

Overeenkomst Zilveren Kruis – Instelling voor Jeugd tandverzorging

A. DE ZORGVERZEKERAAR:

De zorgverzekeraars die de Zorgverzekeringswet uitvoeren:

- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Utrecht (inclusief Prolife) (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 namens haar volmachten:
 - Nedasco B.V. / Caresco B.V. (8960);
 - IAK Volmacht B.V. (8971);
 - Aevitae B.V. (8958).

handelend onder de naam Zilveren Kruis

tezamen rechtsgeldig vertegenwoordigd door: de heer O. Gerrits, directeur Zorginkoop,
hierna te noemen: Zilveren Kruis

en

B. Instelling voor Jeugd tandverzorging

Instellingsnummer:

Naam Instelling:

Vestigingsadres:

Vestigingsplaats:

en gezamenlijk te noemen: partijen

- declaratieprotocol (raadpleegbaar op www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders)

Artikel 1 Definities

- a. **Formele controle:** De controle waarbij nagegaan wordt of het tarief dat door de zorgaanbieder voor een prestatie in rekening wordt gebracht een prestatie betreft: die is geleverd aan een bij die zorgverzekeraar verzekerde persoon; die behoort tot het verzekerde pakket van die persoon; tot de levering waarvan de zorgaanbieder bevoegd is en het een tarief betreft dat voor die prestatie krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld of een tarief is dat voor die prestatie met de zorgaanbieder is overeengekomen;
- b. **Fraude:** onder fraude wordt verstaan het 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.
- c. **Instelling voor jeugd tandverzorging:** het organisatorische verband als bedoeld in artikel 5, eerste lid Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) j° artikel 1.2 en 2.2 van het Uitvoeringsbesluit WTZi, dat strekt, in het kader van deze overeenkomst, tot de verlening van mondzorg;
- d. **Tarieven:** de tussen zorgverzekeraar en de instelling overeengekomen prijzen voor prestaties dan wel geheel van prestaties, met inachtneming van het bepaalde in de WMG;
- e. **Verzekerde:** degene wiens risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in artikel 10 van de Zvw, door een zorgverzekering wordt gedekt en ten behoeve van wie een polisblad is afgegeven;
- f. **Zilveren Kruis:** verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen, al dan niet onder label of via gevolmachtigden, in de zin van de Zorgverzekeringswet (Zvw) aanbiedt.
- g. **Materiële controle:** de controle waarbij nagegaan wordt of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie uit het oogpunt van doelmatigheid en rechtmatigheid, daarop naar aard, inhoud en omvang redelijkerwijze het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van verzekerde.

Artikel 2 Zorgverlening

1. De instelling verleent aan verzekerden van Zilveren Kruis de tandheelkundige zorg waarop zij bij of krachtens de Zorgverzekeringswet, met inachtneming van hun polis, aanspraak hebben.
2. Partijen komen in lokaal overleg overeen welke locaties buiten de instelling deel uitmaken van de instelling en welke prestaties daar geleverd kunnen worden.

Artikel 3 Kwaliteit en aanvullende eisen

1. De instelling die overeenkomstig de WTZi is toegelaten, draagt er zorg voor dat de zorg die geleverd wordt tenminste voldoet aan de laatste eisen en standaarden van de beroepsgroep en de eisen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Daarbij dient de instelling de zorg te verlenen met inachtneming van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). De instelling spant zich tot het uiterste in om een doeltreffend en doelmatig gebruik van de voorzieningen te bewerkstelligen.
2. De zorgverzekeraar spant zich in voor de totstandkoming van goede voorwaarden ter bevordering van een kwalitatief voldoende en kwalitatief verantwoorde en doelmatige zorgverlening.
3. De instelling werkt volgens de richtlijn mondzorg voor jeugdigen van de KNMT en NVvK.
4. De instelling roept jeugdige patiënten op voor periodieke controle.
5. De instelling vermeldt in de patiëntendossiers een behandelplan waarin voor de kortere termijn de tandheelkundige behandeling(en) van een of meer specifieke problemen (cariëslaesies), indicatie en oplossing wordt beschreven.
6. Het patiëntendossier dient daarnaast een zorgplan te bevatten. Daarin wordt het overzicht vastgelegd van ondersteunende, preventieve en curatieve handelingen en de achtergronden, leidend tot diagnose en prognose. Tevens bevat het wat nodig is om het gestelde zorgdoel te kunnen bereiken of handhaven, inclusief wenselijke evaluatiemomenten, tijdsperiodes en betrokken zorgverleners.
7. De instelling draagt er zorg voor dat in de praktijk werkzame zorgverleners opgenomen zijn in het AGB-register van Vektis.
8. De praktijk voldoet aan de normen van de beroepsgroep en aan de wettelijke eisen op het gebied van hygiëne (WIP) en röntgenstraling.

