gezamenlijk een instelling in stand houden.

Doel van de wet

Deze wet regelt dat cliënten van instellingen in de ouderen-, gezondheids- en welzijnszorg inspraak hebben door middel van een cliëntenraad. Een cliëntenraad maakt het mogelijk dat cliënten invloed hebben op o.a. het beleid van een instelling.

De zorgaanbieder stelt voor elke door hem in stand gehouden instelling een cliëntenraad in, die binnen het kader van de doelstellingen van de instelling in het bijzonder de gemeenschappelijke belangen van de cliënten behartigt.

De zorgaanbieder stelt de cliëntenraad in de gelegenheid advies uit te brengen over elk voorgenomen besluit dat de instelling betreft, inzake:

- Een wijziging van de doelstelling of de grondslag
- Het overdragen van de zeggenschap of fusie of het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking met een andere instelling.
- De gehele of gedeeltelijke opheffing van een instelling, verhuizing of ingrijpende verbouwing.
- Een belangrijke wijziging in de organisatie
- Een belangrijke inkrimping, uitbreiding of andere wijziging van de werkzaamheden
- Het benoemen van personen die rechtstreeks de hoogste zeggenschap zullen uitoefenen bij de leiding van arbeid in de instelling
- De begroting en jaarrekening, het algemeen beleid inzake de toelating van cliënten en de beëindiging van deze zorgverlening aan cliënten.
- Voedingsaangelegenheden van algemene aard en het algemeen beleid op het gebied van de veiligheid, gezondheid of de hygiëne en de geestelijke verzorging van, maatschappelijke bijstand aan en recreatiemogelijkheden en ontspanningsactiviteiten voor cliënten.
- De systematische bewaking, beheersing of verbetering van de kwaliteit van de aan cliënten te verlenen zorg.
- De vaststelling of wijziging van een regeling inzake de behandeling van klachten van cliënten en het aanwijzen van personen die belast worden met de behandeling van klachten van cliënten.
- Wijziging of aanpassing van voor cliënten geldende regelingen.

Uitwerking van deze wet voor bemiddelingsbureaus en ZOZ-ers

De cliëntenraad is in het leven geroepen om de gemeenschappelijke belangen van de cliënten te behartigen. Bij bemiddelingsbureaus is de organisatie een andere dan traditioneel georganiseerd. Het betreft organisaties die niet rechtstreeks zorg leveren aan cliënten, maar bemiddelen tussen zorgvragers en zorgverleners. De zorg wordt afgestemd direct op de individuele zorgvraag door de zorgvrager in samenspraak met

de zorgverlener. Wanneer de zorgvrager niet tevreden is over de geboden zorg kan van zorgverlener gewisseld worden. Is de zorgvrager niet tevreden over de wijze waarop het bemiddelingsbureau de zaken regelt, dan kan de zorgvrager naar een ander bureau gaan. De zorgvrager kan heel direct beslissen. Er zit geen organisatie tussen, er is geen collectief belang waardoor het individuele belang geschaad zou kunnen worden. Er is alleen individueel belang.

Een cliëntenraad van een bemiddelingsbureau brengt advies uit over zaken die direct gerelateerd zijn aan de activiteiten van het bemiddelingsbureau. Met betrekking tot medezeggenschap over de zorgverlening is een panel/raadpleging waarin zowel cliënten, zorgverleners en het bemiddelingsbureau deelnemen, de meest geschikte vorm voor medezeggenschap.

In de gunningvoorwaarden van het zorgkantoor met betrekking tot contractering van AWBZ-zorg in natura is vastgelegd dat de instelling steekproefsgewijs een cliëntenraadpleging houdt (minimaal 1 keer per 2 jaar), dat berust op een landelijk vastgesteld instrument voor meting van klantervaringen, uitgevoerd door een onafhankelijk instituut. Het zorgkantoor toetst bij gunning of voldaan wordt aan dit criterium.

Voorstel voor de toekomst.

Het bemiddelingsbureau houdt jaarlijks gezamenlijk met zorgvragers en zorgverleners panelbijeenkomsten. De zorgvragers en zorgverleners kunnen op deze wijze aangeven hoe zij enerzijds over de inhoud van de zorg zelf denken én hoe zij denken over de werkwijze van het bemiddelingsbureau.

Het bemiddelingsbureaus toetst minimaal iedere twee jaar op onafhankelijke en uniforme wijze het oordeel van de zorgvragers. De vragenlijst gebaseerd op CQ-index is daartoe het geëigende middel. De uitkomsten van deze meting dienen openbaar worden gemaakt en bemiddelingsbureaus dienen op cyclische wijze te werken aan verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening. Dit kan op basis van de uitkomsten van de meting gerealiseerd worden.

BTN ontwikkelt samen met partijen uit het veld een keurmerk ZOZ-ers. Hierin wordt o.a. een vragenlijst gebaseerd op CQ-index opgenomen waarmee klantervaringen met gemeten worden. Deze meting vindt plaats door een onafhankelijk instituut. Deze vragenlijst is opgesplitst in vragen betrekking hebbende op de klantervaring van de bemiddeling en de klantervaring met betrekking tot de geleverde zorg. Bij de verwerking van deze vragenlijsten wordt zowel de klanttevredenheid van de bemiddeling als de tevredenheid over de zorg zichtbaar. Deze resultaten kunnen zowel teruggekoppeld worden naar de individuele zorgverlener voor zijn/haar geleverde kwaliteit van zorg als naar het bemiddelingsbureau als zijnde de totale geleverde kwaliteit van zorg door bemiddelde zorgverleners.

4 Geldstroom

4.1 Uitgangspunten

Verzekerden hebben volgens AWBZ aanspraak op zorg. Aanspraak op zorg, aangewezen ingevolge het indicatieorgaan, bestaat slechts indien gedurende de periode waarvoor het bevoegde indicatieorgaan op een door de verzekerde ingediende aanvraag heeft besloten dat deze naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangewezen. De verzekerde die zijn aanspraak op zorg tot gelding wil brengen, wendt zich daartoe tot een zorgaanbieder naar eigen keuze, met wie de zorgverzekeraar waarbij hij is ingeschreven tot dat doel een overeenkomst heeft gesloten.

Het bemiddelingsbureau maakt contractafspraken met het zorgkantoor. Deze contractafspraken worden vastgelegd in contracten waarin duidelijk de rol en de verantwoordelijkheden van de bemiddelingsbureaus en zorgvragers wordt vastgelegd. Op basis van de contractafspraken ontvangt het bemiddelingsbureau hiervoor een budget. Dit budget is opgebouwd uit de optelsom van de indicaties van de zorgvragers voor een periode van één jaar. Op declaratiebasis legt het bemiddelingsbureau verantwoording af aan het zorgkantoor en CAK over de invulling van de individuele indicaties van de cliënten.

In praktijk loopt het proces voor de zorginstelling als volgt:

- organisatie sluit na ontvangst van AWBZ-toelating een overeenkomst met zorgkantoor
- organisatie levert zorg (invulling is aan de organisatie)
- organisatie verantwoordt geleverde zorg aan vooraf benoemde instellingen ter bepaling van eigen bijdragen van zorgvragers en bepaling van mate van uitputting van budget

De zorgvrager daarentegen is zelf verantwoordelijk voor het verkrijgen van een indicatie. Deze persoonsgebonden indicatie kan omgezet worden in Zorg in Natura of Persoonsgebonden Budget. In beide gevallen wordt een indicatie naar geld toegerekend, wat wil zeggen dat een geldbedrag gekoppeld wordt aan de indicatie. In het SER-rapport van april 2008 wordt het persoonsvolgend budget geïntroduceerd dat als basis kan dienen voor deze uitwerking. Het grote verschil tussen beide vormen is dat bij keuze voor PGB het geldbedrag ook daadwerkelijk op de rekening van de zorgvrager gestort wordt voor het gebruik van inkoop van zorg.

