

Overeenkomst Zilveren Kruis – <Naam Zorgaanbieder Eerstelijnsdiagnostiek>

<Naam Zorgaanbieder>
<Looptijd: 1 januari 2019 t/m
31 december 20.. >

Inhoudsopgave

Definities	6
Deel 1: Individueel deel	8
Artikel I Financiële Afspraak reguliere overeenkomst [Alleen bij 1-jarige overeenkomst]	8
Artikel I Financiële Afspraak voorkeursovereenkomst [Alleen bij 2-jarige voorkeursovereenkomst]	8
Artikel II Voorwaarden voorkeursovereenkomst [Alleen bij 2-jarige voorkeursovereenkomst]	9
Deel 2: Algemeen deel.....	10
<u>Hoofdstuk 1 – Zorgverlening</u>	<u>10</u>
Artikel 1 Algemene voorwaarden Eerstelijnsdiagnostiek	10
Artikel 2 Algemene bepaling Kwaliteit van Zorg	10
Artikel 3 Specifieke bepaling Kwaliteit en toegankelijkheid van Zorg	10
Artikel 4 Continuïteit van Zorg	10
<u>Hoofdstuk 2 – Declareren en Financiële afspraken</u>	<u>11</u>
Artikel 5 Declareren.....	11
Artikel 6 Herijking van de Financiële Afspraak	11
Artikel 7 Afrekening van de Financiële Afspraak	11
<u>Hoofdstuk 3 – Controle</u>	<u>12</u>
Artikel 8 Formele en Materiële controle.....	12
Artikel 9 Te nemen maatregelen bij uitkomsten Controle	12
Artikel 10 Fraudeonderzoek	12
Artikel 11 Te nemen maatregelen bij uitkomsten Fraudeonderzoek	13
<u>Hoofdstuk 4 – Informatieverwerking en verstrekking</u>	<u>13</u>
Artikel 12 Informatievoorziening aan de Verzekerde.....	13
Artikel 13 Gegevensbeheer en -uitwisseling	13
Artikel 14 Rapportage Inspectie voor de Gezondheidszorg	13
Artikel 15 Informatie over de uitvoering van de Wkkgz	13
<u>Hoofdstuk 5 – Afspraken bij geschillen en overige juridische bepalingen</u>	<u>13</u>
Artikel 16 Toepasselijk recht	13
Artikel 17 Geschillen	13
Artikel 18 Niet nakoming	14
Artikel 19 Publiciteit.....	14
Artikel 20 Overdracht van rechten	14
Artikel 21 Aansprakelijkheid en vrijwaring	14
Artikel 22 Algemene voorwaarden	14
Artikel 23 Aansprakelijkheid	15
<u>Hoofdstuk 6 – Duur en einde overeenkomst.....</u>	<u>15</u>
Artikel 24 Duur en (tussentijdse) beëindiging van de overeenkomst.....	15
Deel 3: Bijlagen.....	17
BIJLAGE 1 Aanvullende afspraken.....	17
BIJLAGE 2 Uniforme declaratieparagraaf	18
BIJLAGE 3 Specifieke afspraken	24
BIJLAGE 4 Contactgegevens, wijzigingen en melden fraudegevallen.....	25
BIJLAGE 5 Restitutenota	26

Overeenkomst Zilveren Kruis – <Naam Zorgaanbieder Eerstelijnsdiagnostiek>–

<Contractpartij II >

BIJLAGE 6	BIJLAGE II- Uniforme omgangsregels (achteraf) controles.....	27
BIJLAGE 7	Inkoopspecificaties	31

Overeenkomst Zilveren Kruis – <Naam Zorgaanbieder Eerstelijnsdiagnostiek>–

<Contractpartij II >

De ondergetekenden:

De ondergetekenden

1. Hierna te noemen: de Zorgaanbieder:

2. hierna te noemen: de Zorgverzekeraar:

De Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar hierna gezamenlijk en individueel te noemen: Partijen respectievelijk Partij

1. De Zorgaanbieder

Volledige naam Zorgaanbieder (conform KvK) :
Volledig adres (conform KvK) :
(eventueel) Correspondentieadres :
Postcode/plaats :
AGB-instellingscode :
KvK-nummer :

2. De zorgverzekeraars die de Zorgverzekeringswet uitvoeren

- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Utrecht (inclusief Pro Life Zorgverzekeringen) (3311);
- Interpolis Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Utrecht (3313)
- FBTO Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Leeuwarden (3351);
- Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Utrecht (3329); mede voor haar volmachten:
 - IAK Volmacht B.V. (8971);
 - Aevitae B.V. (8958);
- De Friesland Zorgverzekeraar N.V. statutair gevestigd te Leeuwarden (3358).

De ziektekostenverzekeraars die de door hen met verzekerden gesloten aanvullende ziektekostenverzekeringen uitvoeren:

- Achmea Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Zeist;

Rechtsgeldig vertegenwoordigd door de heer drs. O. Gerrits, directeur Zorginkoop, hierna te noemen Zilveren Kruis

Samen te noemen: **partijen**, nemen in overweging:

- De Zorgverzekeraar heeft voor zijn Verzekerden een wettelijke zorgplicht. De Zorgverzekeraar zorgt dat zijn Verzekerden (vergoeding van de kosten van) de Zorg krijgen waarvoor ze verzekerd zijn. Daarom maken partijen afspraken in deze overeenkomst.
- Partijen committeren zich aan een beperking van de groei van zorgkosten en onderschrijven het belang van een beheerste kostenontwikkeling op macro-niveau.
- Partijen committeren zich aan het op 9 april 2015 getekende convenant opgesteld door NVZ, NFU en ZN over het controleproces vanaf 2014.
- Bij de toepassing van deze overeenkomst wordt uitgegaan van redelijkheid en billijkheid.

In deze overeenkomst regelen partijen de onderlinge rechtsverhouding. Deze bevat ook de met deze overeenkomst onlosmakelijk verbonden bijlagen, toepasselijke wet- en regelgeving (waaronder de

Overeenkomst Zilveren Kruis – <Naam Zorgaanbieder Eerstelijnsdiagnostiek>–

<Contractpartij II >

privacywetgeving, WMG en Zorgverzekeringswet c.a.) en de relevante beleidsregels van de NZa. De onlosmakelijk met deze overeenkomst verbonden bijlagen zijn:

- De bijlagen van deze overeenkomst.
- De prijslijst van Zorginkoopportaal VECOZO.

Partijen volgen bij de uitvoering van de overeenkomst de van toepassing zijnde bestuurlijke en landelijke afspraken. Het gaat hierbij onder andere maar niet uitsluitend om het geldende *Convenant Ketenprocessen medisch specialistische zorg*, het geldende *Convenant gezamenlijke aanpak controles medisch specialistische zorg*, de geldende *Handreiking rechtmatigheidscontroles medisch specialistische zorg*, het geldende *Convenant Certificering declaraties van revalidatiecentra voor zorgverzekeraars* en de geldende *Zorgbrede Governancecode*.

Bij eventuele strijdigheden tussen de documenten geldt dat de aanvullende afspraken van bijlage 1 gaan voor de bepalingen van de overeenkomst en dat de bepalingen van de overeenkomst gaan voor de overige bijlagen.

