

Deel II: Algemene bepalingen Medisch Specialistische Zorg

Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

a. (Bedrijfs)vertrouwelijke informatie

Alle bedrijfs- en fabricagegegevens en/of overige informatie die de ene Partij vertrouwelijk aan de andere Partij ter beschikking stelt of waarvan de andere Partij het vertrouwelijke karakter zonder die mededeling redelijkerwijs dient te begrijpen. Informatie in het publiek domein valt niet onder deze definitie.

b. DBC-zorgproduct

Een declarabele prestatie welke is afgeleid uit een subtraject en zorgactiviteiten, zoals omschreven in de geldende NZa-beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'.

c. Formele controle

Een onderzoek als bedoeld in artikel 1 lid 1 sub t van de Regeling zorgverzekering en artikel 1 sub f van de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen WMG.

d. Fraude

De situatie waarin de Zorgaanbieder bewust valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden of verduistering pleegt of tracht te plegen ten nadele van de bij de totstandkoming of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties met het doel een prestatie, vergoeding, betaling of ander voordeel te krijgen waarop de verzekerde dan wel de Zorgaanbieder geen recht heeft of recht kan hebben.

e. Fraudeonderzoek

Een onderzoek als bedoeld in artikel 1 lid 1 sub v van de Regeling zorgverzekering en artikel 1 sub h van de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen WMG.

f. Machtiging

Iedere vorm van voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar aan een Verzekerde voor bepaalde zorg.

g. Materiële controle

Een onderzoek als bedoeld in artikel 1 lid 1 sub u van de Regeling zorgverzekering en artikel 1 sub g van de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen WMG.

h. Medisch specialist

Een arts die voor zijn specialisme is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 juncto artikel 14 wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG).

i. Grouper

Applicatie in Vecozo die aan de hand van door de Zorgaanbieder aangeleverde gegevens een waarde aan het Onderhanden Werk toekent.

j. Onderaanneming

Indien een Verzekerde Zorg ontvangt van de Zorgaanbieder (de hoofdaannemer) en deze voor (een deel van) de daadwerkelijke zorgverlening een andere zorgverlener (de onderaannemer), niet zijnde dezelfde entiteit als de Zorgaanbieder (hoofdaannemer), inschakelt en deze de Zorg laat verlenen. Ook zorg die door het Medisch Specialistisch Bedrijf wordt geleverd valt onder deze definitie.

k. Overeengekomen prestaties

DBC- en Overige (zorg)producten die Zorgaanbieder onder deze overeenkomst ten laste van Zorgverzekeraar aan Verzekerden van Zorgverzekeraar mag verlenen; het betreft de zorgproducten die zijn vastgelegd in het VECOZO Zorginkoopportaal en waarover Partijen overeenstemming hebben bereikt.

l. Overige zorgproducten

Overige zorgproducten zoals bedoeld in de Regeling Medisch Specialistische Zorg. Het gaat onder andere om overige zorgproducten zoals die zijn onderverdeeld in vier hoofdcategorieën, te weten supplementaire producten (onder andere add on), eerstelijnsdiagnostiek (ELD), paramedische behandeling en onderzoek en overige verrichtingen.

m. Partijen

De Zorgverzekeraar en de Zorgaanbieder die gezamenlijk deze overeenkomst zijn aangegaan.

n. Tandarts specialist (kaakchirurg)

De arts of tandarts die is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 juncto artikel 14 wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG).

o. Transparantiekalender

Overzicht van het Zorginstituut van per sector van aan te leveren kwaliteitsgegevens over verleende zorg (indicatoren).

p. Treeknormen

De maximaal aanvaardbare wachttijden ziekenhuiszorg zoals vastgesteld in overleg tussen Zorgaanbieders en Zorgverzekeraars en openbaar gemaakt door de Minister van VWS.

q. VECOZO Zorginkoopportaal

Een webapplicatie die Zorgverzekeraars en Zorgaanbieders elektronische ondersteuning biedt bij de totstandkoming en vastlegging van contractafspraken over de Overeengekomen prestaties.

r. Veiligheid Management Systeem

Systeem waarmee Zorgaanbieders continue risico's signaleren, verbeteringen doorvoeren en beleid vastleggen, evalueren en aanpassen.

s. Verzekerde

De persoon die een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringwet en/of een aanvullende zorgverzekeringsovereenkomst als bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg heeft gesloten met de Zorgverzekeraar, en die recht heeft op de in die overeenkomst omschreven zorg in natura, dan wel op gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten van die zorg.

t. Zorgaanbieder

De overeenkomstig de Wet Toelating Zorginstellingen toegelaten instelling voor medisch-specialistische zorg die deze overeenkomst is aangegaan.

u. Zorgactiviteitentabel

Bijlage bij de meest recente versie van de Regeling Medisch Specialistische Zorg van de NZa waarin consumentenbeschrijvingen zijn opgenomen van medisch-specialistische behandelingen die tot het verzekerde basispakket behoren.

v. Zorgverzekeraar

De Zorgverzekeraar die deze overeenkomst is aangegaan en die zorgverzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringwet of aanvullende zorgverzekeringen aanbiedt.

w. Zorg

1. Zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden, als bedoeld in artikelen 2.4 en 2.5 Besluit zorgverzekering, inclusief onder deze artikelen vallende materialen zoals geneesmiddelen en/of hulpmiddelen;
2. Chirurgische tandheelkundige hulp door een tandarts-specialist, als bedoeld in artikel 2.7 Besluit zorgverzekering.
3. Verblijf als bedoeld in artikel 2.12 Besluit zorgverzekering, voor zover medisch noodzakelijk in het kader van de in sub 1 en 2 genoemde zorg.

Hoofdstuk 1: Zorgverlening

Artikel 1 - Zorg

1. De Zorgaanbieder verleent Zorg aan Verzekerden die zich daartoe tot hem wenden voor zover de Verzekerde jegens de Zorgverzekeraar recht heeft op die Zorg dan wel op vergoeding van de kosten daarvan, met inachtneming van het bepaalde in deze overeenkomst.
2. De Zorgaanbieder verleent de zorg met inachtneming van de voor de Zorgaanbieder relevante wet- en regelgeving, waaronder (maar niet uitsluitend) de wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), de wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG), de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en geldende kwaliteitsstandaarden, richtlijnen en protocollen.
3. De bepalingen in deze overeenkomst hebben betrekking op de Overeengekomen prestaties.
4. De Zorgaanbieder verleent de Zorg op de locaties zoals vastgelegd in [voorblad/bijlage].

Artikel 2 - Farmaceutische zorg en hulpmiddelen

1. Partijen zien erop toe dat de kosten van geneesmiddelen die worden afgeleverd of toegediend in het kader van de verleende Zorg ten laste van de Zorgaanbieder komen.
2. De Zorgaanbieder bevordert dat de aan hem verbonden Medisch specialist zijn medewerking verleent aan het goed functioneren van het plaatselijk medisch farmaceutisch overleg.
3. Hulpmiddelenzorg omvat de verstrekking van hulpmiddelen aan verzekerden in verband met opname in een zorginstelling, polikliniek en ontslag uit een zorginstelling volgens het 'Standpunt Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden', publicatiedatum 15-8-2016 van het Zorginstituut Nederland en alle eventuele vervolgrapporten en duidingen. De Zorgaanbieder declareert deze middelen niet omdat de kosten ervan begrepen zijn in de zorgproductprijs.

Artikel 3 - Kwaliteitsnormen

1. De Zorg wordt verleend door of onder verantwoordelijkheid van bevoegde en bekwame professionals, zoals bedoeld in artikel 3 van de wet BIG (BIG geregistreerde professionals) en in artikel 34 wet BIG.
2. De Zorgaanbieder verleent alleen Zorg die ten minste voldoet aan de minimum volume- en kwaliteitsnormen van de beroepsgroep.
3. Zorg waarvoor geldt dat bij aanvang van de overeenkomst de Zorgaanbieder niet aan de gestelde normen voldoet, valt niet onder de reikwijdte van deze overeenkomst, ook indien het DBC-zorgproduct is opgenomen in het VECOZO Zorginkoopportaal.
4. De Zorgaanbieder beschikt over een geaccrediteerd integraal kwaliteitssysteem en een geïmplementeerd Veiligheid Management Systeem (VMS).

Artikel 4 - Selectieve inkoop

1. De Zorgverzekeraar kan in het kader van selectieve inkoop voor specifieke aandoeningen kwaliteits- en volumennormen hanteren.
2. Indien van toepassing is in Deel III een nadere onderbouwing gegeven van de gemaakte afspraken en zijn eventuele aanvullende bepalingen opgenomen in verband met het selectieve inkoopbeleid van de Zorgverzekeraar en/of minimumnormen van de beroepsgroepen en eventueel andere uitgesloten zorg (behandelingen).

Artikel 5 - Doelmatige Zorg en gepast gebruik

1. De Zorgaanbieder levert Zorg die binnen de aanspraken van de Zorgverzekeringswet valt en die volgens de professionele richtlijnen gepast en doelmatig is.
2. Onder gepast gebruik wordt verstaan:
 - a. Zorg die voldoet aan de indicatievoorwaarden zoals gesteld in de Zorgverzekeringswet;
 - b. Zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk;
 - c. Zorg waarop de Verzekerde redelijkerwijs is aangewezen gezien zijn gezondheidssituatie.
3. Wanneer in het licht van voorschrift of verwijzing en indicatiestelling meerdere behandelingen geacht kunnen worden adequaat te zijn, kiest de Zorgaanbieder voor de meest doelmatige behandeling.
4. Partijen spannen zich in om onder- en overbehandeling terug te dringen.

Artikel 6 - Voorwaardelijke pakkettoelating

Wanneer de Zorgaanbieder Zorg levert in het kader van een voorwaardelijke pakkettoelating, komt deze enkel voor vergoeding door de Zorgverzekeraar in aanmerking indien de Zorgaanbieder voldoet aan de eisen zoals gesteld door het Zorginstituut Nederland.

Artikel 7 - Weigering zorgverlening

De Zorgaanbieder handelt overeenkomstig de 'Richtlijn niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst' van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Artikel 8 - Bereikbaarheid en toegankelijkheid

1. De Zorgaanbieder zorgt voor goede fysieke, telefonische en digitale bereikbaarheid.
2. De Zorgaanbieder draagt zorg voor goede toegankelijkheid van de Zorg en spant zich hiertoe tot het uiterste in om de Zorg binnen de Treeknormen te (blijven) leveren.
3. De Zorgaanbieder informeert de Zorgverzekeraar zodra te voorzien is dat de Treeknormen structureel worden overschreden en neemt binnen de specifieke afspraken passende maatregelen. Op verzoek van de Zorgverzekeraar geeft de Zorgaanbieder inzage in deze maatregelen.
4. De Zorgverzekeraar kan op verzoek van Verzekerde bemiddelen, zodat de Verzekerde de behandeling elders krijgt. De Zorgaanbieder wijst de Verzekerde hierop.

Artikel 9 - Continuïteit

1. De Zorgaanbieder waarborgt de continuïteit en kwaliteit van de Zorg.
2. De Zorgaanbieder is verplicht om bij risicovolle omstandigheden die de continuïteit dan wel kwaliteit van de Zorg op enigerlei wijze (kunnen) bedreigen, in het bijzonder maar niet uitsluitend op financieel en zorginhoudelijk gebied, de Zorgverzekeraar zo snel mogelijk van die omstandigheden schriftelijk in kennis te stellen.
3. De continuïteit van de Zorg wordt in ieder geval beschouwd als risicovol indien:
 - a. er sprake is van (het ontstaan van) een solvabiliteit < 8% (eigen vermogen / totaal vermogen), en/of
 - b. er gedurende de laatste 3 jaar sprake is (geweest) van materiële negatieve exploitatieresultaten, en/of
 - c. er sprake is van (het ontstaan van) liquiditeitsproblemen.
4. Desgevraagd geeft de Zorgaanbieder, voor zover mogelijk, de Zorgverzekeraar inzicht in alle relevante stukken die betrekking hebben op de problematiek, een en ander met inachtneming van de toepasselijke regels ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van betrokkenen.

Artikel 10 - Onderaanneming

Bij Onderaanneming is de Zorgaanbieder te allen tijde verantwoordelijk en aansprakelijk voor de Zorg verleend door de Onderaannemer. Dit impliceert onder andere dat:

- de Zorgaanbieder borgt dat alle verplichtingen die uit deze overeenkomst voortvloeien voor zover van toepassing ook bij de uitvoering door de Onderaannemer worden nagekomen;
- de Zorgaanbieder ervoor zorgt dat de verlening van de Zorg door de Onderaannemer aan dezelfde kwaliteitsvoorwaarden voldoet als bij de Zorgaanbieder;
- de Zorgaanbieder de Zorg die door een Onderaannemer is verleend bij de Zorgverzekeraar declareert; en
- de Zorgaanbieder aansprakelijk is voor klachten, uitkomsten van inspectierapporten en achterafcontroles, betrekking hebbende op Verzekerden waarbij een Onderaannemer de daadwerkelijke Zorg heeft verleend.

