

Overeenkomst Zilveren Kruis MSVT 2016
Zorgaanbieder Medisch Specialistische Zorg (MSVT)

Looptijd: 1 januari 2016 t/m
31 december 2016

Inhoudsopgave

Deel 1: Instellings-specifiek	5
Artikel 1 Zorgverlening	5
Artikel 2 Tarieven	5
Deel 2: Zilveren Kruis voorwaarden medisch specialistische verpleging in de thuissituatie	6
Artikel 3 Inhoud van de overeenkomst	6
Artikel 4 Kwaliteit	6
Artikel 5 Weigering of beëindiging van de levering van de zorg	6
Artikel 6 Controle	7
Artikel 7 Te nemen maatregelen bij uitkomsten controle	7
Artikel 8 Informatieverplichtingen tussen partijen onderling	8
Artikel 9 Declaratie en administratie	9
Artikel 10 Geschillen	9
Artikel 11 Duur en (tussentijdse) beëindiging van de overeenkomst	9
Artikel 12 Wijziging wet- en regelgeving	10
Artikel 13 Publiciteit	10
Artikel 14 Fraude	10
Artikel 15 Overdracht van rechten en plichten uit deze overeenkomst	10
Artikel 16 Vrijwaring	10
Deel 3: Bijlagen	12
BIJLAGE 1 Declaratieprotocol	12
BIJLAGE 2 UZOVI-codes	18
BIJLAGE 3 Betaalafspraken	19

Overeenkomst Zilveren Kruis MSVT 2016 (digitaal)

De ondergetekenden:

De zorgverzekeraars die de Zorgverzekeringswet uitvoeren:

-
-
-
-
-

mede voor haar volmachten:

-
-
-
-

handelend onder de naam Zilveren Kruis.

en

- De Friesland Zorgverzekeraar N.V. (7084), statutair gevestigd te Leeuwarden, mede voor haar labels:
 - De Friesland;
 - Kiemer.

en

De ziektekostenverzekeraars in het kader van de door hen met verzekerden gesloten aanvullende zorgverzekeringen:

- Achmea Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Zeist;
- Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V., Aanvullende verzekering, statutair gevestigd te Amersfoort;
- OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Utrecht;
- Zilveren Kruis Zorgkantoor N.V. statutair gevestigd te Utrecht;
- De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Leeuwarden.

en

De Wlz-uitvoerder, die namens alle Wlz-uitvoerders ten dezen optreedt:

- Achmea Zorgkantoor N.V. statutair gevestigd te Utrecht.

tezamen rechtsgeldig vertegenwoordigd door,
hierna te noemen: Zilveren Kruis.

en

DE THUISZORGAANBIEDER

AGB-code :
Naam :
Correspondentieadres :
Postcode / Plaats :
Rechtsgeldig vertegenwoordigd door :

Overeenkomst Zilveren Kruis MSVT 2016 (digitaal)

hierna te noemen: de zorginstelling

en gezamenlijk te noemen: partijen.

Nemen in overweging:

- dat de levering van verpleging in de thuissituatie noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg een aanspraak is op grond van de Zorgverzekeringswet;
- dat de bepalingen in de NZa-Beleidsregel AL/BR-000736 Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg onverkort van toepassing zijn;

Komen het volgende overeen:

De rechtsverhouding tussen de zorgverzekeraars en de zorginstelling wordt geregeld door

Deel 1: Instellings-specifiek deel MSVT 2016

Deel 2: Zilveren Kruis voorwaarden MSVT 2016

En de volgende bijlagen:

Bijlage 1: "Declaratieprotocol MSVT 2016"

Bijlage 2: "UZOVI-codes"

Bijlage 3: "Betaalafspraken"

Definities:

- A. Beleidsregel: De vigerende NZa beleidsregel die van toepassing is op de verpleging in de thuissituatie noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg.
- B. Definitie Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg (MSVT):
Er is sprake van verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg, indien wordt voldaan aan elk van de volgende voorwaarden:
 - Het gaat om verpleegkundige handelingen, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg, met het oog op herstel van gezondheid, of voorkomen van verergering van ziekte of aandoening zonder dat die handelingen geleverd worden aan een patiënt die verblijft in een zorginstelling op een bed waarvoor een toelating voor de zorgvorm behandeling, zoals bedoeld in artikel 3.1.1 eerste lid onderdeel c van de Wet langdurige zorg (Wlz) is afgegeven; Er is een indicatiestelling aanwezig voor verpleging, noodzakelijk in de thuissituatie in verband met medisch specialistische zorg, van de medisch specialist.
- C. Zorginstelling: Instelling die aanbieder is van de verpleging in de thuissituatie noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg en die overeenkomstig de WTZi is toegelaten voor de zorgvorm behandeling, zoals bedoeld in artikel 3.1.1 eerste lid onderdeel c van de Wet langdurige zorg (Wlz).
- D. Thuissituatie: Van een thuissituatie is ook sprake in geval van patiënten die verblijven in een zorginstelling zonder toelating voor 'behandeling', zoals bedoeld in artikel 3.1.1 eerste lid onderdeel c van de Wet langdurige zorg (Wlz).
- E. Verzekerde: de persoon die als verzekerde is aan te merken en als zodanig bij de zorgverzekeraar is ingeschreven en recht heeft op de in de polis omschreven zorg.
- F. WTZi: Wet Toelating Zorginstellingen.
- G. Zorgverzekeraar: De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen, al dan niet onder label of via gemachtigden, in de zin van de Zorgverzekeringswet (Zvw) aanbiedt.

