

Overeenkomst Zilveren Kruis – Zorgverlener

Zorgaanbieder GRZ
Looptijd: 1 januari 2017 t/m
31 december 2017

Inhoudsopgave

Deel 1: Instellings-specifiek	6
Artikel 1. Rechtsverhouding	6
Artikel 2. Financiële Afspraak.....	6
Artikel 3. Herijking van het Financiële Afspraak	7
Artikel 4. Afrekening van de Financiële Afspraak	7
Artikel 5. Informatie ten behoeve van de productie	8
Deel 2: Zilveren Kruis voorwaarden Geriatrische Revalidatie	9
Artikel 6. Algemene informatie	9
Artikel 7. Zorgverlening	9
Artikel 8. Kwaliteit van zorg	9
Artikel 9. Wachttijden	10
Artikel 10. Declaratieafspraken	10
Artikel 11. Overdracht van rechten en plichten uit deze overeenkomst.....	10
Artikel 12. Niet gecontracteerde zorg	10
Artikel 13. Controle verzekeringsgerechtigdheid	11
Artikel 14. Controle.....	11
Artikel 15. Te nemen maatregelen bij uitkomsten controle.....	11
Artikel 16. Publiciteit	11
Artikel 17. Vrijwaring	11
Artikel 18. Niet nakoming	12
Artikel 19. Geschillen	12
Artikel 20. Begin en (tussentijdse) einde overeenkomst.....	12
Deel 3: bijlagen	14
BIJLAGE 1 Financiering onderhanden werk (OHW)	14
BIJLAGE 2 Declaratieprotocol	16
BIJLAGE 3 UZOVI-codes.....	22
BIJLAGE 4 Betaalafspraken	23
BIJLAGE- 5 Contactgegevens, wijzigingen en melden fraudegevallen.....	24
BIJLAGE 6 Tariefstelling en tariefsopslagen.....	25

Overeenkomst Zilveren Kruis – Zorgverlener

De ondergetekenden:

1a. De Zorgverzekeraars die de Zorgverzekeringswet uitvoeren

- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Utrecht (inclusief Pro Life Zorgverzekeringen) (3311);
- OZF Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Utrecht (3314);
- Interpolis Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Utrecht (3313)
- FBTO Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Leeuwarden (0211);
- Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Utrecht (3329); mede voor haar volmachten
 - Nedasco B.V./ Caresco B.V. (8960);
 - IAK Volmacht B.V. (8971);
 - Aevitae B.V. (8958);
- De Friesland Zorgverzekeraar N.V., statutair gevestigd te Leeuwarden, voor haar labels:
 - De Friesland (7084);
 - Kiemer (7084).

1b. 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 Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Utrecht;
- De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Leeuwarden.

allen rechtsgeldig vertegenwoordigd door Roland Eising, senior manager Zorginkoop Landelijk van Zilveren Kruis hierna te noemen: de Zorgverzekeraar.

2.

Naam instelling :
Vestigingsadres :
Postcode/plaats :
Postadres :
Postcode/plaats :
AGB-instellingscode :

Hierna te noemen: de Zorgaanbieder

Nemen in overweging:

De Zorgverzekeraar heeft tegenover haar verzekerden een zorgplicht. Deze zorgplicht houdt onder meer in dat de Zorgverzekeraar verplicht is ervoor zorg te dragen dat haar verzekerden (vergoeding van de kosten van) de medisch specialistische zorg krijgen waarop zij aanspraak hebben krachtens de zorgverzekering en aanvullende zorgverzekering. De Zorgverzekeraar wenst hiertoe een overeenkomst te sluiten met de Zorgaanbieder, zodat de Zorgaanbieder deze medisch specialistische zorg kan verlenen.

Partijen committeren zich gezamenlijk aan een beperking van de groei van de zorgkosten en onderschrijven het belang van een beheerste kostenontwikkeling. Partijen komen om die reden een maximum plafond (Financiële Afspraak) overeen.

Komen het volgende overeen:

1. Bijlagen:

Met de onderhavige Overeenkomst zijn de volgende bijlagen onlosmakelijk verbonden:

Bijlage 1: Financiering OHW

Bijlage 2: Declaratieprotocol

Bijlage 3: UZOVI-codes

2. Definities:

I. **Aanspraak** geriatrie revalidatie zorg: in de Zvw (per 1 januari 2013):

- Geriatrie revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie (het verzorgingshuis wordt ook verstaan als thuissituatie) mogelijk is.
- De geriatrie revalidatie valt slechts onder de zorg, bedoeld het eerste lid indien de zorg aansluit op verblijf als bedoeld in artikel 2.10 in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1, sub a Wlz en de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.10.
- De duur van de geriatrie revalidatie, bedoeld in het tweede lid, bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan de Zorgverzekeraar een langere periode toestaan.
- Per 2015 wordt geriatrie revalidatie ook toegankelijk na een geriatrisch assessment in het ziekenhuis. Dit is mogelijk voor patiënten bij wie sprake is van een acute aandoening, waardoor acute mobiliteitsstoornissen en/of afname van zelfredzaamheid is opgetreden. Verwijzing kan alleen indien een geriatrisch assessment is verricht waaruit blijkt dat de cliënt tot de doelgroep voor geriatrie revalidatiezorg (incl. opstellen initieel behandelplan) behoort. Het geriatrische assessment wordt in het ziekenhuis afgenomen. Het geriatrische assessment wordt uitgevoerd door een medisch specialistische professional met geriatrische expertise (klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde).
- Per 2015 is de aanspraak voor geriatrie revalidatiezorg verruimd, zodat dat een opname voor GRZ binnen een week moet aansluiten op het ziekenhuisverblijf.