Artikel 11 - Verwijzing

1. De Zorgaanbieder verleent de Zorg voor rekening van de Zorgverzekeraar alleen als er een voorafgaande schriftelijke of elektronische verwijzing voor deze Zorg is, tenzij sprake is van acute zorg.
2. De verwijzing dient, met uitzondering van acute zorg, voorafgaande aan en niet eerder dan 12 maanden - of minder indien dat door de verwijzer in de verwijzing is opgenomen - voor de start van de verlening van de Zorg te zijn verstrekt en dit dient uit het medisch dossier te blijken.
3. Iedere (elektronische) verwijzing bevat minimaal de volgende gegevens:
 - naam, AGB-code en handtekening van de voorschrijver/verwijzer;
 - naam, geboortedatum en BSN van de Verzekerde;

- datum verwijzing;
 - de medische vraagstelling/ vermoedelijke diagnose.
4. Indien bij de Zorgaanbieder twijfel rijst ten aanzien van de juistheid of volledigheid van de verwijzing of onderdelen daarvan, dan zal de Zorgaanbieder contact opnemen met de verwijzer en deze verzoeken om een aanvulling op de verwijzing.

Verwijzer	Toegestaan in het kader van deze overeenkomst: ja/nee
Huisarts	Ja
Medisch specialist (incl. sportarts en kaakchirurg) 1)	Ja
Arts assistent (AGBcode 84.34 en 84.25)	Ja
Arts voor verstandelijk gehandicapten	Ja
Specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts)	Ja
Jeugdartsen 2)	Ja
Bedrijfsarts 3)	Ja
Verloskundige (ingeval zwangerschap of bevalling)	Ja
Verloskundige (naar kinderarts binnen 1e 10 dagen post partus)	Ja
Tandarts/orthodontist voor kaak chirurgische behandeling	Ja
SEH arts	Ja
Kaakchirurg	Ja
Physician assistant	Ja
Verpleegkundig specialist	Ja
Tandprothetici (naar kaakchirurg)	Nee
Optometrist (naar oogarts)	Ja
Orthoptist (naar oogarts)	Ja
Triage-audiciën (naar KNO-arts)	Ja
GGD arts voor aanvragen laboratoriumdiagnostiek (IZB en TBC)	Ja
GGD arts voor doorverwijzen in geval van TBC of SOA	Ja

Klinisch fysicus audioloog (naar KNO arts)	Ja
Physician assistant (werkzaam in eerste lijn of verpleeghuizen)	Ja
Verpleegkundig specialist (werkzaam in eerste lijn of verpleeghuizen)	Ja

1) Psychiater en Sportarts worden niet apart genoemd als verwijzer in de polisvoorwaarden, zij vallen onder de medisch specialisten.

2) Jeugdartsen mogen doorverwijzen conform protocol van de beroepsgroep jeugdartsen.

3) Bedrijfsartsen mogen doorverwijzen voor arbeid gerelateerde aandoeningen. Zie uitgebreide leidraad op de site van de NVAB.

Artikel 12 - Voorafgaande toestemming (Machtiging)

1. Voor bepaalde DBC-zorgproducten en/of Overige zorgproducten ontstaat het recht van de Verzekerde op Zorg nadat de Zorgverzekeraar hiervoor toestemming heeft gegeven (machtigingsprocedure).
2. De Zorgaanbieder verleent haar medewerking aan de uitvoering van deze machtigingsprocedure en zal hiervoor gebruik maken van het machtigingenportaal van VECOZO waar dit mogelijk is.
3. Het in lid 1 en 2 bepaalde geldt in ieder geval voor de zorgactiviteiten genoemd op de 'Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN'. Partijen kunnen aanvullende afspraken maken over aanvullende zorgproducten die aan een Machtiging onderhevig zijn en de procedure die daarvoor geldt.
4. De Zorgaanbieder kan enkel namens de Verzekerde om toestemming verzoeken indien de Verzekerde de Zorgaanbieder daartoe schriftelijk of mondeling heeft gemachtigd.
5. De Zorgaanbieder stelt de Verzekerde voorafgaande aan de zorgverlening op de hoogte van de eis van voorafgaande toestemming en van het feit dat zonder deze toestemming de kosten van de Zorg niet door de Zorgverzekeraar worden vergoed.

Hoofdstuk 2 Declareren en financiële afspraken

Artikel 13 - Controle identiteit en verzekeringsgerechtigdheid

1. De Zorgverzekeraar dient te kunnen controleren of de Zorgaanbieder voldoet aan haar wettelijke verplichting tot vaststelling van de identiteit van de Verzekerde bij het verlenen van Zorg.
De Zorgaanbieder legt vast op welke wijze zij aan deze wettelijke verplichting voldoet en stelt de Zorgverzekeraar hiervan in kennis wanneer deze daartoe verzoekt.
2. De Zorgaanbieder overtuigt zich van het recht van de Verzekerde op Zorg. Slechts in dat geval komt de Zorg voor vergoeding in aanmerking. De Zorgaanbieder kan daarbij afgaan op een door de Zorgverzekeraar afgegeven geldig (voorlopig) bewijs van inschrijving of via het VECOZO-portaal het recht op verzekering raadplegen.

Artikel 14 - Declareren

1. De Zorgaanbieder stelt zich ervan op de hoogte of de Zorg binnen de aanspraak van de Zorgverzekeringwet valt door raadpleging van de Zorgactiviteitentabel van de Nederlandse Zorgautoriteit.
2. De Zorgaanbieder declareert alleen de Overeengekomen prestaties.
3. Bijlage 1 'Uniforme declaratieparagraaf' bij het Convenant ketenprocessen medisch specialistische zorg en kaakchirurgie tussen NVZ, NFU en ZN maakt onderdeel uit van deze overeenkomst en is als bijlage 2 aan onderhavige overeenkomst toegevoegd. Indien door ZN met de NVZ en/of NFU aanvullende, afwijkende of vervangende afspraken worden gemaakt ten aanzien van de in bijlage 2 opgenomen 'Uniforme declaratieparagraaf' maken deze afspraken automatisch onderdeel uit van deze overeenkomst c.q. vervangen deze afspraken de eerder gemaakte afspraken.
4. Als de Zorgverzekeraar - voor zover er een vorderingsrecht bestaat conform de Zorgverzekeraar specifieke afspraken (deel II) - door te late indiening van declaraties door de Zorgaanbieder het eigen risico niet meer kan verrekenen, wordt het

bedrag dat aan eigen risico verrekend had kunnen worden in mindering gebracht op de uit te betalen declaraties, tenzij de te late indiening aan de Zorgverzekeraar kan worden verweten.

5. De zorgaanbieder spant zich in om bij de declaratie van het DBC zorgproduct de ICD10 code van de hoofddiagnose mee te leveren.

Artikel 15 - Informatieverstrekking onderhanden werk

De Zorgaanbieder levert [eigen termijn opnemen] informatie over het onderhanden werk via de meest recente standaard van de OHW-Grouper aan.

Artikel 16 - Specifieke afspraken

De specifieke afspraken (waaronder de financiële afspraken) die Partijen hebben gemaakt zijn vastgelegd in Deel II.

Hoofdstuk 3: Controle

Artikel 17 - Controle

1. De Zorgverzekeraar kan een Formele of Materiële controle uitvoeren bij de Zorgaanbieder zoals hierna omschreven.
2. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitoefening van de controle de bij of krachtens wet gestelde voorschriften ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de Verzekerde in acht, alsmede bij de Formele of Materiële controle de (nadere) regels die worden gesteld in artikel 87 Zorgverzekeringswet, hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering en het Protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland, WMG en regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen WMG.
3. Bijlage 2 'Uniforme omgangsregels achterafcontrole' bij het Convenant ketenprocessen medisch specialistische zorg en kaakchirurgie tussen NVZ, NFU en ZN maakt integraal onderdeel uit van deze overeenkomst en is als bijlage 3 aan onderhavige overeenkomst toegevoegd.
4. Indien door ZN met de NVZ en/of NFU aanvullende, afwijkende of vervangende afspraken worden gemaakt ten aanzien van de in bijlage 3 opgenomen 'Uniforme omgangsregels achterafcontrole' maken deze afspraken automatisch onderdeel uit van deze overeenkomst c.q. vervangen deze afspraken de eerder gemaakte afspraken.
5. De Zorgaanbieder is op grond van artikel 7.4 lid 2 van de Regeling zorgverzekering verplicht medewerking te verlenen aan een conform de Regeling zorgverzekering uitgevoerde controle. Dit houdt onder andere in dat de Zorgaanbieder de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar ter uitvoering van de controle in de praktijk toe dient te laten. Tevens is de Zorgaanbieder verplicht de bevoegde medewerkers die uitvoering geven aan de controle(s) behulpzaam te zijn voor zover dat redelijkerwijs mag worden verwacht, waartoe uitdrukkelijk wordt gerekend dat de Zorgaanbieder desgevraagd actieve medewerking verleent aan het daadwerkelijk toegang verschaffen van de instellings- en patiëntenregistratie. Als Zorgaanbieder niet meewerkt aan de controle zoals in dit lid bedoeld, kan dit leiden tot terugvordering dan wel verrekening van de declaraties die onderwerp zijn van controle of opzegging van de overeenkomst. Voordat tot verrekening wordt overgegaan zal eerst de mogelijkheid tot afrekening geboden worden.
6. Indien en voor zover de controle betrekking heeft op de rechtmatigheid en doelmatigheid van de aanspraken van Verzekerden, is de Zorgaanbieder gehouden de Zorgverzekeraar met inachtneming van de daarvoor geldende wettelijke voorschriften inzage en/of afschrift te geven in de medische dossiers van de Verzekerden. Indien de Zorgverzekeraar om een afschrift verzoekt dan wordt dit op beveiligde wijze (versleuteld) door de Zorgaanbieder aan de Zorgverzekeraar verstrekt.
7. Een controle kan, naast terugvordering van de ten onrechte in rekening gebrachte en uitbetaalde declaraties, afhankelijk van de ernst en zwaarte van de geconstateerde feiten onder andere leiden tot de volgende maatregelen:
 - a. opzegging van de overeenkomst;
 - b. melding van de controle aan andere Zorgverzekeraars;
 - c. melding van geconstateerde tekortkomingen in de kwaliteit van zorg bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd;
 - d. terugvordering van redelijke onderzoekskosten van de Zorgverzekeraar.

8. De Zorgaanbieder zal declaraties die de Zorgverzekeraar terugvordert als gevolg van de controle niet alsnog in rekening brengen bij de Verzekerde.

Artikel 18 - Fraude

1. De Zorgverzekeraar kan een Fraudeonderzoek uitvoeren.
2. De Zorgaanbieder verliest bij door hem gepleegde Fraude het recht op vergoeding van geleverde Zorg uit hoofde van deze overeenkomst (betreffende het gedeelte waarop de Fraude betrekking heeft).
3. In geval van Fraude kan de Zorgverzekeraar afhankelijk van de ernst en zwaarte van de geconstateerde feiten onder andere de volgende maatregelen treffen:
 - de ten onrechte uitgekeerde betalingen en gemaakte onderzoekskosten terugvorderen;
 - deze overeenkomst met onmiddellijke ingang beëindigen;
 - registratie van Fraude doen in de tussen verzekeringmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
 - een klacht indienen bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg;
 - melding c.q. aangifte doen bij het Kenniscentrum Fraudebeheersing in de Zorg, enige opsporingsdienst en/of het Openbaar Ministerie.
4. De in lid 3 van dit artikel beschreven sancties laten het recht van de Zorgverzekeraar om nakoming, of schadevergoeding te vorderen onverlet.

Hoofdstuk 4: Informatieverwerking en verstrekking

Artikel 19 - Verwerking persoonsgegevens

Partijen handelen bij de verwerking van (bijzondere) persoonsgegevens in het kader van deze overeenkomst zorgvuldig en nemen de geldende privacy wet- en regelgeving in acht.

Artikel 20 - Bedrijfsvertrouwelijke informatie

Partijen gaan zorgvuldig om met Bedrijfsvertrouwelijke informatie van de andere Partij en treffen passende organisatorische en technische maatregelen voor een veilige opslag, uitwisseling en andere verwerking daarvan.