De indicatie van de cliënt kan dus ook toegerekend worden naar een indicatiebudget vanuit het budget van het bemiddelingsbureau. Het budget van het bemiddelingsbureau kan gezien worden als vele kleine budgetten toe te wijzen aan de individuele indicaties van de cliënten.

De zorgvrager is zich bij de keuze Zorg in Natura bewust van zijn verantwoordelijkheden. Met betrekking tot de betaling aan de zorgverlener wordt dit bij Zorg in Natura voor de zorgvrager gefaciliteerd door het bemiddelingsbureau. De zorgvrager is op de hoogte van de inhoud van zijn individuele indicatie betreffende het aantal zorguren. Indien de zorgvrager overvraagt, en de individuele indicatie daarmee aan het einde van het jaar wordt overschreden, dan is dit de verantwoordelijkheid van de zorgvrager. Dit moet goed met de zorgvrager gecommuniceerd worden en wordt vastgelegd in de overeenkomst tussen zorgvrager en bemiddelingsbureau.

Belangrijk is dat de zorgvrager zelf de gewenste zorg bepaalt en de zorgverlener op

basis van de indicatie de maximale inhoudelijke zorg invult. Er vindt dan ook alleen betaling aan de zorgverlener plaats op basis van de indicatie van de cliënt en de werkelijk geleverde zorguren binnen deze indicatie en dat deel van het budget wat voor die cliënt van toepassing is.

In de contractafspraken tussen zorgvrager en bemiddelingsbureau wordt benoemd dat een substantieel deel van de geldwaarde wordt aangewend voor dekking van de kosten voor de zorgverlening en dat het overige deel ter dekking van de kosten van het bureau en de bemiddeling dient. Tevens wordt de kassiersfunctie van bemiddelingsbureau nader vastgelegd.

De vergoeding van geleverde zorg aan de zorgverlener is afgestemd op de individuele indicaties en declaraties van de cliënten. (Vooruitlopend op de ontwikkelingen van een persoonsvolgend budget, "geld volgt klant" principe). Het bemiddelingsbureau kan alleen op basis van indicatie, declaratie en facturatie betalingen laten plaatsvinden aan een zorgverlener. Een betaling aan de ZOZ-er kan pas plaatsvinden als de declaratie door het bemiddelingsbureau aan het zorgkantoor is doorgestuurd en als het bemiddelingsbureau de gelden zelf ook heeft ontvangen. Een ZOZ-er kan dus nooit bevoorschot worden.

Bij betaling via de AWBZ geldstroom fungeert het bemiddelingsbureau namens de zorgvrager als kassier en verricht de doorbetaling aan de ZOZ-er, mits het klantbudget gestort is op rekening van (Stichting Dergengelden) van het bemiddelingsbureau. Indien er geen budget is of overschrijding van het budget, kan geen doorbetaling plaatsvinden. De ZOZ-er loopt hiermee dus debiteurenrisico, ondanks mogelijk al geleverde zorguren.

Het zorgkantoor kiest ervoor om met bemiddelingsorganisaties te werken op basis van scherpe prijsstelling en hoge mate van efficiency. Doordat werken met ZOZ-er minder overhead behoeft, liggen de gecontracteerde tarieven lager dan bij andere gecontracteerde organisaties. Daarnaast betreft de efficiency het bundelen van de individuele declaraties van de individuele ZOZ-ers. Op basis van deze efficiency vragen bemiddelingsorganisaties ook aan zorgverleners om waar mogelijk de declaraties eenduidig aan te leveren zodat deze o.a. gebruikt kunnen worden voor de mogelijke toetsing van het zorgkantoor (materiële controle) en het bepalen van de eigen bijdrage voor de zorgvrager via het CAK.

In de praktijk blijkt dat bemiddelingsorganisaties met adviesprijzen werken. Deze adviesprijzen gelden als indicatie van mogelijke beloningen. Vanuit het ondernemerschap van de ZOZ-ers en de huidige vraagmarkt kan het voorkomen dat van deze adviesprijzen afgeweken wordt. Als het ware kan per individuele zorgvraag een prijs bepaald worden.

4.2 Praktische uitwerking

Aantal cliënten bemiddelingsbureau is 3.

Budget bemiddelingsbureau € 6.000,-.

Budget van cliënt wat ter gelden is gemaakt op basis van indicatie komende uit het totaal budget van het bemiddelingsbureau:

Cliënt A	budget € 2000,- gebaseerd op indicatie 50 uur PV à € 40,-
Cliënt B	budget € 1000,- gebaseerd op indicatie 16 uur VP à € 62,50
Cliënt C	budget € 3000,- gebaseerd op indicatie 50 uur PV à € 40,- en 16 uur VP à € 62,50

Zorgverlener X	factuur voor cliënt A	bedrag € 750,-
Zorgverlener Y	factuur voor cliënt A	bedrag € 400,-
Zorgverlener Z	factuur voor cliënt A	bedrag € 400,-
Bruto-marge voor bemiddelingsorganisatie		bedrag € 450,-

Zorgverlener X	factuur voor cliënt B	bedrag € 175,-
Zorgverlener Y	factuur voor cliënt B	bedrag € 400,-
Zorgverlener Z	factuur voor cliënt B	bedrag € 250,-
Bruto-marge voor bemiddelingsorganisatie		bedrag € 175,-

Zorgverlener X	heeft niet gewerkt voor cliënt C	
Zorgverlener Y	factuur voor cliënt C	bedrag € 1550,-
Zorgverlener Z	factuur voor cliënt C	bedrag € 825,-
Bruto-marge voor bemiddelingsorganisatie		bedrag € 625,-

Het bruto-bedrag voor de bemiddelingsorganisatie is opgebouwd uit een deel vaste kosten kantoor (bureaunkosten) en een deel bemiddelingsfee.

Een onderdeel van de activiteiten van de bemiddelingsorganisatie is het formaliseren van een contract met de zorgvrager. In dit contract is opgenomen dat:

- Een substantieel deel van het individuele budget van de zorgvrager aan de zorgverlener betaald wordt;
- De betalingsverplichting van de zorgvrager door middel van de kassierfunctie verlegd is naar het bemiddelingsbureau;
- De bemiddelingsorganisatie ontvangt een bemiddelingsfee voor het faciliteren van zorg en proces;
- De bemiddelingsorganisatie ontvangt een dekking voor de bureaunkosten;
- De bemiddelingsorganisatie de zorgvrager zorgvuldig en correct informeert over zorg en budgetgerelateerde zaken.

5 (Persoonlijke) arbeid

De zorgvrager ontvangt zorg van de ZOZ-er. Deze ZOZ-er is verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg. Indien de ZOZ-er zelf de afgesproken zorgvraag niet kan uitvoeren, zorgt betreffende ZOZ-er voor vervanging rekening houdend met de gewenste zorgvraag en de deskundigheid die hiervoor gevraagd/gewenst is (zie hiervoor dan de indicatie/opdracht) en stemt dit af met de zorgvrager. Het bemiddelingsbureau heeft hierin geen dwingende rol of bemoeienis.

De zorgvrager en zorgverlener hebben samen de regie over de zorg.