Deel 1: Instellings-specifiek

Artikel 1 Zorgverlening

De zorginstelling zal dragen voor de levering van verpleging in de thuissituatie noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg, voor zover het:

- de laag complexe zorg betreft, en de zorgverzekeraar is gehouden tot vergoeding van de kosten van de verleende zorg, conform de afspraken zoals vastgelegd in deze overeenkomst.

Artikel 2 Tarieven

1. De zorginstelling zal voor de laag complexe zorg maximaal 5,60 euro per 5 minuten in rekening brengen.

Deel 2: Zilveren Kruis voorwaarden medisch specialistische verpleging in de thuissituatie

Artikel 3 Inhoud van de overeenkomst

1. De zorginstelling verleent verpleging in de thuissituatie noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg aan verzekerden, die volgens de daarvoor gestelde regels naar de zorginstelling zijn verwezen. Deze regels zijn in "Formulier indicatie MSVT" vastgelegd.
2. De zorginstelling zal de zorg verlenen binnen de grenzen zoals vermeld in het formulier "indicatie MSVT", waarin de medisch specialist de opdracht voor het verlenen van zorg heeft geformuleerd.
3. De zorginstelling brengt voor de verleende zorg maximaal het in de beleidsregel vastgestelde maximumtarief in rekening bij de zorgverzekeraars voor de zorg die voldoet aan de in de beleidsregel en onderliggende overeenkomst opgenomen voorwaarden. In het zorgaanbiedersgebonden deel zijn nadere afspraken over de tarifiering vastgelegd.
4. De zorginstelling zal 7 dagen per week 24 uur per dag telefonisch bereikbaar en beschikbaar zijn zonder tussenkomst van een antwoordapparaat. Binnen 30 minuten na de oproep zal relevante hulp worden geboden, tenzij de cliënt instemt met een andere oplossing. De zorginstelling is in staat om deze zorg gedurende het hele jaar, 7 dagen per week, gedurende 24 uur per dag te leveren op geplande en ongeplande tijden.
5. De zorginstelling zal binnen 48 uur na aanvraag een start maken met de levering van de zorg.

Artikel 4 Kwaliteit

1. De zorginstelling die overeenkomstig de Wet Toelating Zorginstellingen is toegelaten, draagt er zorg voor dat de zorg geleverd wordt met inachtneming van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet Klachtrecht cliënten.
2. De zorginstelling spant zich tot het uiterste in om een doeltreffend en doelmatig gebruik van de verstrekte zorg te bewerkstelligen.
3. De zorgverzekeraar spant zich in voor de totstandkoming van goede voorwaarden ter bevordering van een kwalitatief voldoende en kwalitatief verantwoorde en doelmatige zorgverlening.
4. De zorginstelling maakt op verzoek van de zorgverzekeraar inzichtelijk op welke wijze de informatievoorziening aan cliënten is vastgelegd en geborgd op het gebied van (zorg)aanbod, toegang, financiële aspecten en klachtenafhandeling.
5. De zorginstelling bewaakt de kwaliteit van de geleverde zorg door naast vaststelling van de bevoegdheid van verpleegkundigen van minimaal niveau 4 zorg te dragen voor een toereikende bekwaamheid in medisch specialistische handelingen door voldoende frequentie in uitvoering (dagelijks) en gerichte periodieke bij- en nascholing.
6. De zorginstelling draagt zorg voor een beoordeling bij aanvang zorg van een te verwachten overdrachtsmoment van tweede naar eerste lijn en draagt indien nodig zorg voor een tijdige aanvraag voor een Wlz indicatie bij het CIZ.

Artikel 5 Weigering of beëindiging van de levering van de zorg

1. De zorginstelling kan besluiten de zorg niet te verlenen indien het verlenen van die zorg redelijkerwijs niet kan worden geveerd van de zorginstelling.
2. Bij weigering van de zorg is de zorginstelling, naar vermogen en rekening houdend met de individuele mogelijkheden van de verzekerde, de verzekerde behulpzaam bij het vinden van

andere mogelijkheden van zorgverlening.

De zorginstelling beëindigt de zorg voor verzekerde niet voordat op een andere wijze in de benodigde zorg is voorzien, voor zover dat in redelijkheid van de zorginstelling gevergd kan worden.