Artikel 21 - Uitwisseling en standaardisatie van gegevens

Om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen verlenen, is het randvoorwaardelijk dat zorgverleners en patiënten en/of hun mantelzorgers op het juiste moment beschikken over de juiste informatie. Het wegnemen van belemmeringen in het vastleggen, koppelen, ontsluiten en uitwisselen van (patiënt)gegevens moet daarom zo snel mogelijk gebeuren. Landelijke Partijen waaronder brancheorganisaties van zorgaanbieders, VWS, Patiëntenfederatie en ZN hebben in het Informatieberaad afspraken gemaakt over uitwisseling en standaardisatie van gegevens. Op basis hiervan worden de volgende afspraken gemaakt:

- a. De zorgaanbieder geeft voorrang aan het realiseren van de prioritaire processen en afspraken zoals deze binnen het Informatieberaad Zorg zijn vastgesteld. De Zorgaanbieder zal voor het uitwisselen van medische gegevens ten behoeve van het zorgproces toewerken naar het gebruik van landelijke standaarden. Voorbeelden van landelijke standaarden zijn de Basisgegevensset Zorg (BgZ), MedMij en eOverdracht.
- b. Naast de hiervoor genoemde standaarden c.q. gegevensuitwisselingen zal de Zorgaanbieder waar van toepassing voor landelijke uitwisseling van medische beelden toewerken naar het gebruik van de Twiin infrastructuur;
- c. De Zorgaanbieder maakt bij (het implementeren van) gegevensuitwisselingen met andere zorgaanbieders waar mogelijk gebruik van de toestemming van patiënten zoals vastgelegd in de online toestemmingsvoorziening Mitz.
- d. De Zorgaanbieder draagt bij aan standaardisatie van kwaliteitsregistraties met behulp van zorginformatiebouwstenen (ZIB's) en streeft naar automatische vulling van kwaliteitsregistraties vanuit het elektronisch patiëntendossier volgens het principe 'eenmalige registratie voor meervoudig gebruik'.

Artikel 22 - Kwaliteit van zorg

1. Algemeen

1. De Zorgaanbieder voldoet aan de normen die door de wetenschappelijke beroepsverenigingen zijn opgesteld, inclusief het voeren van wettelijk verplichte landelijke registraties.
2. Als de Zorgaanbieder en de organisatie van de registratie dataverificatie uit willen voeren, dan gebeurt dat conform afspraken bij de betreffende registratie.
3. De Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar omarmen het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik, in het bijzonder de implementatieagenda van gepast gebruik, en de afspraken die hieruit voortvloeien.

2. Transparantie van kwaliteit

1. De Zorgaanbieder levert de volgens de Transparantiekalender verplichte landelijke indicatoren op aan het Zorginstituut. Het proces van aanlevering is beschreven in de 'Samenwerkingsafspraken Transparante Kwaliteitsinformatie medisch-specialistische zorg', opgesteld door het Zorginstituut in samenwerking met NVZ, NFU, ZKN, V&VN, Patiëntenfederatie Nederland en ZN.
2. De door kwaliteitsregistraties berekende indicatoren worden door de Zorgaanbieder voor het aanleveren van de correcte waarden voor indicatoren op de Transparantiekalender als uitgangspunt genomen. Afwijking van de door de kwaliteitsregistraties berekende waarden geschiedt alleen op basis van de wettelijke plicht om correcte waarden aan te leveren en wordt door de Zorgaanbieder toegelicht in het aanleverportaal.
3. De Zorgaanbieder geeft de betreffende kwaliteitsregistraties toestemming voor het volgens landelijke afspraken doorleveren van indicatoren aan het Zorginstituut ten behoeve van de Transparantiekalender.
4. Als een Zorgaanbieder vrijwillige indicatoren wil aanleveren aan Zorgverzekeraars, volgen de vrijwillige indicatoren dezelfde route als de verplichte indicatoren, uitgezonderd doorlevering aan het Zorginstituut. In plaats daarvan worden de vrijwillige indicatoren doorgeleverd aan Zorgverzekeraars via Zorgverzekeraars Nederland danwel via door Zorgverzekeraars Nederland aan te wijzen organisatie (momenteel zijnde: Vektis).
5. De kwaliteitsindicatoren kunnen door Zorgverzekeraars worden gebruikt in kwaliteitsgesprekken, als inkoopinformatie en als keuze-informatie voor Verzekerden.
6. Wat betreft het voldoen aan minimumnormen zoals vastgesteld door de beroepsgroep, levert de Zorgaanbieder de door SONCOS en de NVvH gevraagde informatie ook op aan Zorgverzekeraars via Zorgverzekeraars Nederland, danwel via door Zorgverzekeraars Nederland aan te wijzen organisatie (momenteel zijnde: Vektis).
7. Voor zover van toepassing neemt de Zorgaanbieder deel aan de volgende registraties: de NHR, QRNS (Quality Registry Neuro Surgery), de dataregistraties van de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) waaronder in ieder geval Prozig en Blazib, de dataregistratie van de Nederlandse Vereniging voor Schisis en Craniofaciale Afwijkingen (NVSCA), de registraties PREZIES (PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance), en de NICE registratie (Nationale Intensive Care Evaluatie).

3. Transparantie van patiëntervaringsmetingen

1. Bij het meten van patiëntervaringen voor benchmarking, gebruikt de Zorgaanbieder de PEM-vragenlijsten van NFU/NVZ en/of de PREM MSZ 3.0 (www.patiëntervaringsmetingen.nl) en werkt toe naar transparantie van de resultaten voor (toekomstige) patiënten.
2. De Zorgaanbieder is verplicht de meting uit te laten voeren door een ISO 9001 of ISO 20252 gecertificeerde meetorganisatie.
3. De Zorgaanbieder draagt er - in samenwerking met de betreffende meetorganisatie - zorg voor dat de patiënt adequaat wordt geïnformeerd over het gebruik van de resultaten van patiëntervaringsmetingen. Deze resultaten kunnen op geaggregeerd niveau gebruikt worden voor kwaliteitsgesprekken, verbeterinformatie, zorginkoopinformatie en keuze-informatie.

Artikel 23 - Informatie-uitwisseling tussen Partijen

1. De Zorgverzekeraar kan gegevens over het zorgaanbod van de Zorgaanbieder opnemen op één of meer door de Zorgverzekeraar beheerde websites. De Zorgaanbieder is zelf verantwoordelijk voor het aanleveren en daarna actueel,

correct en volledig houden van de juiste gegevens in relevante landelijke databases en registers. De Zorgverzekeraar is niet aansprakelijk voor onjuiste gegevens die op bedoelde websites zijn opgenomen als de Zorgaanbieder niet aan het bepaalde in de vorige zin heeft voldaan.

2. De Zorgaanbieder informeert de Zorgverzekeraar desgevraagd op welke manier de Zorgaanbieder de Governancecode Zorg naleeft. De Zorgaanbieder informeert de Zorgverzekeraar als de situatie ontstaat van ontoereikende naleving van de geldende Governancecode Zorg.

Artikel 24 - Informatieverstrekking aan verzekerden

1. Onverlet de verplichting die de Zorgverzekeraar jegens de Verzekerde heeft om deze te informeren over de inhoud van de polis en de verantwoordelijkheid van de verzekerde zelf hiervan kennis te nemen informeert de Zorgaanbieder de Verzekerden voor aanvang van de Zorg waar Verzekerde redelijkerwijs op is aangewezen en, voor zover nodig, daarna conform de NZa beleidsregel TH/BR-012 en eventuele vervangers daarvan.
2. De Zorgaanbieder wint zo nodig voor een juiste voorlichting van Verzekerden conform de NZa beleidsregel TH/BR-012 inlichtingen in bij de Zorgverzekeraar. De Zorgverzekeraar verstrekt deze inlichtingen zo snel mogelijk aan de Zorgaanbieder. Indien de door de Zorgaanbieder te verlenen zorg niet de Zorgverzekeringswet betreft verwijst de Zorgaanbieder Verzekerde voor de informatievoorziening door naar de Zorgverzekeraar.
3. De Zorgaanbieder verstrekt met in achtneming van de geldende regelgeving de Verzekerde of gemachtigde derden op hun verzoek een afschrift van hun medisch dossier.

Hoofdstuk 5: Relatie Zorgverzekeraar – Zorgaanbieder

Artikel 25 - Informatie en overleg

1. De Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar informeren elkaar tijdig over zaken die relevant zijn voor de uitvoering van de overeenkomst en treden daarover zo nodig in overleg.
2. De Zorgaanbieder overlegt in ieder geval met de Zorgverzekeraar voordat een besluit genomen wordt over:
 - a. het (gedeeltelijk) overdragen van de zeggenschap, fusie, omzetting, splitsing of het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking met een andere Zorgaanbieder;
 - b. de gehele of een gedeeltelijke opheffing, verhuizing of ingrijpende verbouwing van (een vestiging van) de Zorgaanbieder;
 - c. het starten van een ZBC gelieerd aan de Zorgaanbieder of waarin Medisch specialisten verbonden aan de Zorgaanbieder actief zijn;
 - d. grote wijzigingen in het zorgaanbod.
3. Het in lid 1 bedoelde overleg wordt gevoerd op een tijdstip dat het overleg van wezenlijke invloed kan zijn op het besluit van de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder verstrekt tijdig informatie aan de Zorgverzekeraar die voor het overleg redelijkerwijs nodig is.
4. Partijen kunnen met elkaar in overleg gaan over relevante wijzigingen in wet- en regelgeving.
5. Partijen zijn gehouden elkaar desgevraagd de inlichtingen te verschaffen die zij redelijkerwijs behoeven voor een inzicht in de nakoming van de in deze overeenkomst aangegane verplichtingen. De zorgaanbieder verschaft de zorgverzekeraar in dit kader onder andere, maar niet uitsluitend, de gegevens die noodzakelijk zijn om vast te stellen of aan de minimumnormen dan wel inkoopvoorwaarden wordt voldaan

Artikel 26 - Aansprakelijkheid en vrijwaring

1. De Zorgaanbieder is adequaat en voldoende verzekerd voor aansprakelijkheid jegens (nabestaanden van) Verzekerden voor een tekort schieten in de nakoming van verplichtingen uit de geneeskundige behandelingsovereenkomst met de Verzekerde.

2. De Zorgaanbieder geeft op verzoek aan de Zorgverzekeraar inzage in het polisblad van de verzekering zoals bedoeld in lid 1 van dit artikel.
3. De Zorgaanbieder vrijwaart de Zorgverzekeraar voor aanspraken van (nabestaanden van) Verzekerden voor een toerekenbare tekortkoming in de nakoming van de verplichtingen uit de geneeskundige behandelingsovereenkomst met de Verzekerde, ongeacht of de Zorgaanbieder zelf tekortgeschoten is dan wel dat de tekortkoming voor rekening is van een Onderaannemer.

Artikel 27 - Geschillen

1. Als over deze overeenkomst of de uitvoering daarvan een geschil ontstaat, proberen Partijen daar in onderling overleg uit te komen.
2. Mochten Partijen niet in onderling overleg tot een oplossing van het geschil komen, dan legt één der Partijen het geschil voor aan de burgerlijk rechter of indien overeengekomen aan de Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering.

Artikel 28 - Toepasselijk recht

1. Op deze overeenkomst is het Nederlandse recht van toepassing.
2. Op deze overeenkomst zijn geen algemene voorwaarden van toepassing.

Artikel 29 - Overdracht van rechten

1. De Zorgaanbieder mag, met uitzondering van pandrechten en het uit handen geven van een vordering aan een incassobureau, geen rechten en/of plichten uit de overeenkomst overdragen aan derden zonder expliciete schriftelijke toestemming van de Zorgverzekeraar, onverminderd de rechten en plichten van de Zorgaanbieder in artikel 10.