5.1 Uitgangspunt bij vrije vervanging

- De zorgverlener neemt het initiatief tot vervanging en heeft de keuze uit de vijf hierna genoemde mogelijkheden;
- De zorgverlener handelt op basis van hierna genoemde mogelijkheden.

5.2 Praktische uitwerking

Er is sprake van vrije vervanging. Dit kan op onderstaande manieren vorm krijgen:

1. ZOZ-er A kan afgesproken zorg niet leveren en zoekt zelf een vervangend zorgverlener B. ZOZ-er A stelt een factuur voor geleverde zorg op ten name van de zorgvrager en stuurt deze factuur naar het bemiddelingsbureau. De ZOZ-er A betaalt zelf vervangend zorgverlener B.
2. ZOZ-er A kan afgesproken zorg niet leveren en zoekt zelf een vervangend zorgverlener B. Vervangend zorgverlener B stelt een factuur voor geleverde zorg op ten name van de zorgvrager en stuurt deze factuur naar het bemiddelingsbureau. Dit betekent dat de gegevens van vervangend zorgverlener B bekend moeten worden gemaakt bij het bemiddelingsbureau om te kunnen betalen namens zorgvrager.
3. ZOZ-er A kan afgesproken zorg niet leveren. Zorgvrager en ZOZ-er A stemmen af om de zorglevering een korte periode over te slaan of de zorgverlening op een andere dag te leveren.
4. ZOZ-er A kan afgesproken zorg niet leveren en benadert een vervangend zorgverlener C uit het team. Zorgverlener C is bekend bij bemiddelingsbureau en stuurt op gebruikelijke wijze een factuur.
5. ZOZ-er A is niet in staat zelf vervangend zorgverlener te vinden. ZOZ-er informeert de zorgvrager. De zorg aan de zorgvrager door ZOZ-er A wordt op dat moment beëindigd c.q. opgeschort. De zorgvrager kan dan vervolgens het bemiddelingsbureau verzoeken de coördinatie op zich te nemen en zorg te dragen voor een andere zorgverlener. Alleen op verzoek van de zorgvrager kan het bemiddelingsbureau worden ingeschakeld.

6 Driehoeksverhouding

Analoog aan het Besluit van 14 november 2001, nr. CPP2001/2131 Kinderopvang door gasthouders is er sprake van een samenwerkingsvorm (driehoeksverhouding) tussen de partijen zorgvrager, zorgverlener en bemiddelingsbureau in de thuiszorg.

6.1 Uitgangspunten driehoeksverhouding

Het bemiddelingsbureau bemiddelt ten behoeve van zorgvragers in de thuiszorg. De bemiddeling door het bemiddelingsbureau bestaat uit het met elkaar in contact brengen van zorgvragers en zorgverleners (ZOZ-ers) opdat deze desgewenst met elkaar een overeenkomst betreffende zorgverlening kunnen sluiten. De verplichting om arbeid te verrichten neemt de zorgverlener op zich jegens de zorgvrager. De zorgvrager heeft de verplichting jegens de zorgverlener deze arbeid te belonen. Het bemiddelingsbureau bemiddelt slechts indien en voor zover zorgverlening plaatsvindt door zorgverleners binnen de van overheidswege gestelde kwaliteitsnormen (zie blauwdruk). De kwaliteitbevordering door het bemiddelingsbureau betreft met name de selectie van zorgverleners. Mede in verband met effectuering van de betalingssystematiek geldstroom AWBZ worden de betalingen aan de zorgverleners veelal via het bemiddelingsbureau geleid (kassiersfunctie). Ook in deze gevallen berust het debiteurenrisico echter bij de zorgverlener.

De onderlinge rechtsverhoudingen tussen partijen worden vastgelegd in een bemiddelingsovereenkomst (bemiddelingsbureau/zorgvrager) en een overeenkomst van opdracht zorgvrager/zorgverlener. Door de branches in de thuiszorg zullen modelcontracten worden opgesteld. Het samenwerkingsverband gebaseerd op de modelcontracten heeft uitsluitend betrekking op arbeidsprestaties die worden verricht bij de zorgvrager thuis.

6.2 Beoordeling dienstbetrekking

6.2.1. Echte dienstbetrekking

In artikel 2, eerste lid, van de Wet LB 1964 wordt als werknemer onder meer aangemerkt de natuurlijke persoon die tot een inhoudingsplichtige in privaatrechtelijke dienstbetrekking staat. Onder privaatrechtelijke dienstbetrekking moet in dit verband worden verstaan de arbeidsovereenkomst naar burgerlijk recht (artikel 7:610 van het Burgerlijk Wetboek). Een arbeidsovereenkomst kenmerkt zich door de verplichting van de werknemer gedurende zekere tijd in een gezagsverhouding tot diens werkgever persoonlijk arbeid te verrichten en de verplichting van de werkgever deze arbeid te belonen.

Verhouding bemiddelingsbureau/zorgverlener

Blijkens de modelcontracten rust op het bemiddelingsbureau niet de verplichting om de door de zorgverlener verrichte arbeidsprestaties te belonen, zodat reeds op die grond geen sprake kan zijn van een arbeidsovereenkomst bemiddelingsbureau/zorgverlener. Aan deze conclusie doet niet af dat de feitelijke uitbetaling aan de zorgverlener in voorkomende gevallen - namens de zorgvrager - geschiedt door het bemiddelingsbureau (kassiersfunctie).

Verhouding zorgverlener/zorgvrager

Kernpunt bij de fiscale beoordeling van de arbeidsverhouding zorgverlener/zorgvrager is of de zorgverlener werkzaam is in een gezagsverhouding tot de zorgvrager.

Aangenomen moet worden dat de zorgvrager aan de met zorgverlener gesloten overeenkomst de bevoegdheid kan ontleen om aanwijzingen te geven betreffende de wijze waarop de zorgverlening zal plaatsvinden. Ter beantwoording van de vraag of sprake is van een gezagsverhouding als bedoeld in artikel 7:610 van het Burgerlijk Wetboek moet worden beoordeeld of de door de zorgvrager verstrekte aanwijzingen en instructies meer inhouden dan een nadere bepaling van de door de zorgverlener te verrichten prestaties. Met inachtneming van het bovenstaande kan worden aangenomen dat de zorgverlener niet werkzaam is in een gezagsverhouding tot de zorgvrager. In dat kader is het van belang dat de instructies van de zijde van de zorgvrager zich blijken het modelcontract zorgvrager/zorgverlener beperken tot praktische afspraken.

Bovendien is het in dit verband van belang dat de modelcontracten uitsluitend betrekking hebben op arbeidsprestaties (zorgverlening) die worden verricht in de AWBZ zorgverlening. De bemoeienis van het bemiddelingsbureau met de arbeidsverhouding (selectie) werpt hier geen ander licht op. Voor zover in dit verband al zou kunnen worden gesproken van een instructiebevoegdheid van het bemiddelingsbureau is deze immers niet gebaseerd op de tussen de zorgvrager en de zorgverlener bestaande rechtsverhouding. Het bemiddelingsbureau handelt in deze vanuit een eigen wettelijke verantwoordelijkheid en kan niet worden aangemerkt als vertegenwoordiger van de zorgvrager.

6.2.2 Fictieve dienstbetrekking

De arbeidsverhouding van de zorgverlener kan evenmin worden gerangschikt onder een in de Wet LB 1964 of het Uitvoeringsbesluit loonbelasting 1965 (Ublb 1965) genoemde fictieve dienstbetrekking.