II. **Fraude:** onder fraude wordt verstaan het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden of verduistering bij de levering van de zorg door de

- Zorgaanbieder, met het doel een prestatie, vergoeding, betaling of ander voordeel te krijgen, waarop de Zorgaanbieder geen recht heeft of recht kan hebben.
- III. **Geneesmiddel** als onderdeel van geneeskundige zorg: geneesmiddelen bekostigd uit de DOT zorgproductprijs.
 - IV. **Geneesmiddelen** als onderdeel van farmaceutische zorg: poliklinisch voorgeschreven thuis gebruikte geneesmiddelen, bekostigd uit het extramuraal budget.
 - V. **Hulpverlener/onderaannemer**: de Zorgaanbieder kan bij de nakoming van deze overeenkomst gebruik maken van de hulp van andere natuurlijke of rechtspersonen. Hij is voor hun gedragingen op gelijke wijze als voor zijn eigen gedragingen aansprakelijk. Onder onderaannemer wordt niet verstaan degene die een arbeidsovereenkomst met de Zorgaanbieder heeft afgesloten.
 - VI. **Nacalculatie**: De berekening van de werkelijke productie en de Financiële waarde daarvan na afloop van het contractjaar
 - VII. **Verzekerde**: degene die een verzekeringsovereenkomst betreffende het risico van ziektekosten heeft gesloten met een Zorgverzekeraar.
 - VIII. **Zorg**: de door partijen gecontracteerde zorg waarop de verzekerde recht heeft op grond van de zorgverzekeringswet (Zvw) of aanvullende zorgverzekering c.a..
 - IX. **Zorgaanbieder**: het overeenkomstig de in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) gestelde regels toegelaten academisch, algemeen, categorale instelling of zelfstandig behandelcentrum dat deze overeenkomst is aangegaan.
 - X. **Zorgproductprijs**: de (totaal) prijs die de Zorgaanbieder kan declareren voor een DOT-zorgproduct.
 - XI. **Controle**: Een verificatie of een handeling heeft plaatsgevonden conform de regels en toetsing aan de norm.
 - XII. **Wkkgz**: Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg.
 - XIII. **Naturaverzekerde**: Persoon die tijdens de looptijd van deze Overeenkomst is verzekerd bij een van de rechtspersonen van Zilveren Kruis die partij is bij deze Overeenkomst op basis van ofwel: i) een naturapolis in de zin van artikel 11 lid 1 sub a Zorgverzekeringswet; ofwel ii) ofwel een combinatiepolis in de zin van artikel 11 lid 2 met natura-aanspraken in de zin van artikel 11 lid 1 sub a Zorgverzekeringswet voor Zorg die hij bij Zorgaanbieder betreft.
 - XIV. **Restitutieverzekerde**: Persoon die tijdens de looptijd van deze Overeenkomst is verzekerd bij een van de rechtspersonen van Zilveren Kruis die partij is bij deze Overeenkomst op basis van ofwel: i) een restitutiepolis in de zin van artikel 11 lid 1 sub b Zorgverzekeringswet; ofwel ii) ofwel een combinatiepolis in de zin van artikel 11 lid 2 met restitutie-aanspraken in de zin van artikel 11 lid 1 sub b Zorgverzekeringswet voor Zorg die hij bij Zorgaanbieder betreft.
 - XV. **Financiële Afspraak**: het maximum van de kosten (plafond) die Zilveren Kruis in enig jaar aan de Zorgaanbieder vergoedt voor Zorg op basis van ingediende en goedgekeurde declaraties, voor zorg geleverd aan Restitutie- en Naturaverzekerden van Zilveren Kruis.

Deel 1: Instellings-specifiek

Artikel 1. Rechtsverhouding

1. De rechtsverhouding tussen Zilveren Kruis en de Zorgaanbieder wordt geregeld door deze Overeenkomst, inclusief de met deze Overeenkomst onlosmakelijk verbonden bijlagen, alsmede de toepasselijke wet- en regelgeving en de relevante beleidsregels van de NZa.
2. Algemene voorwaarden, van welke partij dan ook, zijn uitgesloten van deze overeenkomst.