9. De zorg wordt verleend door zorgverleners die de Nederlandse taal beheersen.

Artikel 4 Machtigingen

1. De instelling kan zonder voorgaande machtiging verzekerden behandelen tenzij in dit artikel anders is overeengekomen.
2. Bij onenigheid tussen de instelling en de verzekerde over het recht op een aanspraak verwijst de instelling de verzekerde naar Zilveren Kruis.
3. De instelling vraagt, bij twijfel of de behandeling een aanspraak is op grond van de Zorgverzekeringswet en/of aanvullende verzekering, een machtiging aan bij Zilveren Kruis.
4. Machtigingen dienen aangevraagd te worden bij het label waar de verzekerde verzekerd is. Voor adressen zie website www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders kader mondzorg onderdeel machtigingen.
5. Machtigingsaanvragen dienen voorzien te zijn van de volledige patiëntgegevens, een behandelplan en begroting met aan te vragen prestatiecodes cq uren, hoogte van de techniekkosten, eventuele foto's en relevante dossiers.
6. De instelling gebruikt voor het indienen van machtigingsaanvragen het machtigingenportaal van Vecozo.
7. Zilveren Kruis handelt de machtigingsaanvraag af binnen drie weken, tenzij nadere beoordeling op het tandheelkundige spreekuur noodzakelijk is.
8. Het recht om machtigingsvrij te declareren vervalt, indien na controle blijkt dat de instelling niet handelt volgens de overeenkomst.

Artikel 4a Machtigingen jeugdzorg

- De instelling kan de jeugd voor de basisverzekering machtigingsvrij behandelen m.u.v. fronttandvervanging door implantaten.
- Voor fronttandvervanging met implantaten en de prothetische vervolgbehandeling dient de instelling een machtiging aan te vragen.

Artikel 4b Machtigingen bijzondere tandheeskunde

- De instelling dient behandelingen vallend onder artikel 2.7 lid 1a en 1c Besluit zorgverzekering aan te vragen.
- De instelling dient behandelingen van extreem angstige aan te vragen.
- Lichamelijk en geestelijk gehandicapten (artikel 2.7 lid 1b) Besluit zorgverzekering kunnen na een eenmalige aanvraag tot 6 uur per jaar machtigingsvrij behandeld worden. Bij lichamelijk gehandicapten moet er wel een relatie zijn met het gebit. De tandarts vraagt een doorlopende machtiging aan waarin aangegeven wordt dat het om een lichamelijk of geestelijk gehandicapte gaat bij wie de behandeling veel meer tijd kost. Uitgebreide gebitsrehabilitaties moeten separaat aangevraagd worden.

Artikel 5 Honorering

1. Partijen komen overeen dat Zilveren Kruis de instelling, voor de aan verzekerden van Zilveren Kruis verleende zorg zoals omschreven in deze overeenkomst, zal honoreren conform de door de NZa vastgestelde maximumtarieven.
2. De instelling mag de tarieven voor tandheelkundige hulp aan verzekerden tot 18 jaar, met uitzondering van de techniek- en materiaalkosten en de haal- en/of brengservice, verhogen met de instellingentoeslag. De instellingentoeslag wordt jaarlijks overeengekomen met de representatieve zorgverzekeraars en vastgesteld door de NZa.
3. De instelling mag in combinatie met een periodieke controle van een verzekerde tot 18 jaar maximaal twee maal per kalenderjaar een door de NZa vastgestelde tarieftoeslag voor de haal- en/of brengservice in rekening brengen. Dit geldt alleen voor die verzekerden die gebruik maken van de haal- en/of brengservice.