3. Van een weigering of beëindiging van de behandeling doet de zorginstelling onverwijld mededeling aan de verzekerde of de medisch specialist van de verzekerde en -schriftelijk- aan de zorgverzekeraar. In het geval de continuïteit van de zorgverlening niet gewaarborgd kan worden, laat de zorginstelling zo mogelijk vooraf contact opnemen met de zorgverzekeraar.
4. Partijen zoeken in onderling overleg oplossingen voor het stagneren van de continuïteit van de zorg of voor andere problemen die de tijdige en ongestoorde levering van zorg (kunnen) belemmeren.

Artikel 6 Controle

1. Partijen verschaffen elkaar alle inlichtingen die zij redelijkerwijs nodig hebben voor een inzicht in de nakoming van hun, in deze overeenkomst aangegane, verplichtingen.
2. Zilveren Kruis is bevoegd en verplicht om conform de bepalingen van de Zorgverzekeringswet, de Regeling zorgverzekering en de Wet marktordening gezondheidszorg formele en materiële controle en fraudeonderzoek uit te voeren op de zorg verleend door de zorgaanbieder. Daarnaast controleert Zilveren Kruis op de geleverde zorg die zijn grondslag vindt in de aanvullende verzekering(en) en controleert Zilveren Kruis of de geleverde zorg voldoet aan de overeengekomen kwaliteitseisen.
3. De controle vindt plaats met inachtneming van de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit, het bepaalde in het vorige lid en met inachtneming van het bepaalde in de Zorgverzekeringswet en Regeling Zorgverzekering, de bepalingen uit de Wet bescherming persoonsgegevens en het Protocol materiële controle.
4. Behoudens gevallen van fraude en tenzij wettelijke voorschriften anders bepalen, gaat een controle niet verder terug dan tot maximaal twee jaar na de betaaldatum.
5. Indien sprake is van geconstateerde onrechtmatigheid en/of ondoelmatigheid (waaronder het niet voldoen aan de overeengekomen kwaliteitseisen) in/van de geleverde zorg kan Zilveren Kruis de zorgaanbieder hierop aanspreken en zo nodig de in artikel 7 van deze overeenkomst opgenomen maatregelen treffen.

Artikel 7 Te nemen maatregelen bij uitkomsten controle

1. Afhankelijk van de ernst en zwaarte van het geconstateerde feit kan de zorgverzekeraar overwegen één of meer van de volgende acties te nemen (deze opsomming is niet limitatief):
 - a. het opleggen van een waarschuwing;
 - b. het registreren van de zorgaanbieder in het door verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
 - c. terugvordering van (een deel) van het bedrag aan onrechtmatig en/of ondoelmatig bestempelde declaraties en de onderzoekskosten die de normale omvang van onderzoekskosten overschrijden - een en ander te bepalen door Zilveren Kruis - al dan niet via verrekening met nog openstaande dan wel toekomstige declaraties en het doorberekenen van gemaakte onderzoekskosten. Voor de termijn waarbinnen de terugvordering wordt ingesteld wordt aangesloten bij het bepaalde in het Burgerlijk Wetboek. In overleg tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder wordt bepaald of en welk

deel wordt terug gevorderd van het bedrag aan onrechtmatig en/of ondoelmatig bestempelde declaraties;

- d. een klacht indienen bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg; en/of
- e. melding c.q. aangifte doen bij de bevoegde opsporingsinstanties (zoals Fiod-ECD, het Openbaar Ministerie).
- f. Opzegging en/of ontbinden van de overeenkomst.
- g. In geval van Fraude: verzekeraar behoudt zich het recht voor de overeenkomst met onmiddellijke ingang te beëindigen en tot acht jaar na de geconstateerde fraude geen overeenkomst te sluiten met de zorgaanbieder.