Artikel 2. Financiële Afspraak

1. De Financiële Afspraak is vastgelegd in tabel 1.
2. De Zorgaanbieder declareert op basis van de overeengekomen prijslijst (aantallen en tarieven) in het Zorginkoopportaal VECOZO.
3. De tariefstelling per DBC is gebaseerd op de afgesproken tariefsopslagen. De zorgaanbieder heeft aangegeven welke tariefsopslagen van toepassing zijn en vertaald dit in de prijslijst zoals benoemd in lid 2 van dit artikel. De voorwaarden voor de tariefsopslagen en bijhorende tariefstelling is opgenomen in bijlage 6.
4. De in het voorgaande artikellid bedoelde tarieven zijn gebaseerd op prijspeil 2017. Indien de Nederlandse Zorgautoriteit de vaste en/of de maximum tarieven wijzigt, dan worden de afgesproken prijzen boven het NZa maximum tarief verlaagd naar dit maximum tarief.
5. De Zorgaanbieder heeft de verplichting om een productieprognose voor de Zorgverzekeraar inzichtelijk te maken ter voorkoming van een vroegtijdige realisatie van de Financiële Afspraak. Laat de Zorgaanbieder dit na, dan verliest hij het recht om Verzekerden te laten bemiddelen en onder te brengen bij andere Zorgaanbieders.
6. Partijen hebben afspraken gemaakt over de financiering van onderhandenwerk (OHW). Deze afspraken zijn vastgelegd in bijlage 1 van de overeenkomst.
7. Vanaf het moment van bereiken van het plafond (maximum Financiële Afspraak), blijft de Zorgaanbieder gedurende de looptijd van de overeenkomst verplicht om GRZ aan de verzekerden (zowel natura- als restitutieverzekerden) van Zilveren Kruis, die reeds in zorg zijn genomen, te verlenen/continueren zonder dat daarvoor een aanvullende vergoeding verschuldigd is door Zilveren Kruis. De Zorgaanbieder kan voor Verzekerden die zich met een nieuwe zorgvraag bij Zorgaanbieder aandienen, terwijl het maximum van de Financiële Afspraak (nagenoeg) is bereikt, terugverwijzen naar Zilveren Kruis voor verdere bemiddeling naar een Zorgaanbieder die nog wel ruimte heeft in de Financiële Afspraak met Zorgverzekeraar. Voor deze verzekerden geldt geen doorleverplicht voor de Zorgaanbieder.
8. De Zorgaanbieder informeert Zilveren Kruis:
 - a. zodra 70% van de Financiële Afspraak is bereikt, en
 - b. uiterlijk 1 september 2017 indien hij verwacht dat de Financiële Afspraak gedurende de totale looptijd van de overeenkomst zal worden overschreden.
9. De Zorgaanbieder heeft een eigen verantwoordelijkheid, om de planbare zorg zo gelijkmatig mogelijk over het hele jaar te verdelen, waarbij rekening dient te worden gehouden met de Financiële Afspraak, de zorgvraagontwikkeling en seizoenpatronen. Reeds ingezette zorg dient te allen tijde te worden verleend.
10. De Zorgaanbieder kan de declaraties, die boven de Financiële Afspraak uitkomen, niet indienen op basis van een betalingsovereenkomst (restitutiemodel).
11. De Zorgaanbieder kan de declaraties die boven de Financiële Afspraak uitkomen, niet in rekening brengen bij de verzekerden van Zilveren Kruis.

Tabel 1:

Financiële Afspraak 2017	€
---------------------------------	----------

Artikel 3. Herijking van het Financiële Afspraak

1. Een eventuele herijking van de Financiële Afspraak volgens specifieke afspraken zoals in artikel 2 vindt uiterlijk plaats op 30 juni 2018.
2. De Financiële Afspraak wijzigt indien:
 - a. overheidsmaatregelen, in welke vorm dan ook (zoals aanpassen van het BKZ en/of BHA) van invloed zijn op de hoogte van de Financiële Afspraak. De wijziging zal, indien mogelijk, plaatsvinden in overeenstemming met de opgave in het BHA;
 - b. relevante wet- en/of regelgeving wijzigt, zodanig dat de Financiële Afspraak niet meer onverkort kunnen worden nagekomen;
 - c. op grond van controleresultaten is gebleken dat onrechtmatig is gedeclareerd door de Zorgaanbieder en als er sprake is van een direct verband tussen de uitkomst van controleresultaten en de Financiële Afspraak en uitgangspunten daarbij. De uitkomsten van de controleresultaten worden in de afrekening verwerkt conform artikel 4 van deze overeenkomst. Zorgverzekeraar heeft daarnaast het recht om onrechtmatig/onterecht gedeclareerde/ontvangen bedragen terug te vorderen van de Zorgaanbieder. Zorgaanbieder is verplicht om terstond na een daartoe strekkend verzoek van Zorgverzekeraar de betreffende bedragen aan Zorgverzekeraar over te maken.
 - d. zich gedurende de looptijd van de overeenkomst substantiële volumewijzigingen voordoen, die het gevolg zijn van omstandigheden die niet in de risicosfeer liggen van de Zorgaanbieder (wettelijke overmacht) en tot gevolg hebben dat in redelijkheid de Financiële Afspraak in artikel 2, tabel 1, niet kan worden gehandhaafd, dan zullen partijen met elkaar in overleg treden.
 - e. het zorgaanbod (portfolio) van de Zorgaanbieder wijzigt of indien sprake is van marktverschuivingen.
3. De Financiële Afspraak kan wijzigen indien de aard en het aantal verzekerden van de Zorgverzekeraar wijzigt (portefeuille-effect én verzekerdenmutatie);
4. Eventuele kortingen op de omzet van de Zorgaanbieder vanwege het ingrijpen van overheidswege e.d., zoals het macrobeheersingsinstrument of andere kortingen worden niet door de Zorgverzekeraar gecompenseerd.