Komen het volgende overeen:

Definities

- a) **Zorgaanbieder:** de instelling/Zorgaanbieder die de overeenkomst met de Zorgverzekeraar heeft gesloten en uitvoert;
- b) **Controle:** een verificatie of een handeling heeft plaatsgevonden conform de regels en toetsing aan de norm;
- c) **Financiële Afspraak:** het totaal aan financiële afspraken die de Zorgverzekeraar en de Zorgaanbieder maken;
- d) **Formele controle:** een onderzoek waarbij de Zorgverzekeraar nagaat of het tarief dat door een Zorgaanbieder voor een prestatie in rekening is gebracht: een prestatie betreft, die is geleverd aan een bij die zorgverzekeraar Verzekerde persoon; een prestatie betreft, die behoort tot het Verzekerde pakket van die persoon; een prestatie betreft, tot levering waarvan de Zorgaanbieder bevoegd is, en; het tarief betreft, dat voor die prestatie krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg is goedgekeurd of vastgesteld of een tarief is dat voor die prestaties met de Zorgaanbieder is overeengekomen;
- e) **Fraude:** de situatie waarin de Zorgaanbieder/Zorgverlener bewust valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden of verduistering pleegt of tracht te plegen met het doel een prestatie, vergoeding, betaling of ander voordeel te krijgen waarop de Verzekerde dan wel de Zorgaanbieder/Zorgverlener geen recht heeft of recht kan hebben;
- f) **Fraudeonderzoek:** een onderzoek waarbij de Zorgverzekeraar nagaat of de Verzekerde of de Zorgaanbieder fraude pleegt;
- g) **Gecontracteerde Zorg:** Zorg voor welke partijen tarieven zijn overeengekomen op de tussen partijen overeengekomen prijslijst in Zorginkoopportaal VECOZO.
- h) **Instelling:** Zorgaanbieder
- i) **Materiële controle:** een onderzoek waarbij de Zorgverzekeraar nagaat of de door de Zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de patiënt;
- j) **Nacalculatie:** De berekening van de werkelijke productie en de financiële waarde daarvan na afloop van het contractjaar; **[Alleen bij 2-jarige voorkeursovereenkomst]**
- k) **Naturaverzekerde:** Persoon die tijdens de looptijd van deze overeenkomst is verzekerd bij een van de rechtspersonen van de Zorgverzekeraar die partij is bij deze overeenkomst op basis van ofwel: i) een naturapolis in de zin van artikel 11 lid 1 sub a Zorgverzekeringwet; ofwel ii) een combinatiepolis in de zin van artikel 11 lid 2 met natura-aanspraken in de zin van artikel 11 lid 1 sub a Zorgverzekeringwet voor Zorg die hij bij Zorgaanbieder betreft;
- l) **Omzetplafond:** een overeengekomen maximumbedrag waarboven niet meer uitgekeerd wordt door de Zorgverzekeraar. Het Omzetplafond omvat zowel Gecontracteerde Zorg als Niet-Gecontracteerde Zorg (en betreft dus zowel verleende of te verlenen Zorg aan Restitutieverzekerden als aan Verzekerden, anders dan Restitutieverzekerden);
- m) **Professionele standaard:** de Zorgaanbieder verleent Zorg met inachtneming van de voor hem toepasselijke rechtsgeldige richtlijnen, standaarden en protocollen, behoudens voor zover in het belang van een goede patiëntenzorg afwijking daarvan is geboden hetwelk moet blijken uit het medisch dossier van de Verzekerde
- n) **Restitutieverzekerde:** Persoon die tijdens de looptijd van deze overeenkomst is verzekerd bij een van de rechtspersonen van de Zorgverzekeraar die partij is bij deze overeenkomst op basis van ofwel: i) een restitutiepolis in de zin van artikel 11 lid 1 sub b Zorgverzekeringwet; 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 Zorgverzekeringwet voor Zorg die hij bij Zorgaanbieder betreft;
- o) **Tarieven:** de tussen de Zorgverzekeraar en Zorgaanbieder overeengekomen prijzen (vastgelegd in de definitief tussen partijen overeengekomen prijslijst in Zorginkoopportaal VECOZO) voor prestaties dan wel geheel van prestaties;
- p) **VECOZO (Veilige Communicatie in de Zorg):** organisatie, opgericht door zorgverzekeraars met als doel de administratieve handelingen in de Zorg te versimpelen;