Deze uitzendfictie (artikel 2a Ublb 1965) is niet van toepassing onder meer gezien het feit dat zorgverlener zich niet ten opzichte van het bemiddelingsbureau verbindt om arbeid te verrichten en dat de zorgverlener niet in een gezagsverhouding tot de zorgvrager of het bemiddelingsbureau werkzaam is. De fictieve dienstbetrekking voor thuiswerkers en gelijkgestelden zijn niet van toepassing omdat sprake is van arbeid die rechtstreeks wordt overeengekomen met personen ten behoeve van hun persoonlijke aangelegenheden (artikelen 2b en 2c juncto artikel 2e, tweede lid, onderdeel b, Ublb 1965).

6.2.3 Afwijkende situaties

Partijen adviseren betrokkenen gebruik te maken van de opgestelde modelcontracten en feitelijk dienovereenkomstig te handelen. Voor deze gevallen geldt het bovenstaande. In afwijkende situaties dienen de inspecteurs binnen het kader van wet en jurisprudentie vast te stellen of van een dienstbetrekking sprake is. Dit kan het geval zijn in situaties die buiten het bereik van de modelcontracten vallen en/of in gevallen waarin afwijkende contracten worden gehanteerd of waarin feitelijk in afwijking van de modelcontracten wordt gehandeld.

7 Vrijwaring inhoudingen en afdrachten

Indien aan de criteria in deze blauwdruk is voldaan, dan zullen zowel het bemiddelingsbureau als de zorgvrager geen inhoudingen en afdrachten hoeven te plegen in het kader van de loonbelasting, premies volksverzekeringen, premies werknemersverzekering en de Zorgverzekeringswet.

Daar het inhoudingsrisico hiermee is uitgesloten komt de noodzaak voor de zorgvrager en/of het bemiddelingsbureau om van de zorgverlener een kopie VAR te ontvangen te vervallen. De kwalificatie van de werkzaamheden als winst uit onderneming dan wel als resultaat uit overige werkzaamheden kan in het proces van de aangifte inkomstenbelasting invulling krijgen. Een VAR hoeft dan ook niet meer te worden aangevraagd.

8 Criteria voor ondernemerschap van een ZOZ-er

Indien partijen zich daadwerkelijk rechtens en feitelijk als zodanig op basis van de te ontwikkelen modelcontracten gedragen, kan bij voorbaat worden vastgesteld dat geen sprake is van een (fictieve) dienstbetrekking binnen de driehoek. Voor de zorgverlener werkt deze kwalificatie van de arbeidsrelatie door naar de inkomstenbelasting. Of de inkomsten kunnen worden aangemerkt als winst uit onderneming zal afhangen van de individuele situatie. Indien geen sprake is van winst uit onderneming worden de inkomsten aangemerkt als resultaat uit overige werkzaamheden.

9 Afspraken omtrent implementatie

Om per 1 januari 2009 daadwerkelijk rechtens en feitelijk zoals bedoeld in de blauwdruk te kunnen bemiddelen binnen de AWBZ-zorg in natura is het noodzakelijk dat de daarvoor noodzakelijke aanvullende activiteiten zijn afgerond. De periode van oktober tot en met december 2008 kan door de bemiddelingsorganisaties hiervoor gebruikt worden.

In deze periode:

- kunnen AWBZ-erkende instellingen nog tijdig beslissen of ze per 1 januari 2009 willen werken met zorgverleners in loondienst dan wel willen bemiddelen en zoals bedoeld in de blauwdruk en hun bedrijfsprocessen daarop aanpassen;
- kunnen AWBZ-erkende instellingen nog tijdig en op basis van de uitgangspunten zoals bedoeld in de blauwdruk nieuwe ("productie") afspraken maken met zorgkantoren welke afspraken met ingang van 1 januari 2009 in kunnen gaan;
- kunnen zorgverleners nog tijdig beslissen of ze per 1 januari 2009 willen werken als zorgverlener in loondienst dan wel willen worden bemiddeld zoals bedoeld in de blauwdruk;
- is voor het jaar 2009 een eventuele VAR-aanvraag voor zorgverleners in de AWBZ-thuiszorg niet meer noodzakelijk indien aanvullende praktische handvatten kunnen worden aangereikt om te beoordelen of hij/zij op basis van de samenwerkingsvorm zoals bedoeld in de blauwdruk ondernemer voor de inkomstenbelasting is dan wel resultaatgenieter.

10 Modelcontracten

10.1 Afspraken over opdracht

Er dient sprake te zijn van diverse (voorbeeld) overeenkomsten:

Overeenkomst tussen zorgvrager en ZOZ-er

- Levering van zorg door ZOZ-er
- Aansluiting van ZOZ-er bij een klachtencommissie;

Overeenkomst zorgvrager en bemiddelingsbureau

- Het bemiddelen en leveren van additionele diensten;
- Het bemiddelingsbureau ontvangt de middelen om te voorzien in de zorg behorende bij de individuele indicatie van de zorgvrager en om te voorzien in een match met de zorgverlener;
- Verdeling budget op basis van indicatie waarbij een substantieel deel toegewezen wordt aan de zorg ten behoeve van betaling aan de zorgverlener. Het overige deel wordt toegewezen aan de bemiddelingsactiviteiten en kantooractiviteiten;
- De betalingsverplichting ligt bij de zorgvrager die dit echter kan effectueren door het bemiddelingsbureau als kassier in te schakelen;
- Het bemiddelingsbureau heeft informatieplicht naar de zorgvrager.

Overeenkomst tussen ZOZ-er en bemiddelingsbureau

- Leveren van additionele diensten tegen betaling waarbij partijen zich jegens elkaar gedragen als ondernemers (indien van toepassing).

Overeenkomst tussen zorgkantoor en bemiddelingsbureau

- Nadere uitwerking relatie zorgkantoor met bemiddelingsbureau;
- Deze overeenkomst of (bemiddelings)contract vormt de basis van de nieuwe samenwerkingsvorm waarbij bij voorbaat kan worden bepaald dat binnen de driehoek geen (fictieve) dienstbetrekking ontstaat;
- BTN, ZN en VWS werken nog aan een te ontwikkelen model (bemiddelings)contract waarbij de in de blauwdruk beschreven nieuwe samenwerkingsvorm binnen de driehoek zodanig kan worden vormgegeven dat:
 - De verantwoordelijkheid inzake bemiddeling (de match) en de verantwoordelijkheid voor de zorginhoudelijke aspecten staan los van elkaar.
 - De AWBZ-erkende thuiszorginstelling (hierna: instelling) uitsluitend verantwoordelijk is voor de bemiddeling (de match).
 - De zorgverlener rechtstreeks verantwoordelijk is voor en aanspreekbaar op de kwaliteit van de verleende zorg. Door die eigen verantwoordelijkheid van de zorgverlener kan deze zich, zonder toestemming van de instelling, vrijelijk laten vervangen en de vervangende zorgverlener zelf uitbetalen.
 - De zorgvrager in de nieuwe samenwerkingsvorm enerzijds een eigen betalingsverplichting krijgt ten opzichte van de instelling voor de bemiddelingsprestatie en anderzijds een eigen betalingsverplichting krijgt ten opzichte van de zorgverlener voor de geïndiceerde zorgverlening. De zorgvrager kan de instelling machtigen een deel van zijn toegekende AWBZ-vergoeding (budget) te besteden aan haar bemiddeling en een deel door te betalen aan de zorgverlener.

Zodra dit model (bemiddelings)contract gereed is zal deze alsnog aan deze

blauwdruk worden toegevoegd.

Deze rechten en plichten/verantwoordelijkheden over en weer tussen de drie betrokken partijen zijn vervolgens vastgelegd in de reeds bij de blauwdruk gevoegde voorbeeldovereenkomsten. Zie de betreffende bijlagen.