Artikel 6 Weigering of beëindiging van de levering van de zorg

1. De instelling kan besluiten de zorg niet te verlenen indien het verlenen of het verder verlenen van die zorg redelijkerwijs niet van de instelling kan worden gevegd.
2. Bij weigering van de zorg is de instelling, naar vermogen en rekening houdend met de individuele mogelijkheden van de verzekerde, de verzekerde behulpzaam bij het vinden van andere mogelijkheden van zorgverlening. De instelling beëindigt de zorg voor de verzekerde niet voordat op een andere wijze in de benodigde zorg is voorzien, voor zover dat in redelijkheid van de instelling gevegd kan worden.
3. Van een weigering of beëindiging van de behandeling doet de instelling onverwijld mededeling aan de verzekerde of de huisarts van de verzekerde en – schriftelijk – aan de betreffende zorgverzekeraar.

Artikel 7 Investerings

Met betrekking tot investeringen inzake de haal- en brengservice gelden de volgende bepalingen:

- a. de instelling hanteert als uitgangpunt bij het opstellen van een investeringsplan kwaliteit van zorg, doelmatigheid en het vermijden van onnodige investeringen;
- b. de instelling informeert de representerende zorgverzekeraar over investeringen die van regionale betekenis zijn. Over deze voorgenomen investeringen voeren partijen nader overleg. Desgevraagd stelt de instelling aanvullende informatie over het investeringsplan ter beschikking.

Artikel 8 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 uit te oefenen op de zorg verleend door de zorgaanbieder 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, Regeling Zorgverzekering, de Wet bescherming persoonsgegevens en de Gedragscode voor zorgverzekeraars.
4. Behoudens gevallen van fraude en tenzij wettelijke voorschriften anders bepalen, zal een controle niet verder terug gaan 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 contractant hierop aanspreken.
6. Afhankelijk van de ernst en zwaarte van het geconstateerde feit kan de zorgverzekeraar overwegen één of meer van de volgende stappen te nemen:
 - a. het opleggen van een waarschuwing;
 - b. vermelding op de Zorgzoeker;
 - c. het registreren van de zorgaanbieder in het door verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
 - d. terugvordering van (een deel) van het bedrag aan onrechtmatig en/of ondoelmatig bestempelde declaraties en de onderzoekskosten al dan niet gevolgd door 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;
 - e. een klacht indienen bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg; en/of
 - f. melding c.q. aangifte doen bij de bevoegde opsporingsinstanties (zoals Fiod-ECD, het Openbaar Ministerie).
 - g. opzegging van de overeenkomst.

Artikel 9 Fraude

1. De zorgaanbieder verliest bij fraude het recht op vergoeding uit hoofde van deze overeenkomst, onverminderd zijn verplichting zorg te leveren.

2. In het geval van fraude kan Zilveren Kruis naar eigen keuze en in ieder geval een of meerdere van de hierna beschreven maatregelen treffen:
 - a. de ten onrechte uitgekeerde betaling en de gemaakte onderzoekskosten terugvorderen of verrekenen;
 - b. deze overeenkomst met onmiddellijke ingang beëindigen;
 - c. registratie van fraude doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
 - 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).

Artikel 10 Overleg

1. Partijen spreken gezamenlijk af om regelmatig, voor zover daartoe een concrete aanleiding bestaat, overleg te voeren met betrekking tot de zorg. In beginsel komen daarbij, mede op basis van de in artikel 6 bedoelde gegevens, de volgende onderwerpen aan de orde:
 - a. het door de instelling te voeren beleid met betrekking tot:
 - b. aard en omvang van de in het kader van de Zvw te verlenen zorg en de daarmee samenhangende kosten;
 - c. de samenwerking met andere in de regio werkzame instellingen voor jeugd tandverzorging;
 - d. het financiële beleid van de instelling;
 - e. het door de representerende zorgverzekeraars in de betreffende regio te voeren beleid met betrekking tot aard, omvang en kwaliteit van de zorgverlening in het algemeen en eventuele gevolgen daarvan voor de instelling.
2. Met betrekking tot budget- dan wel tariefsaanpassingen, zullen zorgverzekeraars en de instelling in het overleg zich inspannen om tot overeenstemming te komen. Deze afspraken worden vervolgens ter goedkeuring aan de NZa voorgelegd
3. met inachtneming van de door de NZa gestelde indientermijnen.