- q) **Vektisstandaard:** de in het kader van de geautomatiseerde gegevensuitwisseling tussen Zorgaanbieder en zorgverzekeraars vastgestelde standaarden, zoals deze zijn vastgelegd in de meest recente versie;
- r) **Verzekerde:** de persoon die een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet en/ of een aanvullende verzekeringsovereenkomst heeft gesloten met de Zorgverzekeraar, en die recht heeft op de Zorg in natura dan wel op gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten van de Zorg;
- s) **Zorg:** Zorg waarop de Verzekerde recht heeft op grond van een basis zorgverzekering van de Zorgverzekeraar, Zorgverzekeringswet en/of aanvullende zorgverzekering van de Zorgverzekeraar;
- t) **Zorgaanbieder:** synoniem voor Zorgaanbieder;
- u) **Zorgverlener:** de natuurlijke persoon die feitelijk de Zorg verleent.
- v) **Zorgverzekeraar:** Zilveren Kruis met haar labels en/of rechtspersonen (zie bij partijen:1.a. i t/m v en 1.b.) en De Friesland Zorgverzekeraar met haar labels (zie bij partijen 1.a.vi en 1.c.) . Indien een bepaling uitsluitend betrekking heeft op Zilveren Kruis, dan wordt bedoeld uitsluitend Zilveren Kruis en haar labels en rechtspersonen.

Deel 1: Individueel deel

Artikel I Financiële Afspraak reguliere overeenkomst [Alleen bij 1-jarige overeenkomst]

1. De Financiële Afspraak is vastgelegd in tabel 1. In de overeengekomen prijslijst in Zorginkoopportaal VECOZO zijn aantallen en tarieven vastgelegd.
2. Partijen hebben een Omzetplafond afgesproken. Het Omzetplafond is het maximumbedrag dat de Zorgverzekeraar vergoedt. Het Omzetplafond omvat zowel Gecontracteerde Zorg als Niet-Gecontracteerde Zorg (en betreft dus verleende en te verlenen Zorg zowel aan Restitutieverzekerden als aan Verzekerden, anders dan Restitutieverzekerden).
3. De Zorgaanbieder is ervoor verantwoordelijk dat het Omzetplafond niet wordt overschreden.
4. Gedurende de looptijd van de overeenkomst verleent de Zorgaanbieder ook na het bereiken van het Omzetplafond Zorg aan de Verzekerden die al in Zorg zijn genomen voor zover het dezelfde zorgvraag betreft. De Zorgverzekeraar is hiervoor geen aanvullende vergoeding verschuldigd.
5. De Zorgaanbieder kan voor Verzekerden die zich met een nieuwe zorgvraag tot de Zorgaanbieder wenden terwijl het Omzetplafond is bereikt, terugverwijzen naar de Zorgverzekeraar voor verdere bemiddeling naar een Zorgaanbieder die nog wel ruimte heeft in de Financiële Afspraak met de Zorgverzekeraar.
6. De Zorgaanbieder brengt declaraties boven het Omzetplafond in rekening bij de Zorgverzekeraar. De Zorgverzekeraar betaalt deze declaraties niet uit. Voor zover de Zorgverzekeraar dergelijke declaraties heeft uitbetaald, is de Zorgverzekeraar gemachtigd het teveel betaalde terug te vorderen of te verrekenen met toekomstige declaraties.
7. De Zorgaanbieder brengt declaraties boven het Omzetplafond niet in rekening bij de Verzekerde.
8. Ter voorkoming van vroegtijdige plafondrealisatie maakt de Zorgaanbieder een productieprognose voor de Zorgverzekeraar inzichtelijk per zorgproduct. Zo kunnen Verzekerden met een nieuwe zorgvraag tijdig worden bemiddeld naar aanbieders met voldoende ruimte in hun Financiële Afspraak.
7. De Zorgaanbieder verdeelt Zorg zo gelijkmatig mogelijk over het hele jaar. De Zorgaanbieder informeert de Zorgverzekeraar voor 1 september als hij verwacht dat het deelbudget met plafond gedurende de totale looptijd van de overeenkomst zal worden overschreden.
8. De Financiële Afspraak wordt gedurende de looptijd van de overeenkomst alleen aangepast als sprake is van een situatie genoemd in artikel 6. Een eventuele aanpassing van de Financiële Afspraak vindt uiterlijk plaats op 1 april 2019.