10.2 Afspraken over Kwaliteit

Ter waarborging van de kwaliteit dienen aan bemiddelingsbureau en ZOZ-er de volgende voorwaarden gesteld te worden:

Bemiddelingsbureau is gecertificeerd volgens HKZ en/of ander gedragen keurmerken en leeft de wet- en regelgeving na.

ZOZ-er biedt zorg volgens:

- in de sector vastgestelde gedrags- en beroepscode
- landelijk vastgestelde richtlijnen
- keurmerk (nog in ontwikkeling)

ZOZ-er overlegt de volgende documenten:

- Verklaring omtrent gedrag (VOG, eens in 2 jaar vernieuwen)
- Kopie Geldig legitimatiebewijs
- Diploma's (indien noodzakelijk) en competenties
- BIG-registratie/ registratie kwaliteitsregister (indien noodzakelijk)
- Kopie beroepsaansprakelijkheidsverzekering
- Kopie Inschrijving handelsregister vanaf 1-7-2008 (indien noodzakelijk)
- Kopie inschrijving in het Keurmerkregister

10.3 Afspraken over debiteurenrisico

Indien het urenoverzicht niet door de zorgvrager is ondertekend, zal er geen betaling van facturen plaatsvinden.

10.4 Afspraken over gezagsverhouding

- Er mag geen sprake zijn van een relatie- en concurrentiebeding tussen bemiddelingsbureau en ZOZ-er.
- De ZOZ-er heeft vrije keuze in het aannemen van een opdracht.

10.5 Afspraken over persoonlijke arbeid

- Als weergegeven in de uitwerking (persoonlijke) arbeid blauwdruk.

10.6 Afspraken over honorarium

- Als weergegeven in de uitwerking geldstroom blauwdruk.

11 Bijlagen: modelovereenkomsten

OVEREENKOMST INZAKE HET VERLENEN VAN ZORGDIENTEN IN NATURA

De ondergetekenden:

1. De heer / mevrouw _____, geboren op _____ te _____, wonende te _____ aan de (_____) _____, telefoonnummer: _____, BSN-nummer: _____, bank/giro nummer _____, hierna te noemen: "**de zorgverlener**",

en

2. De heer / mevrouw _____, geboren op _____ te _____, wonende te _____ aan de (_____) _____, *te dezen rechtsgeldig vertegenwoordigd door de heer / mevrouw _____, geboren op _____ te _____, wonende te _____ aan de (_____) _____, in zijn/haar hoedanigheid van ouder / voogd / gemachtigde / bewindvoerder / curator / mentor,* hierna te noemen: "**de zorgvrager**",

de ondergetekenden sub 1 en sub 2 hierna gezamenlijk te noemen: "**partijen**".

In aanmerking nemende:

- dat de zorgvrager behoefte heeft aan verzorging en/of verpleging en/of begeleiding op grond van een indicatie afgegeven door het bevoegde indicatieorgaan, waaruit de aanspraak op zorg in natura zal blijken;
- dat de zorgverlener de kwaliteiten bezit om voornoemde verzorging en/of verpleging en/of begeleiding te verlenen;
- dat de zorgvrager van de diensten van de zorgverlener gebruik wenst te maken en de zorgverlener deze diensten aan de zorgvrager wenst te verlenen;
- dat de zorgverlener en de zorgvrager daartoe deze overeenkomst tot het verlenen van zorgdiensten met elkaar wensen aan te gaan;
- dat deze overeenkomst onderdeel uitmaakt van een samenwerkingsvorm binnen de AWBZ-thuiszorg in natura waarbij in fiscale zin en voor de werknemersverzekeringen is uitgesloten dat sprake is van een (fictieve) dienstbetrekking binnen de driehoek:
 1. AWBZ-erkende instelling/bemiddelingsbureau (eventueel naam van 'het bemiddelingsbureau')
 2. Zorgverlener
 3. Zorgvrager (die kiest voor AWBZ-thuiszorg in natura)
- dat naast de afspraken in deze overeenkomst ook de afspraken in de 'overeenkomst inzake bemiddeling van zorg in natura' die gesloten is tussen 'het bemiddelingsbureau' en de zorgvrager onderdeel uitmaakt van deze samenwerkingsvorm;
- dat bij deze samenwerkingsvorm de verantwoordelijkheid inzake bemiddeling (de match) en de verantwoordelijkheid voor de zorginhoudelijke aspecten van elkaar zijn losgekoppeld;
- dat het bemiddelingsbureau uitsluitend verantwoordelijk is voor de bemiddeling (de match);
- dat de zorgverlener rechtstreeks aanspreekbaar en verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de verleende zorg. Door die eigen verantwoordelijkheid de zorgverlener zich, zonder toestemming van het bemiddelingsbureau, vrijelijk kan laten vervangen en de vervangende zorgverlener zelf kan uitbetalen;
- dat de zorgvrager in deze samenwerkingsvorm enerzijds een eigen betalingsverplichting heeft ten opzichte van de instelling voor de bemiddelingsprestatie (match) en anderzijds een eigen betalingsverplichting ten opzichte van de zorgverlener heeft voor de geïndiceerde zorgverlening;
- dat de zorgvrager in deze samenwerkingsvorm het bemiddelingsbureau machtigt een deel van zijn toegekende AWBZ-vergoeding (budget) te besteden aan haar bemiddeling (de match) en een deel door te betalen aan de zorgverlener voor de geïndiceerde zorgverlening (kassiersfunctie);
- dat deze samenwerkingsvorm mede tot stand is gekomen in samenwerking met het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en afgestemd met de Belastingdienst en het UWV.

Zijn overeengekomen als volgt:

Artikel 1 Ingangsdatum, duur, beëindiging

1. Met ingang van _____ 200_ wenst de zorgvrager de in artikel 2 genoemde zorgdiensten van de zorgverlener te ontvangen en de zorgverlener wenst deze zorgdiensten aan de zorgvrager te verlenen.
 2. Deze overeenkomst, hierna te noemen: '**de Overeenkomst**', wordt aangegaan voor de duur van _____ en zal derhalve eindigen op _____ 200_.
- Of Deze overeenkomst wordt aangegaan voor onbepaalde tijd.*
3. Partijen kunnen de Overeenkomst tussentijds schriftelijk opzeggen met inachtneming van een opzegtermijn van één maand, onverminderd de mogelijkheid dat partijen in onderling overleg overeenkomen dat de Overeenkomst zonder of met een kortere opzegtermijn wordt beëindigd.
 4. De Overeenkomst eindigt van rechtswege met onmiddellijke ingang in de navolgende gevallen:
 - ingeval van overlijden van één der partijen;
 - indien het indicatieorgaan beslist dat de zorgvrager geen recht meer heeft op een indicatie voor de in de Overeenkomst bepaalde zorgdiensten;
 - indien de zorgvrager wordt opgenomen in een ziekenhuis of een verpleeghuis;
 - indien de zorgverlener failliet is verklaard, indien hij surseance van betaling heeft aangevraagd of zulks aan hem is verleend, dan wel in aanmerking komt voor de Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen.