Artikel 4. Afrekening van de Financiële Afspraak

1. Zorgverzekeraar bepaalt wanneer de eindafrekening plaatsvindt, met dien verstande dat de Zorgverzekeraar ernaar streeft de eindafrekening van de Financiële Afspraak uiterlijk op 31 maart 2019 te laten plaatsvinden.
2. De Zorgaanbieder dient conform artikel 3 lid 8 van het Declaratieprotocol alle declaraties binnen zes maanden na de einddatum van de desbetreffende zorgprestatie te hebben ingediend op straffe van verval van recht. De Zorgverzekeraar heeft de bevoegdheid, maar niet de verplichting, de datum van de eindafrekening zoals bedoeld in lid 1, en de vervaldatum van declaraties bedoeld in dit lid, uit te stellen in verband met verlate declaraties.
3. Uitkomsten van controles van declaratiegegevens, uitgevoerd over het jaar 2017, zullen bij de afrekening in mindering gebracht worden op de gedane declaraties betreffende het jaar. dan wel worden teruggevorderd/verrekend door de Zorgverzekeraar.
4. Wanneer betaling van de declaraties van zorgproducten met openingsdatum 2017 van de Zorgaanbieder door de Zorgverzekeraar ertoe zou leiden dat de Financiële Afspraak wordt overschreden, is de Zorgverzekeraar niet gehouden tot betaling van de desbetreffende declaraties aan de Zorgaanbieder.

5. Voor zover de Zorgverzekeraar de declaraties als bedoeld in lid 4 wel heeft betaald, is de Zorgverzekeraar gerechtigd de desbetreffende declaraties te verrekenen met toekomstige declaraties en, indien van toepassing, met de financiering OHW. Voorafgaand aan de verrekening zal de mogelijkheid geboden worden om het teveel ontvangen bedrag binnen redelijke termijn terug te betalen. Hierbij wordt nooit meer betaald dan de overeengekomen Financiële Afspraak.

Artikel 5. Informatie ten behoeve van de productie

1. Ten behoeve van de monitoring en productieontwikkeling verplicht de Zorgaanbieder zich minimaal eenmaal per kwartaal op maandbasis inzicht in de volgende gegevens:
 - a. Realisatie open, gefactureerd en gesloten nog niet gefactureerd (in volume, euro en aantal verzekerden):
uitgesplitst voor alle ZK verzekerden uitgesplitst naar hoofddiagnosegroep
 - b. Locaties GRZ zorg.

Deel 2: Zilveren Kruis voorwaarden Geriatrische Revalidatie

Artikel 6. Algemene informatie

1. Partijen verschaffen elkaar alle informatie die zij redelijkerwijs nodig hebben voor de uitvoering van deze overeenkomst.
2. De Zorgaanbieder informeert de Zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk indien bij de Zorgaanbieder de kwaliteit en of de veiligheid van zorg in gevaar is of dreigt te komen.
3. De Zorgaanbieder informeert onmiddellijk de Zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk indien de continuïteit van zorg in gevaar komt, dan wel dat de gecontracteerde zorg om welke reden dan ook langdurig niet kan worden geboden.
4. De Zorgaanbieder verstrekt informatie aan de Zorgverzekeraar over de aard van de problemen, de genomen stappen door de Zorgaanbieder, en de voorziene duur van de problematiek.
5. De Zorgaanbieder handelt conform de vigerende Zorgbrede Governance Code en informeert de Zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk indien er signalen zijn dat er sprake is van ontoereikende governance, zoals omschreven in de vigerende Zorgbrede Governance Code . De vigerende Zorgbrede Governancecode is te raadplegen via www.brancheorganisatieszorg.nl.
6. Het is de Zorgaanbieder niet toegestaan gecontracteerde zorg uit te besteden aan een derde zonder aan de Zorgverzekeraar vooraf toestemming te vragen. In elk geval zal de Zorgverzekeraar geen toestemming verlenen aan het uitbesteden van werkzaamheden aan een derde, indien deze derde niet over een eigen WTZi toelating of de vereiste certificering beschikt.
7. Indien de contractant in strijd handelt met lid 6 dan vervalt de overeenkomst van rechtswege, per datum van het uitbesteden van de werkzaamheden aan een derde.
8. De Zorgaanbieder levert CVA zorg volgens de beroerte richtlijn van het CBO.
9. De Zorgaanbieder volgt minimaal de behandelkaders van Verenso.

Artikel 7. Zorgverlening

1. De bepalingen in deze overeenkomst hebben betrekking op de DOT-zorgproducten, ondersteunende producten en overige producten die in 2017 worden geopend.
2. De Zorgaanbieder verleent aan de verzekerden de medisch specialistische zorg waar de verzekerden krachtens de basisverzekering en/of de aanvullende verzekering aanspraak op hebben, zover het gaat om de overeengekomen prestaties zoals genoemd in de prijslijst van Zorginkoopportaal VECOZO. De prijslijst van Zorginkoopportaal VECOZO maakt integraal onderdeel uit van deze overeenkomst.