Artikel 8 Informatieverplichtingen tussen partijen onderling

1. Partijen verschaffen elkaar desgevraagd de inlichtingen die zij noodzakelijkerwijs behoeven voor een inzicht in de nakoming van de in deze overeenkomst aangegeven verplichtingen. Een en ander met inachtneming van de wet- en regelgeving, waaronder de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars.
2. Partijen behandelen de gegevens die zij uitwisselen en onderling ter beschikking stellen vertrouwelijk met inachtneming van de toepasselijke wet- en regelgeving, waaronder de regels ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de betrokken verzekerden, de medisch specialisten en verpleegkundigen op wie die gegevens betrekking hebben.
3. De zorgverzekeraar controleert periodiek of de zorginstelling zijn verplichtingen uit deze overeenkomst op een juiste wijze nakomt.
4. De zorginstelling werkt mee aan het opzetten en in standhouden alsmede het gebruik van een (elektronisch) patiëntendossier.
5. Van deze informatie wordt alleen gebruik gemaakt door de zorgverzekeraar. Zij staat er voor in dat die informatie niet anders gebruikt wordt dan in redelijkheid verwacht mag worden of herleidbaar tot het niveau van de zorginstelling bij andere partijen bekend wordt gemaakt
6. Voor de levering van verpleging in de thuissituatie noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg aan een bepaalde patiënt dienen bovendien, naast de identificerende gegevens van de patiënt, de volgende daaraan gekoppelde gegevens in een cliëntdossier vastgelegd te worden:
 - a. AGB code ziekenhuis
 - b. AGB code en handtekening verwijzend/indicerend specialist
 - c. Identificerende gegevens van de betrokken transferverpleegkundige
 - d. Verwijzing c.q. werkopdracht:
 - Aard van de levering
 - Omvang per levering
 - Frequentie van levering
 - Duur van levering
 - e. Vertaling van de werkopdracht in omvang (=indicatie) afgerond op eenheden van 5 minuten door de transferverpleegkundige op basis van de niet-limitatieve lijst met te onderscheiden handelingen met normtijden zoals opgenomen. Voor deze gegevens worden de wettelijke bewaartermijnen gehanteerd.
7. De zorginstelling zal op verzoek van de zorgverzekeraar managementinformatie verstrekken ten aanzien van de verwijzende ziekenhuizen en specialismen, het aantal cliënten per specialisme, aard van de zorg (hoog of laag complex) en de totale omvang en duur van de geleverde zorg.

Artikel 9 Declaratie en administratie

1. De zorginstelling zal alleen die zorg declareren die valt binnen deze overeenkomst en voldoet aan de gestelde voorwaarden, zoals vastgelegd in Bijlage 1 Declaratieprotocol MSVT 2015, welke onlosmakelijk deel uitmaakt van deze overeenkomst.
2. MSVT die reeds door de zorgverzekeraars is ingekocht bij een ziekenhuis zal niet door de zorginstelling bij de zorgverzekeraars worden gedeclareerd, maar bij het betreffende ziekenhuis.

Artikel 10 Geschillen

1. Geschillen tussen partijen worden voorgelegd aan de rechtbank te Den Haag.
2. Een geschil is aanwezig zodra een der partijen dit schriftelijk stelt.
3. Alvorens partijen een geschil aan de bevoegde rechter voorleggen, zullen zij overleg treden ten einde te trachten het geschil in onderling overleg kan worden opgelost.

Artikel 11 Duur en (tussentijdse) beëindiging van de overeenkomst

1. Deze overeenkomst treedt in werking op 1 januari 2016 en eindigt op 31 december 2016.
2. De overeenkomst eindigt tussentijds:
 - a. met wederzijds goedvinden van de betrokken partijen in de overeenkomst;
 - b. door intrekking van de toelating van de zorginstelling ingevolge de WTZi;
 - c. door opheffing van de rechtspersoon die de zorginstelling exploiteert;
 - d. door gemotiveerde opzegging bij aangetekend schrijven met inachtneming van een opzegtermijn van twee maanden.
3. Deze overeenkomst kan voorts met onmiddellijke ingang, zonder gerechtelijke tussenkomst, geheel of gedeeltelijk worden beëindigd:
 - a. door beide partijen indien een der partijen in (voorlopige) surseance van betaling verkeert dan wel failliet wordt verklaard;
 - b. door beide partijen indien de wederpartij haar verplichtingen uit deze overeenkomst na een deugdelijke ingebrekestelling (voor zover vereist), niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomt, tenzij het verzuim gezien in verband met de bijzondere aard van deze overeenkomst de gevolgen van de beëindiging niet rechtvaardigt;
 - c. door beide partijen, indien de wederpartij in een situatie van overmacht verkeert en indien is aan te nemen dat deze langer zal duren dan dertig kalenderdagen, tenzij de verhindering tot nakoming als gevolg van de overmacht van de wederpartij gezien in verband met de bijzondere aard van deze overeenkomst de gevolgen van de beëindiging niet rechtvaardigt;
4. Doet zich een van bovengenoemde redenen voor beëindiging van deze overeenkomst voor dan verplichten partijen zich tot overleg teneinde voor de maatschappelijke gevolgen van een dergelijke beëindiging, waaronder begrepen de belangen van de verzekerden die in zorg zijn dan wel direct zijn aangewezen op zorg, door de zorgaanbieder verleend, een oplossing te vinden
5. In geval van beëindiging van de overeenkomst werkt de zorginstelling mee aan de continuïteit van de zorgverlening aan de verzekerden. De zorginstelling werkt mee aan een zorgvuldige overdracht van verzekerden aan een andere, gecontracteerde, zorginstelling naar keuze van verzekerde. Op verzoek van Zilveren Kruis stelt de zorgaanbieder onverwijld een lijst ter beschikking met daarop de cliëntgegevens van de verzekerden die bij hem in zorg zijn.