Artikel 11 Verzekeringsgerechtigheid

1. De instelling overtuigt zich ervan of de patiënt voor zorg is verzekerd middels het geautomatiseerde controle op verzekeringsrecht (COV)-bericht via het VeCoZo-portaal c.q. de internetsite van VECOZO. Deze controle vindt tenminste plaats vlak voor of op het moment van declareren. Slechts in dat geval is rechtstreeks declareren van de in dat kader verleende zorg bij de zorgverzekeraar mogelijk.
2. De zorgverzekeraars spannen zich in om de verzekerdersgegevens die dienen voor controle op verzekeringsrecht actueel te houden.

Artikel 12 Declaratie en administratie

1. De declaratie vindt elektronisch via het VeCoZo-portaal plaats, met behulp van de geldende Externe Integratie (EI) standaard.
2. De instelling dient de declaraties binnen een termijn van drie maanden in te dienen. Indien de instelling voorziet dat deze termijn structureel zal worden overschreden, vindt overleg plaats tussen de instelling en de betrokken zorgverzekeraars.
3. In geval van calamiteiten die voor een substantiële stagnatie in het aanleveren of de afhandeling van declaratie zorgen, zal in onderling overleg tussen de instelling en de betrokken zorgverzekeraar naar een passende oplossing worden gezocht.

Artikel 13 Betaling

1. Via het VeCoZo-portaal ingediende en correct bevonden declaraties worden binnen dertig kalenderdagen na ontvangst door de zorgverzekeraar uitsluitend aan de instelling betaalbaar gesteld.
2. Indien de zorgverzekeraar voorziet dat deze termijn structureel zal worden overschreden, neemt de zorgverzekeraar contact op met de instelling. Indien de zorgverzekeraar (delen) van de declaratie betwist, is hij ten aanzien van het betwiste gedeelte niet gehouden aan de overeengekomen betalingstermijn, mits de zorgverzekeraar binnen deze termijn schriftelijk gemotiveerd aan de instelling te kennen heeft gegeven op welke punten de zorgverzekeraar bezwaar heeft.

Artikel 14 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 15 Duur en beëindiging van de overeenkomst

1. Deze overeenkomst is tussen Zilveren Kruis en de contractant van kracht vanaf 1 januari 2017 en is aangegaan voor een bepaalde termijn, te weten tot en met 31 december 2019;
 - a. met wederzijds goedvinden;
 - b. door ontbinding van de overeenkomst in of buiten rechte;
 - c. door opzegging met onmiddellijke ingang indien ten gevolge van bevindingen bij controle voortzetting van de overeenkomst in redelijkheid niet meer van Zilveren Kruis kan worden gevergd;
 - d. door faillissement van de contractant dan wel Zilveren Kruis en wel met ingang van de dag waarop het faillissement is uitgesproken;
 - e. wanneer de instelling of Zilveren Kruis niet meer voldoen aan de definities zoals in deze overeenkomst zijn opgenomen;
 - f. wegens gewichtige redenen indien één der partijen dit stelt.
2. De overeenkomst kan tussentijds eindigen:
 - h. door een ten aanzien van de instelling dan wel Zilveren Kruis verleende surseance van betaling en wel vanaf de datum van de uitspraak daarvan.
 - i. door opheffing van de rechtspersoon die de instelling exploiteert.

Aldus overeengekomen tussen partijen:

Zilveren Kruis

Instelling voor Jeugd tandverzorging,

O. Gerrits,
Directeur Zorginkoop
Zilveren Kruis