Artikel 8. Kwaliteit van zorg

1. De Zorgaanbieder is verplicht de zorg te verlenen in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving en met inachtneming van de polis van de verzekerde en de gemaakte afspraken in deze overeenkomst.
2. De Zorgaanbieder garandeert dat de zorg wordt verleend door BIG-geregistreerde zorgverleners of door zorgverleners die werkzaam zijn onder verantwoordelijkheid van BIG-geregistreerde zorgverleners.
3. De Zorgaanbieder verleent de zorg aan verzekerden onder eigen professionele verantwoordelijkheid.
4. De Zorgaanbieder is er verantwoordelijk voor dat de bij de Zorgaanbieder werkzame zorgverleners handelen conform de algemene, binnen de beroepsgroep geldende, best practices, protocollen en/of richtlijnen en de geldende wet- en regelgeving en dat de zorgverlening in overeenstemming is met de laatste stand van de wetenschap en praktijk, dan wel met hetgeen geldt als verantwoorde en adequate zorg.
5. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het handelen en nalaten van alle personen c.q. beroepsbeoefenaren die, al dan niet in loondienst, ten behoeve van hem werkzaam zijn. De Zorgaanbieder

draagt er zorg voor dat zij blijven beschikken over de kennis en vaardigheden die voor een goede verlening van de zorg noodzakelijk zijn.

6. De Zorgaanbieder kan het verlenen van zorg uitsluitend weigeren en de verlening van aangevangen zorg uitsluitend beëindigen indien sprake is van gewichtige redenen, verband houdend met omstandigheden die de persoon van een individuele verzekerde betreffen. De Zorgaanbieder handelt hierbij overeenkomstig de 'Richtlijn niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst' van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst dan wel overeenkomstig een door de beroepsvereniging van de desbetreffende Zorgaanbieder opgestelde geldende richtlijn. De Zorgaanbieder pleegt tijdig overleg met de (zorg)verzekeraar indien hij verwacht dat na beëindiging van zorg de continuïteit van zorg niet is gewaarborgd.
7. De Zorgaanbieder draagt zorg voor een adequate patiënten- en praktijkregistratie.
8. De Zorgaanbieder verstrekt desgewenst geanonimiseerde informatie aan de Zorgverzekeraar over de uitvoering van de verplichtingen voortvloeiende uit de Wkkgz, zoals de klachtenregeling en het klachtenreglement.

Artikel 9. Wachttijden

1. De behandelingen worden verleend binnen de termijnen zoals vastgelegd in de landelijk overeengekomen Treeknormen. De Treeknormen zijn te raadplegen via <http://www.zorgatlas.nl/thema-s/wachttijsten/wachttijsten-ziekenhuiszorg/het-treekoverleg-streefnormen-wachttijden-curatieve-sector>
2. Indien de Zorgaanbieder onverhoopt niet kan voldoen aan de Treeknormen wordt dit door de Zorgaanbieder gemeld aan de Zorgverzekeraar.

Artikel 10. Declaratieafspraken

1. Partijen hebben afspraken gemaakt over het declaratieproces. Deze afspraken zijn opgenomen in bijlage 2.
2. Zorgverlening aan de verzekerde die valt binnen zijn of haar verzekering leidt tot het ontstaan van een rechtstreekse schuld van de Zorgverzekeraar aan de Zorgaanbieder.
3. Indien de Zorgaanbieder in strijd met lid 2 declaraties voor niet verzekerde zorg dan wel niet gecontracteerde zorg heeft ingediend, dan wordt de Zorgaanbieder daarover geïnformeerd.

Artikel 11. Overdracht van rechten en plichten uit deze overeenkomst

1. De Zorgaanbieder mag, met uitzondering van pandrechten, geen rechten en/of plichten uit de overeenkomst overdragen aan derden zonder expliciete schriftelijke toestemming van de Zorgverzekeraar.
2. Indien de Zorgaanbieder 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. Dit verrekenrecht strekt zich uit tot alle entiteiten van Zilveren Kruis.
4. Indien de Zorgaanbieder de vorderingen heeft overgedragen / voornemens is over te dragen aan derden dan wordt de Zorgverzekeraar daarover geïnformeerd (voor de daadwerkelijke uitvoering van de Afspraak met derden). Partijen treden in overleg over de gevolgen van het overdragen van vorderingen voor de aanvullende afspraken over financiering van OHW. Indien noodzakelijk maken partijen nieuwe afspraken over OHW financiering.

Artikel 12. Niet gecontracteerde zorg

Declaraties die betrekking hebben op niet gecontracteerde zorg, kunnen niet rechtstreeks worden gedeclareerd bij de Zorgverzekeraar en worden niet uitbetaald. Declaraties verlopen via de verzekerde, die vergoeding ontvangt conform de polisvoorwaarden.

Artikel 13. Controle verzekeringsgerechtigdheid

De Zorgaanbieder stelt voor aanvang van de eerste zorgvraag de identiteit van de verzekerde en het BSN vast (aan de hand van een rechtsgeldig legitimatiebewijs) en controleert voor aanvang van iedere zorgvraag de verzekeringsgerechtigdheid (via de Centrale Opvraag Verzekerden (COV) module van VECOZO).