Hoofdstuk 6: Duur en einde overeenkomst

Artikel 30 - Duur, einde en wijziging van de overeenkomst

1. De overeenkomst treedt in werking en eindigt op de tussen Partijen overeengekomen data.
2. De overeenkomst eindigt tussentijds zonder dat schriftelijke opzegging is vereist:
 - a. met wederzijds goedvinden;
 - b. indien de toelating van de Zorgaanbieder op grond van de Wet toelating zorginstellingen wordt ingetrokken;
 - c. Indien een of meer noodzakelijke vergunningen in het kader van de Wet op het financieel toezicht of Solvency II van de Zorgverzekeraars wordt ingetrokken, zodanig dat de Zorgverzekeraar het zorgverzekeringsbedrijf niet meer kan uitoefenen.
3. De overeenkomst kan verder met onmiddellijke ingang zonder rechterlijke tussenkomst geheel of gedeeltelijk worden opgezegd:
 - a. door de Zorgverzekeraar indien de Zorgaanbieder zich in staat van kennelijk onvermogen om aan zijn financiële verplichtingen te voldoen bevindt of het onderwerp is van een procedure tot faillissement, (voorlopig) surseance, gerechtelijk akkoord, vereffening, executoriaal beslag waardoor de verlening van Zorg in gevaar komt of van elke andere soortgelijke procedure;
 - b. door een der Partijen, als aan de wederpartij (voorlopige) surseance van betaling is verleend;
 - c. door een der Partijen, als de wederpartij failliet wordt verklaard;
 - d. door de Zorgverzekeraar als de onderneming van de Zorgaanbieder beëindigd wordt dan wel wordt ontbonden of (een deel daarvan) aan een derde wordt overgedragen en hiervoor voorafgaand geen instemming voor is verleend door de Zorgverzekeraar;
 - e. door de Zorgverzekeraar indien de zeggenschapsverhouding binnen de Zorgaanbieder significant wijzigt door bijvoorbeeld overdracht van aandelen, omzetting, splitsing of fusie tenzij de Zorgverzekeraar na voorafgaand overleg hiertegen geen bezwaar heeft;

- f. door een der Partijen, als de wederpartij in een situatie van overmacht verkeert en aan te nemen is dat deze langer zal duren dan dertig kalenderdagen;
 - g. als een der Partijen zich tegenover de wederpartij schuldig maakt aan (een poging tot) Fraude, misdrijf, dwang of bedreiging;
 - h. door een der Partijen als de wederpartij haar verplichtingen uit deze overeenkomst na een ingebrekestelling (voor zover vereist) niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomt, al dan niet blijkend uit de uitkomsten van een achterafcontrole.
4. Als wijziging in wet- of regelgeving of andere voor Partijen bindende beslissingen aanpassing van deze overeenkomst noodzakelijk maken, treden Partijen zo snel mogelijk met elkaar in overleg om de bepalingen die gewijzigd moeten worden aan te passen. Dit met inachtneming van de oorspronkelijke bedoeling van Partijen. Indien er geen overeenstemming wordt bereikt, kan elk der Partijen de overeenkomst opzeggen met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden. Tussenkost van de rechter is hier niet noodzakelijk.
 5. De opzegging van de overeenkomst, alsmede de eventueel daaraan voorafgaande ingebrekestelling, geschiedt schriftelijk aan de wederpartij.
 6. Rechten en plichten uit deze overeenkomst die naar hun aard bestemd zijn om ook na het einde van deze overeenkomst voort te duren, blijven na het einde van deze overeenkomst bestaan. Tot deze verplichtingen behoren onder meer aansprakelijkheid, geheimhouding, controle en fraude.
 7. Alle wijzigingen van deze overeenkomst zijn uitsluitend geldig indien zij schriftelijk zijn overeengekomen door een daartoe bevoegde vertegenwoordiger van ieder der Partijen.
 8. In geval van einde of beëindiging van de overeenkomst draagt de Zorgaanbieder zorg voor continuïteit van de zorgverlening aan de Verzekerden die voorafgaande aan de beëindiging reeds bij Zorgaanbieder in zorg waren. Partijen treden voor zover noodzakelijk in overleg over de verdere (maatschappelijke) gevolgen van het einde van de overeenkomst.

Deel III: Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

Algemeen: Dit deel van de overeenkomst is een algemene overeenkomst medisch specialistische zorg. Passages die geen betrekking hebben op de Overeengekomen prestaties met de Zorgaanbieder zijn niet van toepassing.

Definities:

a. Macro correcties

Geconstateerde declaratiefouten met financiële impact. Correcties die op macro niveau worden doorgevoerd, worden via een separaat verreken traject afgerekend.

b. Omzetplafond

De totale som aan declaraties die de Zorgaanbieder maximaal in rekening mag brengen bij de Zorgverzekeraar voor (een afgebakend deel van) de zorg, verleend in het kader van de in een kalenderjaar geopende DBC-zorgproducten en Overige zorgproducten.

c. Anneemsom

Een tussen Partijen overeengekomen vast bedrag voor het jaar/de jaren waarop deze overeenkomst betrekking heeft.

d. PRK clusters

De PRK (prescriptiecode) wordt bepaald door vijf kenmerken: de stof, de sterkte, de farmaceutische vorm, de toedieningsweg en de eenheid van de farmaceutische vorm en een aantal kenmerken zoals onder andere identificerende hulpstoffen, emballagetype, hoeveelheid per emballagetype. Een PRK cluster wordt gevormd door ZI-nummers met dezelfde PRK code.

e. NHG-richtlijnen

Richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap, de wetenschappelijke vereniging van huisartsen.

Hoofdstuk 1.1: Zorgverlening

- Minimumnormen

Als, in aanvulling op artikel 3, lid 2 van de Algemene bepalingen Medisch Specialistische Zorg (Deel II), blijkt dat tijdens de looptijd van deze overeenkomst de Zorgaanbieder niet meer voldoet aan de normen voor één of meerdere behandelingen, dan treden de Zorgverzekeraar en de Zorgaanbieder in overleg over de (mogelijke) voortzetting van die behandelingen en (financiële) consequenties ervan voor de Zorgaanbieder zoals bepaald in artikel 1.16 van deze overeenkomst.

- Urolift

In aanvulling op artikel 21, lid 3 van de Algemene bepalingen Medisch Specialistische Zorg (Deel II), wordt Prostatic Urethral Lift / UroLift systeem meegenomen in de landelijke implantatenregistratie.

- Mammaprint

De kosten van de Mammaprint zijn niet opgenomen in het DOT-product. Verzekerden kunnen voor vergoeding in aanmerking komen als de medisch specialist deze test verantwoord en doelmatig inzet. Daarbij is voorafgaande toestemming nodig; de Verzekeraar vraagt een schriftelijk verzoek, ingediend door de Verzekerde (of diens behandelend arts), onder vermelding van medisch geheim ter attentie van de adviserend geneeskundige.

- Basaalcel Carcinoom (BCC) follow-up

Aansluitend op de Nederlandse BCC richtlijn wordt voor de groep van laag risico BCC patiënten geen jaarlijkse huidcontrole gedaan door de dermatoloog.

- Fertiliteit

De Zorgaanbieder hanteert de volgende afspraken voor fertiliteitszorg:

- a. Bij onbegrepen onvruchtbaarheid worden IVF en IUI-behandelingen uitsluitend toegepast bij paren die voldoen aan de criteria zoals vastgelegd in de multidisciplinaire netwerkrichtlijn Onverklaarde Subfertiliteit 2012.
- b. Doelmatig geneesmiddelengebruik:
 - i. In plaats van een standaard hoeveelheid wordt een reële op maat benodigde hoeveelheid per poging voorgeschreven, in de meest gepaste afleveringsvorm;
 - ii. Bij vruchtbaarheidsbehandelingen worden geen extramuraal GnRH-agonisten voorgeschreven via het GVS. Er wordt een keuze gemaakt tussen de overgehevelde fertiliteitshormonen.

- Rugzorg

De Zorgaanbieder volgt de recent door de beroepsgroep vastgestelde behandelcriteria voor HNP-behandeling/indicatiestelling. Daarnaast spant de Zorgaanbieder zich in om de keuzehulp 'Verstandige keuzes bij lage rughernia' van de Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie te implementeren bij neurologen en neurochirurgen (<https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/verstandige-keuzes>).

- Heup en knieprothesen en Selflimiting diseases aan de heup of knie

1. De Zorgaanbieder plaatst knie- en heupprothesen selectief door goede voorlichting, gedeelde besluitvorming, stepped care en scherpe indicatiestelling. De Zorgaanbieder biedt pas een heup- en knieprothese aan als eenvoudige maatregelen onvoldoende resultaat hebben opgeleverd en past de verschillende behandelopties toe volgens de Beating osteoARthritis strategie (BART strategie). Pas wanneer een stap na evaluatie niet voldoende effectief blijkt, wordt gekozen voor een volgende stap.
2. De Zorgaanbieder past stepped care principe toe bij selflimiting diseases aan de heup (bursitis) of aan de knie (patellofemoraal syndroom, tendinitis).

- Verloskundige zorg

Verloskundige zorg die verleend wordt binnen een organisatie voor integrale geboortezorg in dezelfde fase van het zorgproces, valt buiten de reikwijdte van deze overeenkomst. In dat geval declareert de integrale geboortezorgorganisatie de verloskundige zorg.

- Kosten wetenschappelijk onderzoek

De Zorgaanbieder brengt (meer)kosten, die gemaakt worden als gevolg van deelname van een Verzekerde aan wetenschappelijk onderzoek/clinical trials, niet ten laste van de Zorgverzekeraar of Verzekerde.

- Magnetische resonantie scan

Een MRI op voorschrift van een huisarts wordt alleen vergoed wanneer de NHG-richtlijnen dit ondersteunen. Een overig zorgproduct MRI op verwijzing van de tweede lijn kan alleen apart gedeclareerd worden indien de diagnostiek voor de patiënt is aangevraagd door een specialisme binnen dezelfde instelling voor welke de DBC-systematiek niet geldt (kaakchirurgie).

Hoofdstuk 1.2: Financiële afspraken

- Ontstaan moment van vordering

De vordering van de Zorgaanbieder ontstaat pas op het moment waarop de bij de DBC behorende werkzaamheden zijn afgerond en de DBC is afgesloten.

- Parallelliteit DBC's

1. Partijen committeren zich aan de afspraken tussen NVZ, NFU, FMS en ZN in de notitie “Aanpassing NZa-regelgeving paralleliteit, Achtergrondinformatie en afspraken over impactberekening April 2019”.
2. In navolging van het eerste lid van dit artikel maakt het ziekenhuis een impactanalyse van de relatieve toe- of afname van parallelle DBC’s die worden gedeclareerd voor verzekerden met een spoedeisende hulpvraag. Dit houdt in dat:
 - a. Over de kalenderjaren 2017 tot en met 2019 wordt vastgesteld hoeveel Verzekerden met een spoedeisende hulpvraag bij de Zorgaanbieder worden behandeld met de SEH-registraties van de codes 190015 en 190016 en waarbij op dezelfde dag meerdere zorgtrajecten voor verschillende specialismes geopend zijn en in rekening zijn gebracht. Dit wordt vergeleken met het kalenderjaar 2020-2021.
 - b. Het relatieve verschil tussen 2017-2019 en 2020-2021 wordt berekend volgens de methode benoemd in de bijlage van de afspraken tussen NVZ, NFU, FMS en ZN in de notitie “Aanpassing NZa-regelgeving paralleliteit, Achtergrondinformatie en afspraken over impactberekening April 2019”.
3. In navolging van het eerste lid van dit artikel maakt het ziekenhuis een impactanalyse ten aanzien van behandelingen van carpaal tunnelsyndroom, slaapaandoeningen, varices en incontinentie/prolaps. Dit houdt in dat de zorgaanbieder een analyse maakt zoals genoemd in de notitie “Aanpassing NZa-regelgeving paralleliteit, Achtergrondinformatie en afspraken over impactberekening April 2019”.
4. De wijziging in de Regeling medisch specialistische zorg ten aanzien van paralleliteit wordt budgettair neutraal ingevoerd. Partijen verrekenen het relatieve verschil zoals genoemd in het tweede lid, onderdeel b, en het derde lid van dit artikel bij de opbrengstverrekening over het kalenderjaar 2021.

- Passantentarieven

Als de Zorgaanbieder aan passanten voor met de Zorgverzekeraar Overeengekomen prestaties lagere tarieven in rekening brengt dan de tarieven overeengekomen met de Zorgverzekeraar, gelden deze lagere tarieven ook voor de Zorgverzekeraar.

- Het verhalen van schade op derden

De Zorgaanbieder verleent desgevraagd medewerking aan de Zorgverzekeraar om zorgkosten die het gevolg zijn van toedoen van derden zo veel mogelijk te verhalen.

Hoofdstuk 1.3: Declareren en betaling

- Recht op voldoening van de declaratie

In aanvulling op artikel 14, lid 2 van de Algemene bepalingen Medisch Specialistische Zorg (Deel II), declareert de Zorgaanbieder de declaratie met het overeengekomen tarief. Als het tarief niet overeenkomt, wordt de declaratie niet vergoed.

- Termijn indienen declaratie

In aanvulling op art. 3, lid 9, van de Uniforme Declaratieparagraaf (Bijlage 2), dient de Zorgaanbieder zijn initiële declaratie in uiterlijk binnen 180 dagen na afloop van de maand waarin de zorg is verleend, dan wel, na het sluiten van een subtraject, en uiterlijk voor 31 oktober van het volgende jaar. Initiële declaraties na deze datum komen niet meer voor vergoeding in aanmerking.

- Declaraties door derden

1. In aanvulling op artikel 4 van de Uniforme Declaratieparagraaf (bijlage 2) verstrekt de Zorgverzekeraar bij declaraties door derden de retourinformatie uitsluitend aan de derde partij.
2. In aanvulling op artikel 4 van de Uniforme Declaratieparagraaf (bijlage 2) kan de Zorgverzekeraar een vordering op de Zorgaanbieder verrekenen met een of meer declaraties die door de derde partij namens of ten behoeve van de Zorgaanbieder worden ingediend.