Artikel 12 Wijziging wet- en regelgeving

Indien gedurende de looptijd van deze overeenkomst wijzigingen optreden in relevante wet- en/of regelgeving, treden partijen zo spoedig mogelijk met elkaar in overleg om met inachtneming van de gewijzigde wet- en regelgeving, vervangende afspraken te maken, waarbij zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de inhoud en strekking van deze overeenkomst.

Artikel 13 Publiciteit

1. Over de inhoud van deze overeenkomst zullen partijen niet zonder wederzijds vooroverleg, mededelingen doen aan derden.
2. Partijen verplichten zich over en weer jegens derden geen uitlatingen te doen die schadelijk kunnen zijn, of een negatieve invloed kunnen hebben op de reputatie en/of de goede naam van een van de partijen.

Artikel 14 Fraude

1. Bij twijfel over de identiteit van de verzekerde of wanneer er aanwijzingen zijn dat enig medewerker van de zorginstelling, met declaraties heeft gefraudeerd, dient de zorgverzekeraar daarvan op de hoogte te worden gesteld door de zorgaanbieder. Dit kan via afdeling Speciale Zaken, e-mailadres: zorg.speciale.zaken@zilverenkruis.nl.
2. De zorgverzekeraar kan fraude registreren in de tussen verzekeringsmaatschappijen toepasselijke signaleringssystemen.
3. De zorgaanbieder is bij fraude, aan de zorgverzekeraar schadevergoeding verschuldigd, mede omvattend de kosten van opsporing en onderzoek van de fraude.

Artikel 15 Overdracht van rechten en plichten uit deze overeenkomst

1. De zorginstelling mag geen rechten en/of plichten uit de overeenkomst overdragen aan derden zonder expliciete schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar.
2. Indien de zorginstelling buiten toestemming van de zorgverzekeraar rechten en/of plichten uit deze overeenkomst overdraagt aan een of meer derden, dan vervalt de overeenkomst van rechtswege per datum van de overdracht van de rechten en/of plichten.
3. Een overdracht van vorderingen door de zorgaanbieder aan één of meer derden laat het wettelijke verrekenrecht van Zilveren Kruis onverlet.

Artikel 16 Vrijwaring

De zorginstelling zal Zilveren Kruis vrijwaren van en schadeloos stellen voor vorderingen die derden tegen Zilveren Kruis in verband met het tekortschieten in de nakoming van de verplichtingen van de zorginstelling op grond van de onderhavige overeenkomst. Onderdeel van deze kosten vormen tevens redelijke kosten van rechtsbijstand die Zilveren Kruis in deze moet maken.

Overeenkomst Zilveren Kruis MSVT 2016 (digitaal)

Aldus overeengekomen tussen partijen:

Zilveren Kruis

De zorgverlener,

Zilveren Kruis

Datum:

Datum:

Deel 3: Bijlagen

BIJLAGE 1 Declaratieprotocol¹

Definities

Betaalbaarstelling	Het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank tot betaling van de declaratie over te gaan.
Betaling aan een derde in opdracht van de zorgaanbieder	Op schriftelijke aanwijzing van de zorgaanbieder betalen aan een derde zodanig dat de zorgverzekeraar geacht wordt te hebben betaald aan de zorgaanbieder
Datum beschikbaarstelling retourinformatie bij VECOZO	Datum waarop het retourbestand via VECOZO beschikbaar wordt gesteld aan de zorgaanbieder
Derdenbeslag	Beslag gelegd onder de zorgverzekeraar ter verzekering van de rechten van een schuldeiser van de schuldenaar
Einddatum prestatie	Voor verrichtingen: datum van de verrichting Voor samengestelde producten (zoals DOT): Einddatum samengesteld product
Externe integratie standaard	door Vektis opgesteld en gepubliceerd rapport waarin de specificaties van berichtuitwisseling eenduidig beschreven zijn na reguliere besluitvorming
Ontvangstdatum factuur	Datum waarop de declaratie op het VECOZO portaal beschikbaar is voor de zorgverzekeraar
Overeenkomst	Vigerende zorgovereenkomst of administratieve overeenkomst
VECOZO	VECOZO is hét internetportaal voor veilige communicatie in de zorg (zie www.vecozo.nl).
Zorgaanbieder	Instelling voor medisch specialistische zorg

Artikel 1 Algemeen

1. Wetgeving, regelgeving (beleidsregels en andere regels), landelijke richtlijnen en overige bilateraal overeengekomen afspraken zijn altijd leidend.
2. De declaratiebepalingen gelden voor:
 - a. het declaratieproces en onderwerpen die daar mee samenhangen,
 - b. declaraties betrekking hebbende op zorg zoals omschreven in de overeenkomst en zoals is verleend aan de verzekerden van de zorgverzekeraar.
3. Het declaratieprotocol is een bijlage bij de individuele zorgovereenkomst of administratieve overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder.
4. Het is uitsluitend toegestaan te declareren namens zorgaanbieders die in deze overeenkomst worden genoemd.
5. Ter uitvoering van de onderhavige overeenkomst zal VECOZO, namens de zorgverzekeraar technische controles (N1-N5) uitvoeren zoals beschreven in de Registratie Bedrijfs- en Controleregels (RBC) bij de betreffende EI-standaard. Indien blijkt dat het declaratiebestand niet voldoet aan deze technische specificaties zal VECOZO het gehele bestand retourneren. In het door VECOZO opgestelde retourbericht staan de geconstateerde fout(en) beschreven. (NB. Dit is een door de zorgverzekeraar toegevoegd lid ten opzichte van het landelijk protocol).