Artikel 14. Controle

1. Partijen verschaffen elkaar alle inlichtingen die zij redelijkerwijs nodig hebben voor een inzicht in de nakoming van hun, in deze overeenkomst aangegeven, verplichtingen.
2. Zilveren Kruis voert formele en materiële controle en fraudeonderzoek uit overeenkomstig de regels zoals gesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg, de Wet Bescherming Persoonsgegevens, de Zorgverzekeringswet, de Regeling zorgverzekering. Daarnaast controleert Zilveren Kruis op de geleverde zorg die zijn grondslag vindt in de aanvullende verzekering(en).
3. Behoudens gevallen van fraude en tenzij wettelijke voorschriften anders bepalen, gaan de genoemde controles niet verder terug dan tot maximaal vijf jaar na de betaaldatum.

Artikel 15. Te nemen maatregelen bij uitkomsten controle

1. Afhankelijk van de ernst en zwaarte van het geconstateerde feit kan Zilveren Kruis 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. Het 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. Voor de termijn waarbinnen de terugvordering wordt ingesteld wordt aangesloten bij het bepaalde in het Burgerlijk Wetboek.
 - d. Een klacht indienen bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg; en/of
 - e. Een melding c.q. aangifte doen bij de bevoegde opsporingsinstanties (zoals Fiod-ECD, het Openbaar Ministerie);
 - f. De overeenkomst per direct te ontbinden;
 - g. In geval van Fraude behoudt de verzekeraar zich het recht voor de overeenkomst met onmiddellijke ingang te ontbinden en tot acht jaar na de geconstateerde fraude geen overeenkomst te sluiten met de Zorgaanbieder.

Artikel 16. 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 17. Vrijwaring

De contractant draagt in het kader van deze overeenkomst zorg voor een verantwoorde uitvoering van zijn taken. Zilveren Kruis is niet aansprakelijk voor enige schade (waaronder begrepen immateriële schade) die haar verzekerden ondervinden ten gevolge van de – wijze van – zorgverlening door de contractant. De contractant

vrijwaart Zilveren Kruis door ondertekening van deze overeenkomst voor (toekomstige) aanspraken van derden waartoe – de wijze van – zorgverlening door de contractant aanleiding mocht geven.

Artikel 18. Niet nakoming

1. Indien de Zorgaanbieder tekortschiet in de nakoming van een of meer verplichtingen uit deze overeenkomst stelt Zilveren Kruis hem deswege in gebreke, tenzij nakoming van de betreffende verplichting reeds blijvend onmogelijk is, in welk geval de Zorgaanbieder onmiddellijk in gebreke is.
2. De ingebrekestelling geschiedt schriftelijk waarbij aan de Zorgaanbieder een redelijke termijn wordt gegund om alsnog zijn verplichtingen na te komen. Deze termijn heeft het karakter van een fatale termijn.
3. Ingeval van niet nakoming van de verplichtingen uit deze overeenkomst, behoudt Zilveren Kruis zich het recht voor de overeenkomst tussentijds te ontbinden.

Artikel 19. Geschillen

1. In geval van een geschil tussen partijen zal worden getracht dit eerst in onderling overleg op te lossen.
2. Geschillen die niet in onderling overleg kunnen worden opgelost, kunnen worden voorgelegd aan de rechtbank Den Haag dan wel aan de door partijen overeengekomen geschilleninstantie vanaf het moment dat deze operationeel is.
3. Een geschil is aanwezig zodra een der partijen dit schriftelijk aan de andere partij kenbaar maakt.

Artikel 20. Begin en (tussentijdse) einde overeenkomst

1. De overeenkomst vangt aan op 1 januari 2017 en eindigt van rechtswege op 31 december 2017
2. De overeenkomst eindigt tussentijds:
 - a. met wederzijds goedvinden;
 - b. door ontbinding van de overeenkomst in of buiten rechte;
 - c. door opzegging van de overeenkomst, indien met het oog op de wettelijke zorgplicht van de Zorgverzekeraar of Financiële situatie van de Zorgaanbieder voortzetting van de overeenkomst in redelijkheid niet meer van de Zorgverzekeraar kan worden verlangd;
 - d. door faillissement van één der partijen, met ingang van de dag waarop het faillissement is uitgesproken;
 - e. door opheffing van de rechtspersoon die de Zorgaanbieder exploiteert, met ingang van de dag van de opheffing;
 - f. door surseance van betaling aan één der partijen, met ingang van de dag waarop de surseance wordt verleend;
 - g. Indien blijkt dat de Zorgaanbieder gedurende de looptijd van de overeenkomst niet meer voldoet aan alle inkoopspecificaties dan wel de verbeterafpraak niet binnen de afgesproken tijd wordt gerealiseerd.
 - h. Bij zodanige wijzigingen in wet- en regelgeving, dat instandhouding van onderhavige overeenkomst redelijkerwijs niet kan worden verlangd van partijen.
3. Bij beëindiging van deze overeenkomst is de Zorgverzekeraar gerechtigd eventuele reeds aan de Zorgaanbieder betaalde bedragen (voorschotten) te verrekenen met het door de Zorgaanbieder tot het moment van beëindiging van deze overeenkomst gedeclareerde bedrag, alsmede met eventuele nog openstaande dan wel toekomstige declaraties van de Zorgaanbieder