3. In aanvulling op artikel 4 van de Uniforme Declaratieparagraaf (bijlage 2) kan de Zorgverzekeraar zijn medewerking aan het declareren door een derde partij opschorten of beëindigen, als het bepaalde artikel 4 van de Uniforme Declaratieparagraaf (bijlage 2) niet of onvoldoende in acht wordt genomen.

- Correcte gegevens Zorgaanbieder

1. Voor de gegevens van de Zorgaanbieder maakt de Zorgverzekeraar gebruik van de gegevens zoals zijn opgenomen bij Vektis.
2. De Zorgaanbieder zorgt voor een correcte verwerking van onder andere de AGB-gegevens en rechtsvorm binnen Vektis.
3. Als de gegevens bij Vektis niet overeenkomen met de werkelijkheid:
 - a. Is de Zorgverzekeraar niet aansprakelijk voor schade die de Zorgaanbieder hierdoor lijdt, en
 - b. Is de Zorgaanbieder aansprakelijk voor eventuele schade die Zorgverzekeraar hierdoor lijdt.

- Wijziging betalingsgegevens

In aanvulling op artikel 6 van de Uniforme Declaratieparagraaf (bijlage 2) worden betalingsgegevens door de Zorgaanbieder schriftelijk en ondertekend aan de Zorgverzekeraar aangeleverd. Na ontvangst van de ondertekende brief wordt de wijziging geverifieerd bij de Zorgaanbieder. Daarna wordt de mutatie in de administratie van de Zorgverzekeraar ingevoerd.

Hoofdstuk 1.4: Controle

- Formele controle

In aanvulling op artikel 17 van de Algemene bepalingen Medisch Specialistische Zorg (Deel II) kan de Zorgverzekeraar in het kader van Formele controle gebruik maken van steekproeven. Behoudens tegenbewijs geldt de uitkomst van een representatieve steekproef als bewijs voor de mate van rechtmatigheid en juistheid van de declaraties van de Zorgaanbieder ten aanzien van het betreffende controleonderdeel voor de gehele periode waarop de steekproef betrekking heeft. De Zorgverzekeraar kan een eventuele terugvordering voor de gehele periode waar de steekproef betrekking op heeft, baseren op de uitkomst van deze steekproef.

- Materiële controle

De Zorgverzekeraar kan ten behoeve van rechtmatigheidsonderzoek in het kader van Materiële controle gebruik maken van steekproeven. Behoudens tegenbewijs geldt de uitkomst van een representatieve steekproef als bewijs voor de mate van rechtmatigheid en juistheid van de declaraties van de Zorgaanbieder ten aanzien van het betreffende controleonderdeel voor de gehele periode waarop de steekproef betrekking heeft. De Zorgverzekeraar kan een eventuele terugvordering voor de gehele periode waar de steekproef betrekking op heeft, baseren op de uitkomst van deze steekproef.

- Horizontaal toezicht

1. Als de Zorgaanbieder de status Horizontaal Toezicht heeft behaald, vinden in afwijking van artikel 17 van de Algemene bepalingen Medisch Specialistische Zorg (Deel II) en artikelen 1.19 en 1.20 van deze zorgverzekeraar-specifieke bepalingen over het jaar waar deze overeenkomst betrekking op heeft geen controles na betaling plaats, met uitzondering van de Materiële controles voor gepast gebruik. Dit is toegelicht in de 'Brief Bevestiging Overgang naar Horizontaal Toezicht' die de Zorgaanbieder van de representerende Zorgverzekeraar heeft ontvangen.
2. In geval van strijdigheid tussen deze overeenkomst en de brief genoemd in het eerste lid, prevaleren de afspraken in deze brief.

Hoofdstuk 1.5: Geneesmiddelen

A Add-on geneesmiddelen

- Aanvullende afspraken

1. In bijlage 4 is de financiële afspraak voor add-on geneesmiddelen uitgewerkt.
2. In bijlage 5, Aanvullende afspraken worden, indien van toepassing, aanvullende bepalingen en voorwaarden opgenomen met betrekking tot de add-on geneesmiddelen.

- De geneesmiddelencommissie

1. De Zorgaanbieder heeft een geneesmiddelencommissie ingericht die verantwoordelijk is voor het opstellen en onderhouden van een geneesmiddelenformularium.
2. De geneesmiddelencommissie geeft voorafgaand aan het inzetten van nieuwe add-on geneesmiddelen, of uitbreiding van indicaties van bestaande add-on geneesmiddelen, een schriftelijk en positief advies af.
3. De Zorgverzekeraar kan te allen tijde bij de Zorgaanbieder het schriftelijk advies van de Geneesmiddelcommissie opvragen van een nieuw geneesmiddel of van een nieuwe indicatie van een bestaand geneesmiddel.

- Vergoeding van add-on geneesmiddelen

Nieuwe add-on geneesmiddelen en nieuwe indicaties van bestaande add-on geneesmiddelen kunnen alleen worden vergoed na goedkeuring van de geneesmiddelencommissie en expliciete toestemming van de Zorgverzekeraar.

- Concentratie van add-on geneesmiddelen

Zorgverzekeraars kunnen bij een aanvraag, zoals omschreven in artikel 1.24 kwaliteitscriteria uitvragen. De Zorgverzekeraar zal op basis van deze kwaliteitscriteria en eventuele samenwerkingsovereenkomst, Service Level Agreement of andere documenten ter onderbouwing een beoordeling doen. Bij een negatieve beoordeling zal de Zorgverzekeraar niet overgaan tot contracteren. Daarnaast brengen Zorgverzekeraars gezamenlijk standpunten uit die gepubliceerd worden op de website van Zorgverzekeraars Nederland. Op grond van deze standpunten kan de Zorgverzekeraar naar eigen keuze afzien van contracteren.

- Voorschrijven van add-on geneesmiddelen

1. Bij ziekenhuisopname en voorschrijven van medicatie stelt de Zorgaanbieder zich op de hoogte van de actuele medicatie van de Verzekerde door het volledige medicatieoverzicht en een gesprek met de Verzekerde of diens mantelzorger (medicatieverificatie).
2. Bij de keuze voor een geneesmiddel kiest de Zorgaanbieder de meest kosteneffectieve en doelmatige behandeling waarbij de totale kosten per behandeljaar in ogenschouw worden genomen. De add-on geneesmiddelen worden op stofnaam voorgeschreven waarbij de meest doelmatige variant, generiek/biosimilar/specialité wordt voorgeschreven. Verzekerden die op een biological zijn ingesteld, worden overgezet naar de meest doelmatige variant van die biological (biological of biosimilar), tenzij dit medisch onaanvaardbaar is.
3. In plaats van een standaard hoeveelheid wordt er een reële - op maat - benodigde hoeveelheid voorgeschreven. Hierbij wordt de (combinatie van) verpakkingsgrootte(s) gebruikt die leidt tot een zo laag mogelijke spillage.
4. Om onnodige spillage te voorkomen, wordt bij het starten van een orale therapie de sterkte van tabletten/capsules zo gekozen dat bij een eventuele dosisverlaging de patiënt zijn medicatie kan voortzetten met gebruik van de oorspronkelijke verpakking. Dit betekent dat er zo mogelijk gekozen wordt voor meerdere tabletten/capsules per dag van een lagere sterkte in plaats van één tablet/capsules met een hoge sterkte per dag.
5. Add-on geneesmiddelen die een fixed-dose kennen en voorheen werden gedoseerd op basis van mg per kg lichaamsgewicht dienen voor de betreffende indicaties gedoseerd te worden op de economisch meest doelmatige wijze.
6. Add-on geneesmiddelen duurder dan €1.000,- per maand worden alleen maandelijks afgeleverd. Add-on geneesmiddelen die als kuur worden gebruikt, worden allen per kuur in afgestemde hoeveelheden verstrekt.
7. In afwijking van lid 6 mogen add-on geneesmiddelen voor Verzekerden met een chronische aandoening, waarvan het geneesmiddelengebruik stabiel is, voor maximaal 3 maanden worden verstrekt als de Zorgaanbieder een gestructureerd systeem heeft om regelmatig de voorraad van de add-on geneesmiddelen bij de Verzekerde te controleren en de verstrekking op die voorraad wordt aangepast.
8. Iedere nieuw te starten farmacotherapeutische behandeling met een financiële impact van meer dan €20.000,- per Verzekerde per jaar wordt geaccordeerd binnen een multidisciplinair overleg.

9. Declaraties van add-on geneesmiddelen komen alleen voor bekostiging in aanmerking als er geen voor de Verzekerde goedkoper alternatief beschikbaar is, tenzij de zorgverlener het medisch inhoudelijk noodzakelijk acht hiervan af te wijken.
10. Minimaal een keer per jaar wordt gekeken of de Verzekerde nog is aangewezen op het add-on geneesmiddel en of dosisoptimalisatie mogelijk is. Hierbij worden onder andere, zo mogelijk, de start- en stopcriteria toegepast. Afwijken van deze uitgangspunten kan als de Zorgaanbieder dit medisch noodzakelijk acht en de noodzaak en de onderbouwing om af te wijken documenteert.
11. Ter bevordering van het veilig voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen en het verlenen van adequate (farmaceutische) zorg geeft de zorgaanbieder uitvoering aan een goede overdracht van medicatiegegevens tussen zorgverleners met als doel het actualiseren van het medicatieoverzicht van de verzekerde. Hiermee conformeert de zorgverlener zich aan de vigerende Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten en Leidraad Overdracht van medicatiegegevens in de keten.

- Landelijke registraties add-on geneesmiddelen

In aanvulling op lid 3 van artikel 21.3 van de Algemene bepalingen Medisch Specialistische Zorg (deel II) neemt de Zorgaanbieder, indien beschikbaar, deel aan landelijke of Europese registratieregisters voor add-on geneesmiddelen.

- Tarieven add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren

1. De prijs van orale add-on geneesmiddelen wordt vastgesteld op basis van PRK clusters. Voor de andere add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren wordt op stofnaam de prijs per eenheid ((milli)gram, (milli)liter etc.) vastgesteld.
2. Aanpassing van de tarieven vindt plaats op basis van de vigerende regelgeving van de NZa.
3. De tarieven van add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren zijn altijd gelijk aan of lager dan de Apotheek Inkoopprijs. Uitbetaalde declaraties hoger dan Apotheek Inkoopprijs worden gecorrigeerd.

- Declareren add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren

1. Geneesmiddelen toegediend binnen de medisch specialistische zorg zijn een integraal onderdeel van een DBC-zorgproduct. De DBC-zorgproducten bevatten géén add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren. Deze producten zijn als add-on separaat overeengekomen.
2. Declaraties voor add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren komen alleen voor bekostiging in aanmerking als:
 - a. de toegediende geneesmiddelen als add-on geneesmiddel in de G-standaard van de Z-index staan, én
 - b. ze voorkomen op de geneesmiddelenprijslijst van de Zorgverzekeraar zoals is overeengekomen via het VECOZO Zorginkoopportaal, én
 - c. Ze worden voorgeschreven voor geregistreerde indicaties, en de indicatie is niet uitgesloten van vergoeding, of ze worden voorgeschreven als add-on geneesmiddel voor een indicatie die door ZiNL of de beoordelingscommissie add-on geneesmiddelen van ZN rationeel zijn bevonden, én
 - d. de betreffende indicatie wordt ingekocht door de Zorgverzekeraar.
3. Add-on geneesmiddelen die de Zorgaanbieder kosteloos van de farmaceutische industrie heeft ontvangen, komen niet in aanmerking voor declaratie bij de Zorgverzekeraar.

- Wijzigingen gedurende de looptijd van de overeenkomst

1. Als er binnen een bestaand cluster op stofnaam een patent afloopt en er voor het eerst een nieuwe generiek of biosimilar gedurende het jaar waar deze overeenkomst betrekking op heeft binnen dit bestaande cluster instroomt, onderhandelen Partijen over een nieuw tarief voor het gehele bestaande cluster op stofnaam.
2. De Zorgaanbieder kan een nieuwe ZI code voor een geneesmiddel dat op stofnaam onder de afspraak van deze overeenkomst valt, toevoegen mits het geen nieuwe generieke of biosimilar variant is of een nieuwe sterkte of toedieningsvorm is en het tarief voor de nieuwe ZI code gelijk is aan het afgesproken clustertarief.
3. Als gedurende de looptijd van deze overeenkomst nieuwe add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren worden geïntroduceerd of gedurende de looptijd van de overeenkomst een gewijzigde declaratieprijs is overeengekomen, wordt de geneesmiddelenprijslijst zoals opgenomen in het VECOZO Zorginkoopportaal gedurende de looptijd van deze overeenkomst aangepast.