Artikel 2 Verlenen zorgdiensten, vervanging

1. De zorgverlener zal aan de zorgvrager persoonlijk de navolgende zorgdiensten verlenen:
 - _____;
 - _____;
 - _____;
 - _____;
2. Het bepaalde in de indicatie in aanmerking nemende zal het aantal uren zorgdiensten dat de zorgverlener aan de zorgvrager zal verlenen alsmede de tijdstippen waarop de zorgdiensten verleend zullen worden, door partijen in onderling overleg, en voor zover nodig of wenselijk mede in overleg met het bemiddelingsbureau, worden bepaald
3. De zorgverlener zal de zorgdiensten aan de zorgvrager verlenen in de directe leefomgeving van de zorgvrager of anderszins op de plaats waar zorgvrager op het moment van zorgverlening aanwezig zal blijken te zijn. De zorgvrager zal er voor zorg (laten) dragen dat de omgeving alwaar de zorgdiensten zullen worden verleend zodanig is ingericht, dat de zorgverlener diens werkzaamheden goed en veilig kan uitvoeren.
4. In geval van ziekte of vakantie van de zorgverlener, zal deze voor adequate vervanging zorgdragen. Voor zover redelijkerwijs mogelijk is zal de zorgverlener omtrent de persoon van de vervanger overleg hebben met de zorgvrager. De vervanger dient aan de eisen van artikel 3 (kwaliteit) van de Overeenkomst te voldoen. De zorgverlener blijft, ook in het geval van vervanging als hiervoor bedoeld, verantwoordelijk voor de geleverde zorgdiensten.

Artikel 3 **Kwaliteit, verzekering, klachten**

1. De zorgverlener garandeert de kwaliteit van de geleverde zorgdiensten. De zorgverlener garandeert te voldoen aan de kwaliteitseisen zoals deze gelden in de zorgsector. Te dienaangaande voldoet de zorgverlener aan de in de zorgsector geldende gedrags- en beroepscode alsmede aan de van toepassing zijnde landelijk vastgestelde richtlijnen.
2. De zorgverlener verklaart een afdoende beroepsaansprakelijkheidsverzekering te hebben gesloten en door tijdige betaling van de terzake verschuldigde premies gesloten te houden.
3. De zorgverlener is aangesloten bij de klachtencommissie van _____. Ingeval de zorgvrager klachten heeft omtrent de uitvoering van de zorgdiensten door de zorgverlener dienen partijen in eerste instantie in onderling overleg tot een oplossing te komen.

Indien de klacht naar het oordeel van de zorgvrager niet naar tevredenheid is opgelost kan hij/zij zich schriftelijk wenden tot de klachtencommissie van _____, (adres: _____). De zorgverlener zal een klachtenreglement aan de zorgvrager ter beschikking stellen, waarin nadere informatie is opgenomen.

4. De zorgverlener zal zijn/haar werkzaamheden eerst kunnen verrichten na het verkrijgen van een daartoe strekkend voor de branche algemeen aanvaard keurmerk indien en voorzover een dergelijk keurmerk beschikbaar zal zijn. De zorgverlener verklaart reeds nu voor alsdan om aan de voorwaarden die een dergelijk keurmerk met zich meebrengt na introductie daarvan binnen een redelijke termijn te zullen voldoen.

Artikel 4 **Vergoeding, facturering**

1. De zorgvrager is per verleende uur dienstverlening een bedrag verschuldigd aan de zorgverlener van € ____ (zegge: _____ euro _____ eurocent) en voor _____ € ____ (zegge: _____ euro _____ eurocent). Dit uurtarief is inclusief reiskostenvergoeding en hierover is geen BTW verschuldigd. Voor de navolgende diensten geldt de daarbij behorende toeslag op het hiervoor vermelde uurtarief:
 - slaapdienst: € ____ (zegge: _____ euro _____ eurocent);
 - avonddienst: € ____ (zegge: _____ euro _____ eurocent);
 - nachtdienst: € ____ (zegge: _____ euro _____ eurocent).
2. Tariefswijzigingen worden tenminste vier (4) weken voor de ingangsdatum van de wijziging schriftelijk kenbaar gemaakt aan de zorgvrager.
3. De zorgverlener verstrekt aan de zorgvrager periodiek een overzicht waaruit blijkt op welke dagen zorgdiensten zijn verleend, hoeveel zorguren per dag zijn verleend en tegen welk uurtarief alsmede het totaal verschuldigde bedrag. Ten blijke van diens instemming dient de zorgvrager het overzicht te accorderen. Aan de zorgvrager wordt een afschrift van het ondertekende overzicht verstrekt.
4. De zorgvrager heeft de administratieve afhandeling inzake bemiddeling en betaling (kassiersfunctie) uitbesteed aan het bureau _____, die namens de zorgvrager het ondertekende overzicht aan de zorgverlener zal voldoen op grond van de indicatie van de zorgvrager en het aan deze administratief toegewezen budget. Hiertoe dient de zorgverlener het door de zorgvrager ondertekende overzicht binnen vier weken na de periode waarin de betreffende zorgdiensten zijn verricht in bij voornoemd bureau.
5. In geval van verhindering van de zorgvrager dient deze dit tijdig aan de zorgverlener te melden. Indien afmelding gebeurt binnen 24 uur voor de gemaakte afspraak dan zal de zorgverlener de zorgdiensten in rekening brengen bij de zorgvrager als ware deze wel geleverd.

Artikel 5 **Geheimhouding, toepasselijk recht**

1. De zorgverlener verklaart omtrent alles wat de zorgverlener ter kennis komt ten aanzien van de zorgvrager en diens gezin geheimhouding te betrachten, behoudens voor zover de zorgverlener op grond van de wet verplicht is aan derden mededelingen te doen en/of informatie te verstrekken. Voornoemde geheimhoudingsverplichting geldt tijdens als ook na afloop van de Overeenkomst.
2. Op de Overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
3. De rechter uit de woonplaats van de zorgvrager is bevoegd om van een geschil kennis te nemen.

Aldus overeengekomen, opgemaakt en in tweevoud ondertekend te _____,
op _____ 200__.

De zorgverlener:

De zorgvrager:
**(in geval van vertegenwoordiging handtekening
en naam van vertegenwoordiger)**

_____ (handtekening)

_____ (handtekening)

----- (naam)

----- (naam)

OVEREENKOMST INZAKE BEMIDDELING VAN ZORG IN NATURA

De ondergetekenden:

1. De besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid / de vennootschap onder firma / de stichting @, gevestigd te _____, te dezen rechtsgeldig vertegenwoordigd door de heer / mevrouw _____, of
De heer/mevrouw _____, handelend onder de naam @,
telefoonnummer: _____,
KvK-nummer: _____,
hierna te noemen: "**het bureau**",

en

2. De heer / mevrouw _____, geboren op _____ te _____, wonende te _____ aan de (_____) _____, te dezen rechtsgeldig vertegenwoordigd door de heer / mevrouw _____, geboren op _____ te _____ wonende te _____, in zijn/haar hoedanigheid van ouder /voogd /gemachtigde / bewindvoerder /curator /mentor, hierna te noemen: "**de zorgvrager**".