Overeenkomst Zilveren Kruis – Zorgverlener

Aldus overeengekomen en in tweevoud opgemaakt,

plaats: Leusden
datum: september 2016

plaats:
datum:

Zilveren Kruis
Roland Eising
Senior Manager Landelijke Inkoop

namens de Zorgaanbieder

Deel 3: bijlagen

BIJLAGE 1 Financiering onderhanden werk (OHW)

Artikel 1 Definities en begripsbepaling

1. Onderhanden werk (OHW): door de Zorgaanbieder gestarte maar nog niet afgeronde zorgtrajecten ten behoeve van de verzekerden.
2. Zelfstandige verplichting tot betaling: de behandeling van een verzekerde door de Zorgaanbieder leidt tot het ontstaan van een rechtstreekse schuld van de Zorgverzekeraar aan de Zorgaanbieder.
3. Ontstaan van een vordering: de vordering van de Zorgaanbieder op de Zorgverzekeraar ontstaat op het moment dat de zorgverlening aan een verzekerde door de Zorgaanbieder een aanvang neemt. Deze vordering wordt opeisbaar op het moment dat de Zorgaanbieder de declaratie indient conform het declaratieprotocol als bedoeld in bijlage 2. De Zorgverzekeraar komt de bevoegdheid toe om - een gedeelte van - een vordering te betalen, ook indien deze nog niet opeisbaar is.

Artikel 2 Omvang OHW

1. De waarde van het OHW volgt uit de retourinformatie van de OHW Grouper en de specifieke tussen de Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar overeengekomen tarieven.
2. Deze door de Zorgaanbieder telkenmale vastgestelde OHW waarde dient door de Zorgaanbieder maandelijks te worden doorgegeven aan de Zorgverzekeraar, conform artikel 3.

Artikel 3 Informatieplicht

1. De Zorgaanbieder is verplicht om maandelijks de waarde van het OHW, gespecificeerd per Uzovi code en via de OWH grouper, aan de Zorgverzekeraar aan te leveren.
2. De informatie als bedoeld in lid 1 wordt binnen een maand na afloop van de rapportagemaand aangeleverd aan de Zorgverzekeraar.
3. De informatie als bedoeld in lid 1 wordt via de Landelijke OHW Grouper aangeleverd.
4. Indien de Zorgaanbieder de informatie als bedoeld in lid 1 niet aanlevert of als de Zorgaanbieder de desbetreffende informatie onvoldoende aanlevert, dan stopt de Zorgverzekeraar per direct de financiering van het OHW. In dat geval wordt de reeds uitstaande financiering OHW direct opeisbaar en kan de Zorgverzekeraar het desbetreffende bedrag verrekenen met de door de Zorgaanbieder reeds ingediende of nog in te dienen declaraties.

Artikel 4 Betaling en verrekening

1. Van de waarde van het OHW, zoals door de Zorgaanbieder is vastgesteld conform artikel 2, wordt door Zilveren Kruis 90% gefinancierd, binnen een termijn van 2 weken nadat de Zorgverzekeraar hiervan kennis heeft genomen.
2. Per kwartaal wordt het te financieren bedrag door de Zorgverzekeraar vastgesteld, op basis van de aangeleverde informatie door de Zorgaanbieder.
3. Indien het te financieren bedrag in kwartaal Q minimaal 10% afwijkt van het gefinancierde bedrag in kwartaal Q-1, volgt een daadwerkelijke verrekening. Als de afwijking kleiner dan 10% is, wordt de financiering op hetzelfde niveau (Q-1) gehandhaafd.
4. De Zorgverzekeraar berekent per kwartaal welk concreet bedrag hoort bij 90% van de door de Zorgaanbieder vastgestelde OHW waarde. Dit bedrag wordt per kwartaal medegedeeld aan de Zorgaanbieder.

5. De betaling van de Zorgverzekeraar aan de Zorgaanbieder van het vastgestelde bedrag (lid 2) vindt uiterlijk 2 weken na de mededeling (lid 4) aan de Zorgaanbieder plaats.
6. Het door de Zorgaanbieder terug te storten bedrag dient, binnen 30 dagen na de dagtekening van de vorderingsbrief te worden voldaan conform de gegevens in de vorderingsbrief.

Artikel 5 Gevolgen voor OHW bij beëindiging van de overeenkomst

Bij (gedeeltelijke) beëindiging van de overeenkomst wordt de uitstaande financiering OHW direct opeisbaar. De Zorgverzekeraar komt de bevoegdheid toe om de vordering tot terugbetaling van de financiering OHW te verrekenen met de verplichting tot vergoeding van de door de Zorgaanbieder ingediende en door de Zorgverzekeraar goedgekeurde declaraties. Dit verrekenrecht strekt zich uit tot alle entiteiten van Zilveren Kruis.