- Bevacizumab

De Zorgaanbieder gebruikt bevacizumab als voorkeurmiddel bij de behandeling van leeftijdgebonden natte macula degeneratie (MD). Alleen bij een contra-indicatie gaat de Zorgaanbieder over tot het gebruik van een ander voor deze indicatie bestemd middel zoals brolocizumab, aflibercept of ranibizumab. De Zorgaanbieder dient aantoonbaar “treat and extend” toe te passen conform de NOG-richtlijn.

- Gezamenlijke inkoop geneesmiddelen NVZ, NFU en ZN

De Zorgverzekeraar en Zorgaanbieder kunnen gedurende het jaar besluiten met andere zorgverzekeraars en zorgaanbieders een gemeenschappelijk inkoopverband voor add-on (of breder: specialistische) geneesmiddelen te formeren en daartoe toe te treden. De gezamenlijk in te kopen dure geneesmiddelen worden opgenomen in de aanvullende afspraken (bijlage 5) van deze overeenkomst of in een nieuw op te stellen addendum.

- De Zorgverzekeraar en de Zorgaanbieder zijn daarbij gebonden aan de afspraken gemaakt binnen het gezamenlijk inkoopverband;
- De Zorgaanbieder garandeert dat de beroepsgroep-richtlijnen als uitgangspunt zullen dienen bij het voorschrijven van betreffende add-on geneesmiddelen.

- Gezamenlijke inkoop geneesmiddelen ZN

Zorgverzekeraars maken gezamenlijk met elkaar en met zorgaanbieders (prijs)afspraken met de farmaceutische industrie over add-on geneesmiddelen. Gedurende het jaar kunnen bij gezamenlijke afspraken met farmaceuten aanpassingen gedaan worden in de vergoedingsvoorwaarden voor de betreffende middelen. Een overzicht van de middelen waarover de Gezamenlijke Zorgverzekeraars (prijs)afspraken met fabrikanten hebben gemaakt, zijn te vinden via de website van Zorgverzekeraars Nederland (www.zn.nl/afspraken).

- Overheveling 2022 epoëtines en G-CSF middelen

Per 1 januari 2022 worden de epoëtines en G-CSF middelen van het extramurale kader overgeheveld naar het intramurale kader.

- Zorgaanbieder en zorgverzekeraar maken een concrete werkafpraak over het schonen van de overgehevelde geneesmiddelen in DBC-zorgproducten. Dit houdt in dat een afspraak wordt gemaakt over de wijze van registratie in 2022 en 2023 door het ziekenhuis zodat uiterlijk in de aanloop naar de overeenkomst 2024 de betreffende DBC-zorgproducten kunnen worden geschoond.
- Voor thuistoediening van epoëtines en/of G-CSF middelen adviseert de NZa om gebruik te maken van een Overig zorgproduct met code 190288 of 190289 indien het ziekenhuis deze thuistoediening zelf uitvoert of contracteert. De zorgaanbieder informeert voor oktober 2021 de zorgverzekeraar over hoe de zorg rondom de epoëtines en G-CSF middelen georganiseerd gaat worden. Mocht daarbij dit Overig zorgproduct gebruikt gaan worden door het ziekenhuis dan wordt een afspraak gemaakt over de tijd die het ziekenhuis kan noteren per thuistoediening en wordt een afspraak gemaakt over de prijs van het Overig zorgproduct.

- Stichting Treatmeds

Zorgverzekeraars ondersteunen Stichting Treatmeds die zich ten doel stelt besparingen op kosten van dure geneesmiddelen te bewerkstelligen door middel van realisatie van series aan interventies. Zorgaanbieder zet zich actief in voor deelname aan deze interventies.

B Farmaceutische Zorg

- Farmaceutische Zorg

1. De Zorgaanbieder bevordert dat de aan hem verbonden Medisch specialist zijn medewerking verleent aan het goed functioneren van het plaatselijk medisch farmaceutisch overleg.

2. Wisseling van geneesmiddelen bij opname of ontslag wordt vermeden en het voorschrijfbeleid van de Zorgaanbieder is afgestemd op extramurale doelmatigheid en extramuraal voorschrijfbeleid. Extramuraal voorschrijfbeleid is leidend; dus wisseling van geneesmiddelen door ziekenhuisopname dient vermeden te worden.
3. De zorgaanbieder zorgt ervoor dat de bij haar werkzame zorgverleners voldoen aan de richtlijnen van doelmatig en efficiënt voorschrijven van geneesmiddelen. De behandelaar gaat daarbij uit van het volgende:
 - a. Bij de keuze voor een geneesmiddel kiest de behandelaar de meest kosteneffectieve behandeling. De geneesmiddelen worden uitsluitend op stofnaam voorgeschreven.
 - b. Bij het voorschrijven van UR-geneesmiddelen voor extramuraal gebruik is het voorschrift overeenkomstig het voorkeursbeleid van Zorg en Zekerheid. De recente lijst met voorkeursgeneesmiddelen is beschikbaar op de website van Zorg en Zekerheid en is als bijlage opgenomen in het Reglement Farmacie. De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om de lijst met voorkeursgeneesmiddelen elk moment te wijzigen.
 - c. In afwijking van lid 3 sub b van dit artikel kan uitsluitend een niet-voorkeursgeneesmiddel voorgeschreven worden indien objectief is vastgesteld dat er sprake is van medische noodzaak (MN). In dat geval is het gebruik van het voorkeursgeneesmiddel medisch niet verantwoord. De behandelaar onderbouwt de reden van MN bij het voorschrift voor de apotheek. De apotheek controleert of sprake is van MN. Bij twijfel stemmen de apotheek en de zorgverlener de medische noodzakelijkheid af.
 - d. In geval van medische noodzaak zoals bedoeld in lid 3 sub c van dit artikel wijkt de behandelaar te allen tijde uit naar een alternatief generiek geneesmiddel/biosimilar. Zorg en Zekerheid staat de wijziging naar een niet zijnde voorkeursgeneesmiddel (generiek of specialité) toe, wanneer ten minste twee alternatieve generieke geneesmiddelen/biosimilars naast het aangewezen voorkeursgeneesmiddel, over een langere periode, zijn gebruikt door de verzekerde.
 - e. De zorgverzekeraar heeft met de poliklinische apotheek aanvullende afspraken gemaakt ten aanzien van de begeleiding van verzekerden bij het gebruik van (en/of het overzetten op) gespecialiseerde WMG-geneesmiddelen voor extramuraal gebruik, vallend onder het voorkeursbeleid zoals glatirameer en methotrexaat.
4. Intercollegiale werkzaamheden tussen de Zorgaanbieder en de poliklinische apotheek kunnen niet gedeclareerd worden bij de Zorgverzekeraar in het kader van extramurale farmacie

Bijlage 1: Betaalafspraken

Betaalafspraken voor alle prestaties en/of op prestatieniveau.

Soorten eigen betaling	Overname incassoprocedure	Overname incassorisico	Aanvullende clausule
Eigen risico	ja	ja	nee
Eigen bijdrage (co-payment)	nee	nee	nee
Eigen bijdrage - bevalling ziekenhuis zonder medische indicatie	ja	ja	nee
Boven maximale vergoeding (co-insurance)	nee	nee	nee
Onverzekerde zorg	nee	nee	nee

Uniforme Declaratieparagraaf

Deze declaratieparagraaf beschrijft hieronder de volgende onderwerpen:

Artikel 1 Algemeen

Artikel 2 Controle verzekeringsrecht

Artikel 3 Declareren

Artikel 4 Declareren via derden (voor zover van toepassing)

Artikel 5 Herdeclaraties en correcties

Artikel 6 Betaling

Artikel 7 Retourinformatie

Artikel 8 Beheer en onderhoud gegevens in AGB en UZOVI

Artikel 1 Algemeen

1. Wetgeving, regelgeving (beleidsregels en andere regels), landelijke richtlijnen en overige bilateraal overeengekomen afspraken zijn altijd leidend.
2. De declaratieparagraaf geldt voor:
 - a. het declaratieproces en onderwerpen die daarmee samenhangen, en
 - b. declaraties betrekking hebbende op zorg, zoals omschreven in de overeenkomst en zoals is verleend aan de verzekerden van de zorgverzekeraar.
3. Deze declaratieparagraaf is niet van toepassing op afspraken onder de beleidsregel innovatie, tenzij specifiek afgesproken bij die afspraken onder de beleidsregel innovatie.
4. De declaratieparagraaf is een bijlage bij de individuele zorgovereenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder en vormt hiermee één geheel.
5. Het is uitsluitend toegestaan te declareren bij de zorgverzekeraar dan wel de verzekerde namens zorgaanbieder die in de overeenkomst genoemd wordt.

Artikel 2 Controle verzekeringsrecht en BSN

1. De zorgverzekeraar stelt elke werkdag geactualiseerde gegevens van haar verzekerden beschikbaar voor controle op verzekeringsrecht (COV) via VECOZO.
2. De zorgaanbieder stelt vast dat de patiënt dezelfde persoon is als uit diens legitimatiebewijs blijkt.
3. De zorgaanbieder controleert het verzekeringsrecht van de patiënt via COV vóór:
 - a. aanvang aanschrijven c.q. behandeling en voor;
 - b. inzending declaratie.Uitzondering hierop geldt bij een acute situatie. In voorkomende gevallen dient dit door de zorgaanbieder aangetoond te worden.
Een geverifieerd verzekeringsrecht van de patiënt door de zorgaanbieder geeft geen betaalgarantie van een declaratie.
4. Een COV-bericht via VECOZO dient in overeenstemming te zijn met de meest recente vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is.
5. Door de beschikbaarheid van COV is het slechts mogelijk om in uitzonderlijke situaties gegevens over verzekeringsrecht of Burgerservicenummer (BSN) van een patiënt telefonisch bij de zorgverzekeraar op te vragen, een en ander overeenkomstig vigerende privacywetgeving.
6. Bij twijfel over de identiteit van de patiënt of wanneer er gerichte aanwijzingen zijn voor fraude, wordt door de zorgaanbieder een melding gedaan bij de afdeling fraude van de zorgverzekeraar.

Artikel 3 Declareren

1. Een declaratie dient in overeenstemming te zijn met de vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen zorg.

2. De zorgaanbieder declareert de in het kader van de op grond van deze overeenkomst verleende zorg zonder tussenkomst van de verzekerde bij de zorgverzekeraar met uitzondering van de prestaties die zijn opgenomen in bijlage A.1 Uitzonderde prestaties.
3. Declaraties worden door de zorgaanbieder via VECOZO digitaal aangeleverd bij de zorgverzekeraar.
4. De zorgaanbieder hanteert bij declaratie de UZOVI-code(s) zoals die zijn opgenomen in bijlage A.2 UZOVI-code(s).
5. De zorgaanbieder levert twaalf keer per jaar de initiële declaraties in leesbare en onbeschadigde staat aan. Indien het declaratiebestand niet leesbaar of beschadigd is, wordt het declaratiebestand afgewezen en is de zorgaanbieder gehouden zo snel mogelijk een nieuw declaratiebestand aan te leveren.
6. Alleen declaraties die (deels) zijn afgewezen omdat die niet onder de dekking van de verzekering van de verzekerde vallen, kunnen door de zorgaanbieder aan de verzekerde worden voorgelegd. In dat geval voegt de zorgaanbieder duidelijk op of bij de nota een tekst met onderstaande strekking toe:
 “Deze nota is door [NAAM zorgaanbieder] rechtstreeks ingediend bij uw zorgverzekeraar.
 Voor zover u recht heeft op een vergoeding van – het deel – verzekerde zorg is dat door uw zorgverzekeraar al aan [NAAM zorgaanbieder] betaald. Het resterende niet voor vergoeding in aanmerking komende bedrag à € [BEDRAG te voldoen] dient u zelf aan [NAAM zorgaanbieder] te betalen. Stuurt u deze nota dus niet door aan uw verzekeraar”.
 Alle zorg die, op basis van de informatie waarover de zorgaanbieder redelijkerwijs kan beschikken, niet onder de dekking van de verzekering van de verzekerde valt, kunnen door de zorgaanbieder ten laste aan de verzekerde worden voorgelegd. Dit geldt eveneens voor (deels) afgewezen declaraties. De zorgaanbieder informeert de patiënt/verzekerde voorafgaand aan de behandeling-voor zover hij redelijkerwijs over de informatie beschikt- indien een behandeling niet, of niet volledig, voor vergoeding in aanmerking komt op grond van de verzekering. Het voorgaande laat onverlet dat de zorgaanbieder in ieder geval de patiënt/verzekerde zal informeren omtrent de vergoeding voor wat betreft de zorgverzekering.
7. Alleen indien er expliciete afspraken zijn gemaakt tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar kan er in uitzonderlijke gevallen een papieren declaratiebericht verstuurd worden. Een papieren declaratiebericht (ook een nota aan de verzekerde) bevat tenminste een aantal gegevenselementen. Deze moeten voldoen aan de Nadere Regels die de NZa aan de informatieverplichting bij factureren stelt.
8. De zorgaanbieder declareert ten opzichte van de einddatum van de prestatie 95% van de declarabele zorgproducten binnen een termijn van drie maanden, met een streven naar één maand ten opzichte van de einddatum van het DBC-zorgproduct of (behandel)datum van de Overige zorgproducten bij de zorgverzekeraar. De resterende 5% wordt zoveel als mogelijk binnen een termijn van 6 maanden na sluiten van de DBC of geleverde prestatie gedeclareerd. Nb. Dit is sectorspecifiek afhankelijk of er een behandeltraject is; bijvoorbeeld verloskundetraject, DBC of per behandeling declareren.
9. Indien door overmacht de termijn, zoals bedoeld in dit artikel, niet gehaald wordt neemt de zorgaanbieder contact op met de zorgverzekeraar met de intentie om alsnog de betreffende declaratie(s) zowel administratief als financieel juist af te handelen. De partij die zich op overmacht beroept moet dat aantonen.
10. De afhandeling van declaratieregels wordt door de zorgverzekeraar uitgevoerd volgens het principe dat de zorgverzekeraar foutief aangeleverde regels niet corrigeert en daarom niet verwerkt en/of (gedeeltelijk) uitbetaalt. Bij regelmatige foutieve aanlevering, dan wel hoge uitvalpercentages, neemt de zorgverzekeraar contact op met de zorgaanbieder.
11. Indien de zorgaanbieder een machtiging heeft aangevraagd en verkregen via het zogenoemde machtigingenportaal van VECOZO, vult de zorgaanbieder bij het declareren het door de zorgverzekeraar afgegeven machtigingsnummer (en dus niet het VECOZO machtiging-ID) in.