Tabel 1:

Financiële Afspraak	
Type afspraak	Omzetplafond
Omzetplafond 2019	€

Artikel I Financiële Afspraak voorkeursovereenkomst [Alleen bij 2-jarige voorkeursovereenkomst]

1. De Financiële Afspraak, is vastgelegd in tabel 1. In de overeengekomen prijslijst in Zorginkoopportaal VECOZO zijn aantallen en tarieven vastgelegd.
2. Partijen hebben een Omzetplafond met Nacalculatie afgesproken. De Zorgverzekeraar betaalt overschrijdingen van het Omzetplafond uit met een korting van X%. De Zorgaanbieder mag het restant niet in rekening brengen bij de Verzekerden van de Zorgverzekeraar.
3. De overschrijding van het Omzetplafond wordt alleen uitbetaald als:
 - a. Het gemiddeld aantal orders per patiënt is in 2019 en 2020 niet meer dan 2,5% toegenomen ten opzichte van 2017;
 - b. Het gemiddeld aantal analyses per order is in 2019 en 2020 niet meer dan 2,5% toegenomen ten opzichte van 2017.
4. De Financiële Afspraak wordt gedurende de looptijd van de overeenkomst alleen aangepast als sprake is van een situatie genoemd in artikel 6. Indien de aanbieder op basis van artikel 6 hiertoe een verzoek indient, dan dient dit voor 2019 uiterlijk plaats te vinden op 1 april 2020. En voor 2020 op 1 april 2021.

Tabel 1:

Financiële Afspraak	
Type afspraak	Omzetplafond met Nacalculatie
Omzetplafond 2019	€
Omzetplafond 2020	€
Korting bij overschrijding Omzetplafond	%

Artikel II Voorwaarden voorkeursovereenkomst [Alleen bij 2-jarige voorkeursovereenkomst]

De Zorgverzekeraar en de Zorgaanbieder komen, naast de afgesproken tarieven conform de voorwaarden zoals aangegeven in het inkoopdocument, voor de uitvoering van de voorkeursovereenkomst het volgende overeen:

- De met u overeengekomen prijzen mag de Zorgverzekeraar aan Verzekerden transparant maken;
- De Zorgaanbieder koppelt sterk afwijkende uitslagen van diagnostiek binnen twee uur elektronisch, en bij spoed ook telefonisch, terug aan de aanvrager;
- De Zorgaanbieder stelt tijdens werktijden binnen twee uur een klinisch chemicus, analist en/of medisch microbioloog beschikbaar voor overleg met een aanvrager;
- De Zorgaanbieder die een directe behandelrelatie heeft met de Verzekerde, heeft een patiëntenraad die minimaal eenmaal per jaar bijeen komt;
- De Zorgaanbieder die een directe behandelrelatie heeft met de Verzekerde, biedt ziekenhuizen de mogelijkheid om diagnostiekuitslagen elektronisch zichtbaar te maken in het ziekenhuisinformatiesysteem als de Verzekerde hier toestemming voor geeft.