¹ De bepalingen in deze bijlage komen overeen met de door ZN, NVZ en NFU gezamenlijk opgestelde Uniforme declaratieparagraaf van december 2011.

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 controleert het verzekeringsrecht van de patiënt via controle op verzekeringsrecht (COV) via VECOZO vóór:
 - a. aanvang behandeling;
 - b. inzending van de declaratie.
3. Een COV-bericht via VECOZO dient in overeenstemming te zijn met de geldende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is.
4. Door de beschikbaarheid van COV is het slechts mogelijk om in uitzonderlijke situaties gegevens over verzekeringsrecht of BSN van een verzekerde telefonisch bij De zorgverzekeraar op te vragen.
5. De zorgaanbieder stelt vast dat de patiënt en de verzekerde dezelfde persoon zijn. COV kan pas dan gebruikt worden voor het verifiëren van het BSN.

Artikel 3 Declareren

1. Een declaratie dient in overeenstemming te zijn met de geldende 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 rechtstreeks (dus zonder tussenkomst van de verzekerde) bij de zorgverzekeraar.
3. Declaraties worden door de zorgaanbieder via VECOZO elektronisch aangeleverd bij de zorgverzekeraar.
4. De zorgaanbieder hanteert bij declaratie de UZOVI-codes zoals opgenomen in bijlage 4.
5. De zorgaanbieder levert minimaal 4 keer en maximaal 52 keer per kalenderjaar de declaraties in leesbare en onbeschadigde staat aan. Indien het declaratiebestand niet leesbaar of beschadigd is, wordt het declaratiebestand afgewezen en is de zorgaanbieder gehouden per omgaande een nieuw declaratiebestand aan te leveren.
6. Alleen declaraties die (deels) zijn afgewezen omdat die niet onder de dekking van de basisverzekering en/of aanvullende verzekering van de verzekerde vallen, kunnen door de zorgaanbieder aan de verzekerde worden voorgelegd. In dat geval vermeldt de zorgaanbieder op of bij de nota een tekst met onderstaande strekking:

“Deze nota is door [NAAM zorgaanbieder] rechtstreeks ingediend bij uw zorgverzekeraar. Voor zover u recht heeft op een (deel van) vergoeding van verzekerde zorg is dat door uw zorgverzekeraar al aan [NAAM zorgaanbieder] betaald. Het bedrag dat niet voor vergoeding in aanmerking komt, namelijk € [BEDRAG te voldoen] dient u zelf aan [NAAM zorgaanbieder] te betalen. Stuur u deze nota dus niet door aan uw zorgverzekeraar.”

7. Alleen indien er expliciete afspraken zijn gemaakt tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar kan er in uitzonderlijke gevallen een papieren declaratiebericht verstuurd worden. Een papieren declaratiebericht (ook een nota aan de patiënt) bevat tenminste een aantal gegevenselementen. Deze voldoen aan de definities zoals die in de externe integratie standaard zijn vastgesteld. Een papieren declaratie bevat minimaal de elementen zoals opgesomd in artikel 10.
8. De zorgaanbieder dient ten opzichte van de einddatum van de prestatie de declaratie binnen 12 maanden, doch uiterlijk 30 oktober 2017 bij de zorgverzekeraar in te dienen.
9. Indien door problemen de termijn, zoals bedoeld in het vorige lid 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. Partijen houden zich hierbij aan de overeengekomen declaratietermijnen.

Overeenkomst Zilveren Kruis MSVT 2016 (digitaal)

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. De zorgaanbieder meldt, mits toestemming van verzekerde, aan de zorgverzekeraar dat een verzekerde evident slachtoffer is geworden van een bedrijfs- of verkeersongeval door bij het indienen van de declaratie gebruik te maken van daarvoor bestemde record in de externe integratiestandaard. (NB. Dit is een door de zorgverzekeraar toegevoegd lid ten opzichte van het landelijk protocol).