BIJLAGE 2 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 6.
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 6 maanden, 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.
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:
 - a. ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties;
 - b. incorrecte tarieven;
 - c. fraude;
 - d. 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 of er recht is op (vergoeding van) de zorg op grond van de polisvoorwaarden van zijn basisverzekering en/of aanvullende verzekering of dat er toestemming 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 7.
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 7.
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.

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 door te geven aan AGB- VEKTIS. Zie informatie en wijzigingsformulieren op www.agbcode.nl. Wijzigingen in uw agb-registratie kunt u ook doorgeven 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 papierennota

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

De factuur is opgebouwd uit een aantal samenhangende blokken:

1. Declarantgegevens (voorlooprecord),
2. Geadresseerde,
3. Factuurgegevens (voorlooprecord),
4. Verzekerde (verzekerde record),
5. Algemene declaratiegegevens (prestatierecords),
6. Declaratieregels (prestatierecords en tariefrecords),
7. Totaalbedrag (sluitrecord),
8. Optionele gegevens zoals acceptgiro en
9. Voettekst met bladzijdennummering (blz. van totaal aantal blz.).

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:

<https://www.zilverenkruis.nl/Zorgaanbieders/msz/declareren/Paginas/default.aspx>

BIJLAGE 3 UZOVI-codes

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

Label	UZOVI-nummer
Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. (inclusief Pro Life)	3311
De Friesland Zorgverzekeringen (inclusief Kiemer)	7084
Interpolis Zorgverzekeringen N.V.	3313
OZF Achmea 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

BIJLAGE 4 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

BIJLAGE 5 Contactgegevens, wijzigingen en melden fraudegevallen

Voor vragen over uw declaratie kunt u contact opnemen via onderstaande gegevens.

Contactgegevens

Naam	Telefoon	E-mail	Postadres
Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (inclusief Pro Life)	071 – 751 00 99	Info.declaraties@zilverenkruis.nl	Postbus 631 8000 AP Zwolle
Interpolis Zorgverzekeringen N.V.	071 – 751 00 99	Info.declaraties@zilverenkruis.nl	Postbus 631 8000 AP Zwolle
OZF Zorgverzekeringen N.V.	074 - 789 07 89	info@ozf.nl	Postbus 94 7550 AB Hengelo
FBTO zorgverzekeringen N.V.	058 - 234 53 33	info.zorgverleners@fbto.nl	Afdeling Declaratieservice Postbus 318 8901 BC Leeuwarden
Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	0900 - 56 65 665	Info.declaraties@zilverenkruis.nl	Postbus 631 8000 AP Zwolle

Contactgegevens Volmachten Avero Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Naam	Telefoon	E-mail	Postadres
Nedasco B.V. / Caresco B.V	033 – 20 20 555	zpo@caresco.nl	Postbus 1815 3800 BV Amersfoort
IAK Verzekeringen B.V	040 - 26 11 888	Zorgaanbieders@iak.nl	Postbus 90165 5600 RV Eindhoven
Aevitae B.V.	0900 – 36 93 333	info@aevitae.com	Postbus 2705 6401 DE Heerlen

Voor actuele informatie kunt u terecht op onze internetsite: www.zilverenkruis.nl/Zorgaanbieders
Voor vragen over de declaratieparagraaf en een foutenanalyse (declaratiekwaliteit) kunt u contact opnemen met uw Relatiebeheerder MSZ.

E-mail: relatiebeheerzwolle@zilverenkruis.nl.

BIJLAGE 6 Tariefstelling en tariefsopslagen

Tariefstelling

1. De tariefsopslag is gebaseerd op een basistarief van 95% van het maximum NZa tarief en is van toepassing bij registratie/transparantie van minimaal 90% van de patiënten.
2. Voor de opslag geldt registratie per 1 januari 2017.
3. Uitvraag van de transparantiegegevens vindt in de loop van 2017 plaats, op basis van geregistreerde gegevens per 1 januari 2017 via een format dat door Zilveren Kruis zal worden aangeleverd.
 - a. Het is aan de Zorgaanbieder om te registreren voor alle patiënten of alleen de Zilveren ~~K~~Kruis patiënten.
 - b. De ~~b~~B Barthelscore dient geregistreerd te worden per ('dummy')patiënt en per hoofddiagnosegroep bij aanvang van GRZ en bij ontslag.

NB. Deze gegevens worden door Zilveren Kruis gebruikt voor spiegelinformatie, de resultaten hebben geen effect op de zorgcontractering voor 2017 of 2018.

Voorwaarden voor tariefsopslag

Categorie	Voorwaarde	Tariefsopslag
Registratie	1. U registreert de Barthelindex score, voor alle patiënten, bij aanvang van geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en bij ontslag	0,75%
	2. U registreert de ontslagbestemming voor alle patiënten; in aantal per hoofddiagnosegroep	0,75%
Transparantie	3. U maakt de Barthelindex score per hoofddiagnosegroep transparant (aanlevering aan Zilveren Kruis)	0,5%
	4. U maakt de ontslagbestemming in aantallen patiënten per hoofddiagnosegroep transparant (aanlevering aan Zilveren Kruis)	0,5%
	5. Informatie over uw GRZ-aanbod is beschikbaar op ZorgkaartNederland.nl (per locatie en per hoofddiagnosegroep)	0,5%