Artikel 4 Declareren via derden (voor zover van toepassing)

1. Alle bepalingen uit deze declaratieparagraaf zijn onverminderd van toepassing op declaraties via derden. Met derden wordt bedoeld partijen die zich met een AGB-code in het veld als servicebureau identificeren in het voorlooprecord van het declaratiebericht.
2. De zorgaanbieder is vrij de gehele declaratieprocedure aan een derde partij uit te besteden (ongeacht de wijze waarop). De zorgaanbieder is er verantwoordelijk voor dat de zorgverzekeraar formeel en schriftelijk wordt geïnformeerd dat:
 - a. de declaratiewerkzaamheden zijn uitbesteed aan een derde en welke derde
 - b. en hiermee samenhangend aan wie in het vervolg betaald moet worden.Dit dient tenminste 14 kalenderdagen voorafgaand aan de eerste verzending van de declaratie bij de zorgverzekeraar bekend te zijn gemaakt.
3. Beëindiging of wijziging van de hiervoor genoemde uitbesteding dient door de zorgaanbieder zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen de gestelde betaaltermijn, schriftelijk bij de zorgverzekeraar bekend gemaakt te zijn.
4. De zorgaanbieder is er tevens verantwoordelijk voor dat de derde gemachtigde de bepalingen uit deze declaratieparagraaf onverkort naleeft. Indien dit onverhoopt niet gebeurt, dan kan de zorgverzekeraar hier niet aansprakelijk voor worden gesteld.
5. Indien de zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteedt aan een derde, blijft de zorgaanbieder te allen tijde zelf volledig verantwoordelijk en aansprakelijk voor naleving van verplichtingen die uit de overeenkomst voortvloeien, ongeacht wat tussen de zorgaanbieder en de derde partij is overeengekomen. De zorgaanbieder vrijwaart de zorgverzekeraar voor het niet of niet juist naleven door een gemachtigde van de bepalingen uit deze declaratieparagraaf.
6. Betaling door de zorgverzekeraar aan een derde op schriftelijk verzoek en/of met schriftelijke instemming van de zorgaanbieder, geldt als een bevrijdende betaling aan de zorgaanbieder.

Artikel 5 Herdeclaraties en correcties

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat herdeclaraties/correcties, ten gevolge van eerdere afwijzingen, binnen twee maanden na beschikbaarstelling van de retourinformatie op VECOZO opnieuw worden gedeclareerd.
2. Correcties op declaraties die eerder zijn aangeboden aan en zijn betaald door de zorgverzekeraar, worden door de zorgaanbieder door middel van crediteringen via de externe integratie standaard aangeboden.
3. De zorgverzekeraar is gerechtigd om een uitbetaalde declaratie bij de zorgaanbieder terug te vorderen indien er sprake is van:
 - ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties;
 - incorrecte tarieven;
 - fraude;
 - dubbel uitbetaalde declaraties.
4. De zorgverzekeraar stelt de zorgaanbieder of de derde partij op de hoogte van de door hem geconstateerde ten onrechte of foutief uitbetaalde declaratie(s) ten gevolge van achterafcontroles en de wijze waarop zij de terugvordering voornemens is uit te voeren. Indien de zorgaanbieder de terugvordering betwist, heeft hij 42 kalenderdagen de tijd om de declaratie te motiveren alvorens de zorgverzekeraar de terugvordering ten uitvoer zal brengen. Indien de (eventueel gedeeltelijke) onrechtmatigheid van de terugvordering is aangetoond, vervalt de vordering (gedeeltelijk).
5. De zorgaanbieder stelt de zorgverzekeraar op de hoogte van het intrekken van een factuur met betrekking tot een restitutenota

Artikel 6 Betaling

1. De zorgaanbieder informeert de patiënt/verzekerde voor aanvang behandeling indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat de verzekerde, op basis van de informatie waarover de zorgaanbieder redelijkerwijs kan beschikken, mogelijk geen recht op vergoeding heeft op grond van zijn verzekering of dat een machtiging van de zorgverzekeraar nodig is. Het voorgaande laat onverlet dat de zorgaanbieder in ieder geval de patiënt/verzekerde zal informeren omtrent de vergoeding voor wat betreft de zorgverzekering.
2. Indien een zorgovereenkomst is gesloten, vindt uitsluitend betaling van zorg plaats tegen de in de zorgovereenkomst overeengekomen en/of de wettelijke tarieven waarvoor de verzekerde bij de zorgverzekeraar is verzekerd.
3. De zorgverzekeraar betaalt de goedgekeurde regels van de ingediende declaratie aan de zorgaanbieder op het door de zorgaanbieder vooraf aangegeven IBAN.
Voor zover de zorgverzekeraar betalingen verricht, geldt, indien en voor zover van toepassing, dat deze altijd zijn gedaan inclusief BTW.
4. Bij digitale declaraties hanteert de zorgverzekeraar voor de betaalbaarstelling ten opzichte van de datum ontvangst factuur een betaaltermijn van 30 kalenderdagen mits de declaraties zijn ontvangen binnen de overeengekomen declaratietermijn.
5. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat de verzekerde een eigen risico heeft, zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag conform overeenkomst uitbetalen en volledig aan de zorgaanbieder vergoeden conform bijlage A.3 (Betaalafspraken).
6. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat er sprake is van een door de verzekerde te betalen eigen bijdrage, dan zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag geheel/gedeeltelijk/niet aan de zorgaanbieder vergoeden, conform bijlage A.3 (Betaalafspraken).
7. Indien blijkt dat patiënt/verzekerde met terugwerkende kracht wordt uitgeschreven als gevolg van gereede twijfel omdat deze niet als verzekerde ingevolge de Zorgverzekeringswet kan worden aangemerkt, waardoor deze derhalve geen rechten kan ontlenen aan de zorgverzekering, dan kan de zorgverzekeraar de betaling terugvorderen omdat deze onverschuldigd is gedaan.
8. Indien de zorgverzekeraar bij een door de zorgaanbieder correct ingediende declaratie niet binnen de overeengekomen betaaltermijnen kan vergoeden, dan gaat de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk over tot een voorlopige betaling in de vorm van een voorschot ter hoogte van 90% het gedeclareerde bedrag.
9. Als achteraf blijkt dat de zorgverzekeraar met het voorschot teveel heeft betaald, verrekenet de zorgverzekeraar het teveel betaalde met de volgende betaling(en). De zorgverzekeraar verstrekt in dit geval, binnen de overeengekomen betaaltermijn, een duidelijke verreken- of betaalspecificatie.
10. Indien de terugbetaling van het voorschot conform hetgeen geldt overeenkomstig het onderhavige artikel niet binnen 14 kalenderdagen plaatsvindt, is de zorgverzekeraar gerechtigd al zijn vorderingen op de zorgaanbieder te verrekenen met al hetgeen de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder dient te betalen ter hoogte van het bedrag dat als voorschot is betaald.
11. Bij surseance van betaling en/of een – naderend – faillissement worden uitstaande voorschotten aan de zorgaanbieder direct verrekend met nog openstaande ingediende en/of in te dienen declaraties.

Artikel 7 Retourinformatie

1. Ieder retourbericht dient in overeenstemming te zijn met de vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen zorg.
2. Indien een declaratie niet voldoet aan de specificaties van de externe integratie standaard, informeert de zorgverzekeraar (door middel van de retourinformatie via VECOZO) de zorgaanbieder hier zo spoedig mogelijk over.
3. De zorgverzekeraar stelt conform de eisen van de externe integratie standaard de retourinformatie beschikbaar volgens dezelfde versie van de standaard als waarmee het declaratiebericht is verzonden.
4. De zorgverzekeraar stelt de retourinformatie met betrekking tot via VECOZO ingediende declaraties binnen de overeengekomen betaaltermijn, uiterlijk binnen de overeengekomen betaaltermijn kalenderdagen, beschikbaar via VECOZO. Tenzij sprake is van een voorlopige betaling in de vorm van een voorschot.

Artikel 8 Beheer en onderhoud gegevens in AGB en UZOVI

1. Het AGB-register van Vektis baseert zich mede op authentieke bronnen. Om problemen met of bij het declareren te voorkomen, is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor het actueel houden van de door en over hem geregistreerde gegevens in AGB.

2. De zorgaanbieder dient ervoor zorg te dragen dat de gegevens van de bij hem werkzame zorgverleners die voldoen aan de AGB eisen, actueel in AGB vastgelegd zijn. Daarbij in acht nemen dat bij een onderneming/vestiging altijd een bevoegde zorgverlener gekoppeld moet zijn en een zorgverlener ook altijd gekoppeld moet zijn aan een onderneming/vestiging. Ingeval er sprake is van beëindiging van het beroep of bij het aangaan van een nieuwe relatie met een onderneming/vestiging dient dit zo spoedig mogelijk te worden gemeld bij AGB.
3. De zorgaanbieder dient mutaties van AGB-gegevens zo snel mogelijk door te geven aan AGB (zie hiervoor www.AGBCODE.nl) of te wijzigen via www.vecozo.nl (indien men beschikt over een VECOZO certificaat).
4. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het actueel houden van zijn gegevens behorende bij UZOVI-nummers en zijn raadpleegbaar via UZOVI-register van Vektis.
5. Indien de zorgverzekeraar wijzigingen in zijn gegevens behorende bij UZOVI-nummers doorvoeren die consequenties hebben voor de zorgaanbieder, stelt hij de zorgaanbieder hiervan tijdig én schriftelijk op de hoogte.

Wijzigingen betalingsgegevens

Betalingsgegevens zullen door de zorgverzekeraar nooit direct op grond van een brief van de zorgaanbieder worden gewijzigd. Altijd zal de zorgverzekeraar een brief t.a.v. de directie van de zorgaanbieder sturen ter ondertekening. Na retourontvangst van die ondertekende brief zal de wijziging nogmaals telefonisch worden geverifieerd bij de financiële administratie van de zorgaanbieder. Daarna zal de mutatie daadwerkelijk in de administratie van de zorgverzekeraar worden ingevoerd. Uiterlijk twee weken na invoer zullen de nieuwe betalingsgegevens door de zorgverzekeraar gebruikt worden. De zorgaanbieder wordt hierover schriftelijk geïnformeerd.

Melden fraudegevallen

Bij twijfel over de identiteit van de verzekerde of wanneer er aanwijzingen zijn dat enig medewerker van de zorgaanbieder met declaraties heeft gefraudeerd, dient de zorgverzekeraar daarvan op de hoogte te worden gesteld. U kunt dit melden bij fraudeloket@zorgenzekerheid.nl. Uiteraard gaan wij vertrouwelijk om met de door u verstrekte gegevens.

Bijlage 3: Uniforme omgangsregels (achteraf)controles

Definities

- Achteraf controle:** Controle die wordt uitgevoerd nadat de declaratie is betaald.
- Zorgaanbieder:** Instelling voor medisch specialistische zorg of een zelfstandigbehandelcentrum (ZBC) medisch specialisten en vrije beroepsbeoefenaren.