Artikel 4 Declareren via derden

1. Alle declaratiebepalingen zijn onverminderd van toepassing op declaraties via derden.
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 de derde en welke derde;
 - b. en hiermee samenhangend aan wie in het vervolg betaald moet worden.Dit dient tenminste 10 kalenderdagen voorafgaand aan de eerste verzending van de declaratie bij de zorgverzekeraar bekend te zijn gemaakt.
3. Beëindiging c.q. 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 zijn.
4. De zorgaanbieder is er tevens verantwoordelijk voor dat de derde gemachtigde de declaratiebepalingen onverkort naleeft. Indien dit onverhoopt niet gebeurt, dan kan de zorgverzekeraar hier nooit aansprakelijk voor worden gesteld.
5. Indien de zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteedt aan derden 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 declaratiebepalingen.
6. Betaling door de zorgverzekeraar aan derden op schriftelijk verzoek en/of met schriftelijke instemming van de zorgaanbieder, geldt als een betaling aan de zorgaanbieder.

Artikel 5 Herdeclaraties en correcties

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat herdeclaraties en/of (interne) correcties, ten gevolge van eerdere afwijzingen, binnen 2 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. Indien er omgangsregels (uniforme omgangsregels controles) zijn afgesproken t.a.v. achterafcontroles is het de zorgverzekeraar niet toegestaan om zelf declaraties te corrigeren als gevolg van achteraf controles. Slechts wanneer het recht op verrekenen ontstaat conform de afspraken die zijn vastgelegd in de omgangsregels bij achteraf controles is het de zorgverzekeraar toegestaan om declaratiegegevens te corrigeren zonder dat zij daarvoor een creditnota van de zorgaanbieder heeft ontvangen.
4. 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;

Overeenkomst Zilveren Kruis MSVT 2016 (digitaal)

- fraude;
 - dubbel uitbetaalde declaraties.
5. De zorgverzekeraar stelt de zorgaanbieder of de derde partij op de hoogte van de door haar geconstateerde ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties ten gevolge van achteraf controles en de wijze waarop zij de terugvordering voornemens is om uit te voeren. Indien de zorgaanbieder de terugvordering betwist heeft zij 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).

Artikel 6 Betaling

1. De zorgaanbieder informeert de verzekerde voor aanvang van de behandeling indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat de verzekerde geen recht heeft (op vergoeding van) de zorg op grond van zijn basisverzekering en aanvullende verzekering of dat een machtiging van de zorgverzekeraar nodig is.
2. Indien een zorgovereenkomst is afgesloten, vindt uitsluitend betaling van zorg waarvoor de verzekerde bij de zorgverzekeraar is verzekerd, plaats tegen de overeengekomen en/of de wettelijke tarieven.
3. De zorgverzekeraar betaalt de goedgekeurde regels van de ingediende declaratie aan de zorgaanbieder op het door de zorgaanbieder vooraf aangegeven bankrekeningnummer.
4. Bij digitale declaraties hanteert de zorgverzekeraar voor de betaalbaarstelling ten opzichte van de datum ontvangst factuur een betaaltermijn van maximaal 15 kalenderdagen. Voor DFZ geldt een betalingstermijn van 30 dagen.
5. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat de verzekerde een eigen risico heeft zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag al dan niet volledig aan de zorgaanbieder vergoeden conform bijlage 5.
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 al dan niet volledig aan de zorgaanbieder vergoeden, conform bijlage 5.
7. 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 ter hoogte van 95% van het gedeclareerde bedrag.
8. Als achteraf blijkt dat de zorgverzekeraar met de voorlopige betaling teveel heeft betaald, betaalt de zorgaanbieder het teveel betaalde zo spoedig mogelijk aan de zorgverzekeraar, doch uiterlijk binnen 14 kalenderdagen nadat de zorgverzekeraar dit schriftelijk heeft aangegeven. De zorgverzekeraar geeft schriftelijk aan onder welk kenmerk en op welk bankrekeningnummer het teveel betaalde terug betaald dient te worden.
9. Indien de terugbetaling conform artikel 6, lid 8 niet binnen 14 kalenderdagen plaatsvindt, is de zorgverzekeraar gerechtigd al haar vorderingen op de zorgaanbieder te verrekenen met al hetgeen de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder dient te betalen ter hoogte van het bedrag dat als voorlopige betaling is betaald.
10. 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. Een retourbericht dient in overeenstemming te zijn met de geldende 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.

Overeenkomst Zilveren Kruis MSVT 2016 (digitaal)

4. De zorgverzekeraar stelt de retourinformatie met betrekking tot via VECOZO ingediende declaraties zo spoedig mogelijk beschikbaar via VECOZO, maar uiterlijk binnen 15 kalenderdagen, tenzij sprake is van een voorlopige betaling.

Artikel 8 Beheer en onderhoud gegevens in AGB en UZOVI

1. Om problemen met of bij het declareren te voorkomen is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor het actueel houden van de door de zorgaanbieder geregistreerde gegevens in AGB.
2. De zorgaanbieder dient mutaties van AGB-gegevens zo snel mogelijk telefonisch door te geven aan AGB via 0900-2422633 (zie hiervoor www.agbcode.nl) of te wijzigen via www.vecozo.nl (indien men beschikt over een VECOZO certificaat).
3. De zorgaanbieder draagt ervoor zorg dat de gegevens van de bij de zorgaanbieder werkzame zorgaanbieders, actueel in AGB vastgelegd zijn.
4. De zorgaanbieder dient bij beëindiging van het beroep of bij het aangaan van een nieuwe relatie met een zorgaanbieder dit zo spoedig mogelijk te melden bij AGB.
5. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het actueel houden van de gegevens behorende bij UZOVI-nummers.
6. Indien de zorgverzekeraar wijzigingen in haar gegevens behorende bij UZOVI-nummers doorvoert die consequenties heeft voor de zorgaanbieder, stelt zij de zorgaanbieder hiervan tijdig én schriftelijk op de hoogte.