In aanmerking nemende:

- dat de zorgvrager behoefte heeft aan verzorging en/of verpleging en/of begeleiding waarvoor een daartoe strekkende indicatie is afgegeven;
- dat de zorgvrager voorts behoefte heeft aan bemiddeling teneinde de juiste verzorging en/of verpleging en/of begeleiding te krijgen alsmede behoefte heeft aan informatie en administratieve coördinatie omtrent deze zorgdiensten;
- dat het bureau zich zal inspannen om ten behoeve van de zorgvrager voor bemiddeling zorg te dragen en informatie omtrent zorgdiensten kan en wil verstrekken aan de zorgvrager en de zorgvrager van deze diensten van het bureau gebruik wenst te maken;
- dat het bureau en de zorgvrager daartoe deze overeenkomst tot bemiddeling van zorg met elkaar wensen aan te gaan.
- dat deze (bemiddelings)overeenkomst onderdeel uitmaakt van een samenwerkingsvorm binnen de AWBZ-thuiszorg in natura waarbij in fiscale zin en voor de werknemersverzekeringen is uitgesloten dat sprake is van een (fictieve) dienstbetrekking binnen de driehoek:
 1. AWBZ-erkende instelling/bemiddelingsbureau (eventueel naam van 'het bemiddelingsbureau')
 2. (Bemiddelde) Zorgverlener
 3. Zorgvrager (die kiest voor AWBZ-thuiszorg in natura)
- dat naast de afspraken in deze overeenkomst ook de afspraken in de 'overeenkomst inzake het verlenen van zorgdiensten in natura' die gesloten is tussen de door het bureau bemiddelde zorgverlener en de zorgvrager onderdeel uitmaakt van deze samenwerkingsvorm;
- dat bij deze samenwerkingsvorm de verantwoordelijkheid inzake bemiddeling (de match) en de verantwoordelijkheid voor de zorginhoudelijke aspecten van elkaar zijn losgekoppeld;
- dat het bemiddelingsbureau uitsluitend verantwoordelijk is voor de bemiddeling (de match).
- dat de zorgverlener rechtstreeks aanspreekbaar en verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de verleende zorg. Door die eigen verantwoordelijkheid de zorgverlener zich, zonder toestemming van het bemiddelingsbureau, vrijelijk kan laten vervangen en de vervangende zorgverlener zelf kan uitbetalen.
- dat de zorgvrager in deze samenwerkingsvorm enerzijds een eigen betalingsverplichting heeft ten opzichte van de instelling voor de bemiddelingsprestatie (match) en anderzijds een eigen betalingsverplichting ten opzichte van de zorgverlener heeft voor de geïndiceerde zorgverlening.
- dat de zorgvrager in deze samenwerkingsvorm het bemiddelingsbureau machtigt een deel van zijn toegekende AWBZ-vergoeding (budget) te besteden aan haar bemiddeling (de match) en een deel door te betalen aan de zorgverlener voor de geïndiceerde zorgverlening (kassiersfunctie).
- dat deze samenwerkingsvorm mede tot stand is gekomen in samenwerking met het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en afgestemd met de Belastingdienst en het UWV.

Zijn overeengekomen als volgt:

Artikel 1 Ingangsdatum, duur, beëindiging

1. Met ingang van _____ 200_ wenst de zorgvrager van de in artikel 2 genoemde diensten van het bureau gebruik te maken en het bureau wenst deze diensten aan de zorgvrager te verstrekken.

2. Deze overeenkomst, hierna te noemen: '**de Overeenkomst**', wordt aangegaan voor de duur van _____ en zal derhalve eindigen op _____ 200_.

Of Deze overeenkomst wordt aangegaan voor onbepaalde tijd.

3. Partijen kunnen de Overeenkomst tussentijds schriftelijk opzeggen met inachtneming van een opzegtermijn van één maand, onverminderd de mogelijkheid dat partijen in onderling overleg overeenkomen en schriftelijk vastleggen dat de Overeenkomst zonder of met een kortere opzegtermijn wordt beëindigd.

4. De Overeenkomst eindigt van rechtswege met onmiddellijke ingang in de navolgende gevallen:

- ingeval van overlijden van de zorgvrager;
- indien het indicatieorgaan ten aanzien van de zorgvrager een indicatie onthoudt of niet verlengt;
- indien de zorgvrager wordt opgenomen in een ziekenhuis of een verpleeghuis;
- indien het bureau failliet is verklaard, indien zij surséance van betaling heeft aangevraagd of zulks aan haar is verleend, dan wel in aanmerking komt voor de Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen alsmede indien het bureau wordt ontbonden.

Artikel 2 Bemiddelingsdiensten, machtiging

1. Het bureau zal ten behoeve van de zorgvrager bemiddelen in het faciliteren van zorgdiensten. Hiertoe zal het bureau namens de zorgvrager contact onderhouden met het betreffende indicatieorgaan en (de) zorgverlener(s). Het bureau zal in overleg met de zorgvrager zich inspannen om zorg te dragen voor een goede match met een voor zorgvrager geschikte zorgverlener die zijn/haar werkzaamheden niet op basis van een arbeidsovereenkomst naar burgerlijk recht zal verrichten, en zal het bureau de zorgvrager zorgvuldig voorzien van correcte informatie omtrent de zorgdiensten en budget gerelateerde zaken.

Het bureau ondersteunt de zorgvrager bij het verkrijgen van de middelen teneinde de geïndiceerde zorg in natura en de betreffende bemiddeling en organisatiekosten te financieren vanuit het op basis van de indicatie toegekende budget.

2. Het bureau zal namens de zorgvrager de (financiële) middelen ontvangen om te voorzien in de zorgdiensten behorende bij de individuele indicatie van de zorgvrager en zal voor betaling aan (de) zorgverlener(s) zorgdragen (kassiersfunctie). Het bureau is gerechtigd zich uit het ter beschikking staande budget de kosten van de bemiddeling uit te betalen. Het bureau zal voorts omtrent de zorgdiensten de administratie voeren en voor informatievoorziening aan het CAK en zonodig het zorgkantoor zorgdragen.

3. De zorgvrager machtigt door ondertekening van de Overeenkomst het bureau gedurende de looptijd van de Overeenkomst om de hiervoor onder artikel 2 lid 1 en lid 2 genoemde diensten namens de zorgvrager te verrichten.

Artikel 3 Kwaliteit, klachten

1. Het bureau garandeert de kwaliteit van de door haar geleverde diensten. Te dienaangaande leeft zij de voor de zorgsector geldende wet- en regelgeving na. Het bureau verklaart hierbij ISO/HKZ _____ gecertificeerd te zijn.
2. Het bureau is aangesloten bij de klachtencommissie van _____. Ingeval de zorgvrager klachten heeft omtrent de uitvoering van de diensten door het bureau dienen partijen in eerste instantie in onderling overleg tot een oplossing te komen. Indien de klacht naar het oordeel van de zorgvrager niet naar tevredenheid is opgelost kan de zorgvrager zich schriftelijk wenden tot de klachtencommissie van _____, (adres:) _____. Het bureau zal een klachtenreglement aan de zorgvrager ter beschikking stellen, waarin nadere informatie is opgenomen.

Artikel 4 Ontvangsten financiële middelen, betalingen, vergoeding (kassiersfunctie)

1. Het bureau ontvangt uit AWBZ een budget waaruit de zorgdiensten voor de zorgvrager waaronder een vergoeding voor bemiddeling inclusief BTW worden gefinancierd en welk budget hoort bij de individuele indicatie van de zorgvrager. Het bureau zal een substantieel deel van dit budget aanwenden voor de dekking van de kosten voor de zorgverlening aan de zorgvrager en zal te dienaangaande namens de zorgvrager zorgdragen voor de voldoening van de door de zorgvrager geaccordeerde facturen van de zorgverlener. Het restant van het budget zal door het bureau worden aangewend ter dekking van kantoorkosten en zoals hiervoor vermeld kosten van bemiddeling. In geval van overschrijding van het budget behorende bij de indicatie komt zulks voor rekening en risico van de zorgvrager.

Artikel 5 Geheimhouding, toepasselijk recht

1. Het bureau verklaart omtrent alles wat haar ter kennis komt ten aanzien van de zorgvrager en diens gezin geheimhouding te betrachten, behoudens voor zover het bureau aan het indicatieorgaan, het CAK, het zorgkantoor, NZA en/of op grond van de wet verplicht is aan derden mededelingen te doen en/of informatie te verstrekken. De geheimhoudingsverplichting geldt tijdens als ook na afloop van de Overeenkomst.
2. Op de Overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
3. De rechter uit de woonplaats van de zorgvrager is bevoegd om van een geschil kennis te nemen.