Artikel 1 - Algemeen

1. De uniforme omgangsregels (achteraf) controles gelden voor die instellingen die (nog) niet over zijn op Horizontaal Toezicht. Tot 2020 is Gepast Gebruik geen onderdeel van Horizontaal Toezicht en wordt er conform de uniforme gedragsregels gehandeld.
2. Zorgverzekeraars zijn wettelijk bevoegd om te controleren op prestaties met een (eind)datum van de wettelijke termijn van 5 jaar terug (in de relatie zorgaanbieder en zorgverzekeraar) tenopzichte van de datum waarop de controle wordt uitgezet. De intentie van zorgverzekeraars is om zo recent mogelijke declaratiebestanden voor controle aan te bieden aan de zorgaanbieder.
3. De zorgaanbieder en de zorgverzekeraar maken jaarlijks voor 15 maart schriftelijk aan elkaar duidelijk wie de contactpersonen zijn en via welke emailadressen c.q. afdeling de achteraf controles gestuurd moeten worden. De contactpersonen zijn verantwoordelijk voor de communicatie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en dragen zorg voor interne afstemming van gemaakte afspraken. Mutaties van contactpersonen en emailadressen worden door zorgaanbieder en zorgverzekeraar gedurende het jaar doorgegeven.
4. Zorgverzekeraars sturen voor 15 maart van ieder jaar een vooraankondiging naar de betreffende contactpersoon van de zorgaanbieder of maken dit bekend via hun website. In de vooraankondiging staat omschreven waarop gecontroleerd wordt, (op welk tijdvak van ingeboekte declaraties de controle betrekking heeft en in welke periode de zorgverzekeraar de uitkomsten van de controle verwacht toe te sturen.
5. Afspraken over controlebestand:
 - a. Zorgverzekeraars maken een extract van hun schadebestand(en) op datum X. Dit extract is de basis voor de uitvoering van verdere (achteraf) controles. De zorgverzekeraar probeert de periode tussen de extractdatum en het toesturen van de uitkomsten van de controle aan de zorgaanbieders zo kort mogelijk te houden, waarbij een maximale termijn van 2 maanden wordt gehanteerd tussen extract op datum X en datum Y uitsturen bestand naar zorgaanbieder.
 - b. De zorgverzekeraar streeft ernaar om alle declaraties die de zorgaanbieder indient in de periode tussen de extractdatum en het versturen van de uitkomst van de controle, op de juiste wijze te verwerken in de uitkomst van de controle. Dit om onterechte afwijzingen of signaleringen van declaraties in het controlebestand te voorkomen.
 - c. De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat het controlebestand dat aangeboden wordt aan de zorgaanbieder betrouwbaar is (95% betrouwbaarheid). Indien de zorgaanbieder constateert dat het controlebestand niet voldoet aan het hiervoor genoemde betrouwbaarheidspercentage van 95% (bijvoorbeeld als gevolg van declaratieregels die door de zorgverzekeraar niet verwerkt zijn), neemt men hierover contact op met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder overleggen gezamenlijk hoe dan om te gaan met de betreffende controle.

Artikel 2 - Totstandkoming controles

1. De zorgaanbieder registreert en declareert conform de landelijke wet- en regelgeving, instructies (van de wetenschappelijke verenigingen) en landelijke declaratiebepalingen en eventuele bilateraal gemaakte afspraken die gemaakt zijn in de zorgovereenkomst.
2. De zorgverzekeraar dient bij de (achteraf)controles te voldoen aan een juiste vertaling van delandelijke wet- en regelgeving, instructies (van de wetenschappelijke verenigingen), landelijkedeclaratiebepalingen, protocol materiële controle en eventueel bilateraal gemaakte afspraken. Bij interpretatieverschillen tussen zorgverlener en zorgverzekeraar over de toepassing van eerder genoemde regelgeving wordt de vraag ingebracht in het maandelijkse Technische Overleg van de NZa. Registratie, declaratie en controle dient plaats te vinden aan de hand van de landelijke wet- en regelgeving, instructies (van de wetenschappelijke verenigingen), landelijke declaratiebepalingen en eventueel bilateraal gemaakte afspraken die geldig zijn op het moment van de begindatum (openingsdatum DBC/DBC zorgproduct of behandeldatum Overige zorgproducten) van de te controleren prestatie.

Artikel 3 - Informatievoorziening tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders

Zie hiervoor Regeling Zorgverzekering.

Artikel 4 - Gegevensuitwisseling tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders

1. De gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar moet voldoen aan de AVG en voor zorgverzekeraars tevens aan de vigerende gedragscode verwerking persoonsgegevenszorgverzekeraars en wordt voorzien van digitale beveiliging.
2. Zorgverzekeraars sturen bij het controlebestand een bericht met een bevestiging naar de betreffende opgegeven contactpersoon van de zorgaanbieder dat het controlebestand digitaal is verstuurd onder vermelding van het (email)adres dat hiervoor is gebruikt en de wijze waarop het bestand is verstuurd rekening houdend met artikel 4.1.
3. De zorgaanbieder geeft in het oorspronkelijke controlebestand aan of de declaratie wel of niet terecht heeft plaatsgevonden. Indien de declaratie naar de mening van de zorgaanbieder terecht heeft plaatsgevonden motiveert men in het controlebestand waarom er sprake is van een juiste registratie/declaratie en verwijst, indien mogelijk, naar de regelgeving die is toegepast.
4. Het controlebestand is minimaal voorzien van de volgende gegevens:
 - BSN
 - het patiëntnummer dat door de zorgaanbieder wordt gehanteerd (mits aangeleverd)
 - de specialismecode en/of omschrijving van het specialisme
 - DBC-Zorgproductcode
 - prestatiecode/DBC declaratiecode
 - begin- en einddatum van de prestatie
 - factuurnummer (t.b.v. creditering)
 - gedeclareerd bedrag (voor declaraties van DBC-ZP geopend voor 1-1-2015 gesplitst inkosten ziekenhuis en honorarium)
5. Bij aanpassingen door de zorgverzekeraar van reeds aangeleverde controlesignaal bestanden wordt door de zorgverzekeraar contact opgenomen met de zorgaanbieder. In onderling overleg wordt afgesproken hoe te handelen met de aanpassingen.
6. Indien de zorgaanbieder van mening is dat er aanpassingen moeten plaatsvinden in het bestand, neemt hij hiervoor contact op met de zorgverzekeraar. Het is niet wenselijk dat de zorgaanbiederaanpassingen in het bestand doorvoert.

Artikel 5 - Beoordelen en afhandelen achteraf controles (formele en materiële controles)

1. **Aanspreekpunt**
 1. Zorgaanbieders hebben één of meerdere aanspreekpunten voor zorgverzekeraars voor de formele en/of materiële controle.

2. Zorgverzekeraars hebben één of meerdere aanspreekpunten voor zorgverzekeraars voor de formele en/of materiële controle.

2. Reactietermijnen: (incl. DCM)

1. Zorgaanbieders dienen binnen 1 maand (na dagtekening van het verstrekken van het controlebestand schriftelijk en inhoudelijk te reageren op iedere controleregulering in het bestand. Zie hiervoor de aparte gedragscode.
2. Zorgverzekeraars dienen binnen 1 maand na dagtekening van de inhoudelijke reactie van de zorgaanbieder schriftelijk te reageren om aan te geven of zij akkoord gaan met de bevindingen van de zorgaanbieder. Indien de zorgverzekeraar niet akkoord gaat, dient zij dit per controleregulering te motiveren.
3. Indien na de inhoudelijke reactie van de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar niet akkoord is, komt de zorgaanbieder binnen 1 maand met een aanvullende inhoudelijke reactie. De zorgverzekeraar reageert vervolgens binnen 1 maand op deze inhoudelijke reactie.
4. Indien de zorgverzekeraar na het verstrijken van 1 maand géén (inhoudelijke) reactie heeft ontvangen van de zorgaanbieder, verzoekt zij schriftelijk de zorgaanbieder opnieuw alsnog binnen 2 weken inhoudelijk te reageren op de betreffende controle.
5. Indien de zorgaanbieder na het verstrijken van 1 maand géén doeltreffende reactie heeft ontvangen, verzoekt zij schriftelijk de zorgverzekeraar om alsnog binnen 2 weken aan te geven of de zorgverzekeraar akkoord gaat met de bevindingen van de zorgaanbieder op de achteraf controle.
6. Indien de zorgverzekeraar na het verstrijken van de tweede termijn opnieuw geen inhoudelijke reactie heeft ontvangen (zonder dat de zorgaanbieder hierover contact heeft gezocht met de zorgverzekeraar), stuurt de zorgverzekeraar een aanmaning. In de aanmaning staat onder andere dat de zorgaanbieder na herhaaldelijk verzoek niet inhoudelijk heeft gereageerd op de door de zorgverzekeraar verstrekte controle en dat de zorgverzekeraar voornemens is om binnen 14 kalenderdagen na dagtekening van de aanmaning het bedrag van de controle om te zetten in een terugvordering. Het is de zorgverzekeraar vervolgens toegestaan om na 14 kalenderdagen ten opzichte van de aanmaning het bedrag te verrekenen met openstaande of toekomstige declaraties van de zorgaanbieder. Na verrekening wordt de controle door de zorgverzekeraar als afgehandeld beschouwd.
7. Indien de zorgaanbieder na het verstrijken van de tweede termijn opnieuw geen akkoord of inhoudelijke reactie heeft ontvangen op de bevindingen van de zorgaanbieder (zonder dat de zorgverzekeraar hierover contact heeft gezocht met de zorgaanbieder), stuurt de zorgaanbieder een schriftelijke reactie. In deze reactie staat onder andere dat de zorgverzekeraar na herhaaldelijk verzoek niet inhoudelijk heeft gereageerd op de bevindingen van de zorgaanbieder, de zorgaanbieder ervan uit mag gaan dat bij het uitblijven van een reactie na 14 kalenderdagen na dagtekening de controle hiermee als afgehandeld wordt beschouwd en de uitkomst van de bevindingen door de zorgaanbieder als definitieve uitkomst van de controle worden opgevat. Indien uit de bevindingen door de zorgaanbieder fouten naar voren zijn gekomen, zal de zorgaanbieder deze fouten corrigeren (zie Administratieve en financiële afhandeling).
8. Zorgaanbieders zetten voldoende capaciteit in om controles te verwerken. Indien het voor de zorgaanbieder desondanks niet mogelijk is om binnen de gestelde termijnen inhoudelijk te reageren, neemt hij hierover binnen 1 week na ontvangst van de controle schriftelijk of via email contact op met de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder en de zorgverzekeraar maken vervolgens afspraken over de termijn waarbinnen het voor de zorgaanbieder wel mogelijk is om inhoudelijk te reageren.
9. Zorgverzekeraars zetten voldoende capaciteit in om controles te verwerken. Indien het desondanks voor de zorgverzekeraar niet mogelijk is om binnen de gestelde termijnen inhoudelijk te reageren, neemt hij hierover binnen 1 week na ontvangst van de reactie van de zorgaanbieder schriftelijk of via email contact op met de zorgaanbieder. De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder maken vervolgens afspraken over de termijn waarbinnen het voor de zorgaanbieder wel mogelijk is om inhoudelijk te reageren.

3. Administratieve en financiële afhandeling:

1. De zorgaanbieder verwerkt zowel administratief als financieel alle correcties (zowel creditregels als debetregels)

die het gevolg zijn van correcties in de DBC-(zorgproduct) en/of registratie Overige zorgproducten naar aanleiding van het afhandelen van een achterafcontrole. Ook wanneer de einddatum van de (op)nieuw te declareren DBC (zorgproduct) of Overige zorgproducten als gevolg van de correctie buiten de periode valt van de betalingstermijn die de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder zijn overeengekomen in de declaratieparagraaf (bijlage 2).

2. Indien gewenst maken de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder afspraken over het moment waarop de declaraties, zoals bedoeld in artikel 5.3.1, worden aangeboden door de zorgaanbieder.
3. De zorgaanbieder verwerkt binnen 1 maand alle microcorrecties n.a.v. de achterafcontrole door het aanbieden van creditregels via Vecozo.
4. Wanneer bij het verstrijken van het microcorrectie termijn (1 maand) wordt geconstateerd dat de microcorrecties niet zijn doorgevoerd via Vecozo, zal de zorgverzekeraar de zorgaanbieder hierop attenderen en bij geen reactie 14 dagen nadagtekening van dit bericht deze correcties intern voor verrekening aanbieden.
5. Indien er sprake is van een macro restitutie(bijv. bij extrapolatie) stuurt de zorgverzekeraar een betalingsverzoek naar de zorgaanbieder, waarna de betaling binnen 1 maand moet plaatsvinden door de zorgaanbieder.
6. Wanneer bij het verstrijken van de termijn (1 maand) van het betalingsverzoek wordt geconstateerd dat de betaling door de zorgaanbieder niet is uitgevoerd, zal de zorgverzekeraar de zorgaanbieder hierop attenderen en bij geen reactie 14 dagen na dagtekening van dit bericht de betaling intern voor verrekening aanbieden.