Artikel 9 Overige bepalingen

Toelichting: In aanvulling op het declaratieprotocol gelden voor de zorgverzekeraar, de volgende aanvullende bepalingen.

1. Als aanvulling op artikel 3, lid 5 van het declaratieprotocol geldt voor de maand januari van enig kalenderjaar dat de zorgaanbieder de declaraties over de maand januari niet eerder zal toezenden dan vanaf de vierde week.
2. De zorgverzekeraar zal passende maatregelen nemen afhankelijk van de situatie wanneer de zorgaanbieder een declaratie die onder de dekking van de basisverzekering en/of aanvullende verzekering van de verzekerde valt, bij de verzekerde in rekening brengt en dus niet rechtstreeks aan de zorgverzekeraar voorlegt.
3. Indien de zorgaanbieder eerder 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 machtigings-ID) in.
4. Voor het declareren van poliklinische fysiotherapie via de Ziekenhuisstandaard vult de zorgaanbieder indien van toepassing verplicht juist en volledig de relevante volgnummers, te weten:

0451	Aanduiding diagnosecodelijst
0452	Verwijsdiagnosecode paramedische hulp
0453	Code soort indicatie paramedische hulp
0454	Indicatie tweede operatie zelfde aandoening paramedische hulp
0455	Reden einde zorg

Artikel 10 Gegevens-elementen papiernota

Een papierendeclaratie van een DOT-zorgproduct of overig zorgproduct moet minimaal de gegevens bevatten zoals vermeld in nadere regel 'Regeling prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' van de Nederlandse Zorgautoriteit. De nadere regel is te raadplegen via www.nza.nl. Het landelijke format Restitutie nota dat gebruikt kan worden is te raadplegen via: http://ei.vektis.nl/Help/ZH308v9.0/ZH308v9%200_Restitutienota_u1.pdf

Artikel 11 Wijzigingsprocedure betalingsgegevens en overige gegevens

Betalingsgegevens zullen door de zorgverzekeraar nooit direct op grond van een brief van de zorgaanbieder worden gewijzigd. Altijd zal de zorgverzekeraar een brief ter attentie van 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.

Artikel 12 Contactgegevens en wijzigingen

Voor vragen over uw declaratie of wijzigen van gegevens kunt u contact opnemen met de zorgverzekeraars. De contactgegevens per label en uzovicode zijn te raadplegen op: <http://www.achmeazorg.nl/medisch-specialistische-zorg/medisch-specialistische-zorg/declareren/Pages/uzovicode.aspx>.

Overeenkomst Zilveren Kruis MSVT 2016 (digitaal)

BIJLAGE 2 UZOVI-codes

Overzicht UZOVI-codes die gehanteerd moeten worden in de declaraties.

Label	UZOVI-nummer
Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (inclusief Pro Life)	3311
De Friesland Zorgverzekeringen (inclusief Kiemer)	7084
Interpolis Zorgverzekeringen N.V.	3313
OZF Zorgverzekeringen N.V.	3314
FBTO Zorgverzekeringen N.V.	0211
Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	3329
Volmachten Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	
Nedasco/Caresco B.V.	8960
IAK Volmacht B.V.	8971
Aevitae B.V.	8958
Turien & Co Assuradeuren B.V.	3342

Overeenkomst Zilveren Kruis MSVT 2016 (digitaal)

BIJLAGE 3 Betaalafspraken

Betaalafspraken gelden per UZOVI-code, voor alle prestaties en/of op prestatieniveau. Mogelijke betaalafspraken zijn (combinaties zijn mogelijk):

Soorten eigen betalingen	Overname incassoprocedure	Overname Incassorisico	Aanvullend Clausules
Eigen risico	Overname geldt voor alle merken	Overname geldt voor alle merken	Nee
Eigen bijdrage (co-payment)	Alleen bij poliklinische bevalling zonder medische indicatie. Declaratie dient rechtstreeks via VECOZO 100% te worden ingediend. Geen overname door FBTO en De Friesland Zorgverzekeraar	Wanneer de zorgaanbieder rechtstreeks digitaal via VECOZO 100% declareert. Geen overname door FBTO en De Friesland Zorgverzekeraar	Nee
Boven maximale vergoeding (co-insurance)	Nee	Nee	Nee
Onverzekerde zorg	Nee	Nee	Nee