Aldus overeengekomen, opgemaakt en in tweevoud ondertekend te _____,
op _____ 200__.

Het bureau:

De zorgvrager:

(naam bureau)
namens deze:

(in geval van vertegenwoordiging handtekening en naam van vertegenwoordiger)

_____ **(handtekening)**

_____ **(handtekening)**

----- **(naam)**

----- **(naam)**

OVEREENKOMST INZAKE HET VERRICHTEN VAN ADDITIONELE DIENSTEN

De ondergetekenden:

1. De besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid / de vennootschap onder firma / de stichting @, gevestigd te _____, te dezen rechtsgeldig vertegenwoordigd door de heer / mevrouw _____, of
De heer/mevrouw _____, handelend onder de naam @,
telefoonnummer: _____,
KvK-nummer: _____,

hierna te noemen: "**het bureau**",

en

2. De heer / mevrouw _____, geboren op _____ te _____, wonende te _____ aan de (postcode), _____
telefoonnummer: _____,
BSN-nummer: _____,
bank/gironummer: _____,

hierna te noemen: "**de zorgverlener**".

In aanmerking nemende:

- dat zorgverlener de wens heeft bepaalde facilitaire diensten van het bureau te willen betrekken;
- dat het bureau deze diensten aan de zorgverlener kan en wenst te verlenen;
- dat deze diensten complementair zijn aan of samen hangen met de bemiddelingsactiviteiten van het bureau die zijn gericht op het zo goed als mogelijk samenbrengen van de zorgvraag en het zorgaanbod tussen zorgvragers en zorgverleners (de match);
- dat deze additionele diensten geacht worden bevorderlijk te zijn voor een behoorlijke dienstverrichting van de zorgverlener jegens de zorgvrager(s);
- dat het bureau en de zorgverlener inzake het verrichten van additionele diensten deze overeenkomst met elkaar wensen aan te gaan.
- dat de afspraken in deze 'overeenkomst inzake het verrichten van additionele diensten' niet van invloed zijn op de rechtsverhoudingen en gemaakte afspraken zoals vastgelegd in de 'overeenkomst inzake bemiddeling van zorg in natura' die het bureau met de zorgvrager heeft afgesloten en de 'overeenkomst inzake het verlenen van zorgdiensten in natura' die de zorgverlener met de zorgvrager heeft afgesloten.
- dat zowel de 'overeenkomst inzake bemiddeling van zorg in natura' in samenhang met de 'overeenkomst inzake het verlenen van zorgdiensten in natura' onderdeel uitmaken van een samenwerkingsvorm binnen de AWBZ-thuiszorg in natura waarbij in fiscale zin en voor de werknemersverzekeringen is uitgesloten dat sprake is van een (fictieve) dienstbetrekking binnen de driehoek:
 1. AWBZ-erkende instelling/bemiddelingsbureau (eventueel naam van 'het bemiddelingsbureau')
 2. (Bemiddelde) Zorgverlener
 3. Zorgvrager (die kiest voor AWBZ-thuiszorg in natura)
- dat deze samenwerkingsvorm mede tot stand is gekomen in samenwerking met het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en afgestemd met de Belastingdienst en het UWV.

Zijn overeengekomen als volgt:

Artikel 1 Ingangsdatum, duur, beëindiging

1. Met ingang van _____ 200_ wenst de zorgverlener van de in artikel 2 genoemde diensten van het bureau gebruik te maken en het bureau wenst deze diensten aan de zorgverlener te verstrekken.
2. Deze overeenkomst, hierna te noemen: '**de Overeenkomst**', wordt aangegaan voor de duur van _____ en zal derhalve eindigen op _____ 200_.

Of Deze overeenkomst wordt aangegaan voor onbepaalde tijd.

3. Partijen kunnen de Overeenkomst tussentijds schriftelijk opzeggen met inachtneming van een opzegtermijn van één maand, onverminderd de mogelijkheid dat partijen in onderling overleg overeenkomen en schriftelijk vastleggen dat de Overeenkomst zonder of met een kortere opzegtermijn wordt beëindigd.
4. De Overeenkomst eindigt van rechtswege met onmiddellijke ingang in de navolgende gevallen:
 - ingeval van overlijden van de zorgverlener;
 - indien een der partijen failliet is verklaard, indien zij surséance van betaling hebben aangevraagd of hen die is verleend, dan wel indien een der partijen in aanmerking komt voor de Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen alsmede indien het bureau wordt ontbonden;
 - indien een der partijen haar/ zijn verplichtingen uit de Overeenkomst niet nakomt en door de andere partij daarop schriftelijk en met aangetekend schrijven is gewezen met verlening van een redelijke termijn om het verzuim het herstellen, welke termijn niet korter zal zijn dan 8 dagen.

Artikel 2 Additionele diensten

1. Het bureau zal ten behoeve van de zorgverlener naar gelang de behoefte daaraan in de praktijk blijkt te bestaan bepaalde diensten van facilitaire aard verlenen en zal zich in dat kader inspannen om deze diensten naar beste vermogen en kunnen te verlenen aan de zorgverlener. Het gaat daarbij om de navolgende diensten:
 - a. Het bureau verzorgt ten behoeve van de zorgverlener diens financiële administratie;
 - b. Het bureau draagt zorg voor het opmaken en verzenden van facturen ten behoeve van de zorgverlener;
 - c. Het bureau organiseert ten behoeve van de zorgverlener cursussen of verzorgt opleidingen;
 - d. Het bureau stelt modellen/ modelcontracten/ hand-outs etc en overige facilitaire zaken ter beschikking aan de zorgverlener;
 - e. Etc.etc.

Opties nader aan te vullen

2. De zorgverlener is voor de dienstverlening uit het voorgaande lid 1 een bedrag verschuldigd aan het bureau ter hoogte van:

- a) € _____ (zegge _____) exclusief BTW en bijkomende kosten;
- b) € _____ (zegge: _____) exclusief BTW en bijkomende kosten;
- c) € _____ (zegge: _____) exclusief BTW en bijkomende kosten;
- d) € _____ (zegge: _____) exclusief BTW en bijkomende kosten;

Etc.etc.

Artikel 3 Aansprakelijkheid

Het bureau aanvaardt geen aansprakelijkheid voor de door haar uit hoofde van deze Overeenkomst verrichtte additionele diensten ten behoeve van de zorgverlener behoudens in gevallen van opzet of grove schuld c.q. die gevallen waarvoor het uitsluiten van aansprakelijkheid geacht wordt rechtens ongeoorloofd te zijn.

Artikel 4 Geheimhouding, toepasselijk recht

- 1. Het bureau verklaart omtrent alles wat haar ter kennis komt ten aanzien van de zorgverlener geheimhouding te betrachten, behoudens voor zover het bureau op grond van de wet verplicht is aan derden mededelingen te doen en/of informatie te verstrekken.
De geheimhoudingsverplichting geldt tijdens als ook na afloop van de Overeenkomst.
- 2. Op de Overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
- 3. De rechter van de woonplaats van de zorgverlener is bevoegd om van een geschil kennis te nemen.

Aldus overeengekomen, opgemaakt en in tweevoud ondertekend te _____,
op _____ 200__.

Het bureau:

De zorgverlener

(naam bureau)

namens deze:

_____ **(handtekening)**

----- **(naam)**

_____ **(handtekening)**

----- **(naam)**