Deel 2: Algemeen deel

Hoofdstuk 1 – Zorgverlening

Artikel 1 Algemene voorwaarden Eerstelijnsdiagnostiek

1. De bepalingen in deze overeenkomst hebben betrekking op de OVP-zorgproducten die de Zorgaanbieder gedurende de looptijd van de overeenkomst declareert.
2. De Zorgaanbieder verleent eerstelijns diagnostiek waar de Verzekerde krachtens de basisverzekering aanspraak op heeft, zover het gaat om de overeengekomen prestaties zoals genoemd in de prijslijst van Zorginkoopportaal VECOZO.
3. De Zorg wordt alleen verleend als de Verzekerde een schriftelijke of elektronische aanvraag heeft. Een schriftelijke of elektronische aanvraag bevat de volgende informatie:
 - a. AGB, naam en type aanvrager;
 - b. Categorie, datum aanvraag, BSN patiënt, naam patiënt en reden aanvraag;
4. Deze aanvraag kan plaatsvinden door:
 - a. een huisarts;
 - b. een medisch specialist
 - c. een arts verstandelijk gehandicapten
 - d. een specialist ouderen geneeskunde
 - e. een verloskundige (ingeval zwangerschap of bevalling)

Artikel 2 Algemene bepaling Kwaliteit van Zorg

1. De Zorgaanbieder levert Zorg voor zover de Verzekerde daar redelijkerwijs op is aangewezen. De inhoud en omvang van de Zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Bij het ontbreken van een zodanige maatstaf wordt de inhoud en omvang bepaald door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate Zorg en diensten.
2. De Zorgaanbieder biedt goede Zorg en neemt bij het verlenen van Zorg de eisen in acht die volgens de algemeen aanvaarde Professionele standaard redelijkerwijs aan de te leveren Zorg mogen worden gesteld en handelt in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving waaronder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
3. Als een Zorgaanbieder Zorg in rekening brengt bij de Zorgverzekeraar waarvoor een bijzondere bekwaamheid nodig is, voldoet de Zorgaanbieder die de Zorg feitelijk verleent aan de door de beroepsgroep gestelde voorwaarden waaronder de inschrijving in de specifieke registers.

Artikel 3 Specifieke bepaling Kwaliteit en toegankelijkheid van Zorg

1. De Zorgaanbieder is CCKL of ISO15189 geaccrediteerd. De Zorgaanbieder die geen medisch laboratorium heeft, is ISO 15224 en ISO 27001 geaccrediteerd.
2. De diagnostiek en indicatiestelling worden verleend binnen de termijnen zoals vastgelegd in de landelijk overeengekomen Treeknormen.

Artikel 4 Continuïteit van Zorg

1. De Zorgaanbieder waarborgt de continuïteit van de Zorg.
2. De Zorgaanbieder meldt aan de Zorgverzekeraar onmiddellijk feiten en omstandigheden die wijzen op risico's voor continuïteit of kwaliteit van de door de Zorgaanbieder te verlenen Zorg.
3. Partijen treden op eerste verzoek van de Zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk in overleg als er gegronde reden is om aan te nemen dat de Zorgaanbieder het bepaalde in lid 1 niet is nagekomen of er reden is te

twijfelen over de mate waarin de continuïteit of kwaliteit van de Zorgverlening (in een concreet geval of in algemene zin) is gewaarborgd.

Hoofdstuk 2 – Declareren en Financiële afspraken

Artikel 5 Declareren

1. Partijen hebben afspraken gemaakt over het declaratieproces, deze zijn vastgelegd in het declaratieprotocol (bijlage 2).
2. De Zorgaanbieder dient de initiële declaraties zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk op 31 oktober van het jaar t+1, bij de Zorgverzekeraar in.
3. Als de initiële declaratie(s) niet binnen de termijn gesteld in lid 2 worden aangeleverd, dan vervalt het recht op vergoeding van de betreffende declaratie(s).

Artikel 6 Herijking van de Financiële Afspraak

1. De Zorgverzekeraar vergoedt aan de Zorgaanbieder in beginsel de prijzen zoals vastgelegd in de prijslijst van Zorginkoopportaal VECOZO. De prijzen worden gedurende de looptijd van de overeenkomst alleen aangepast als de NZa haar maximumtarieven verlaagt als die prijzen zonder die verlaging boven het maximumtarief zouden uitkomen. De prijzen worden gedurende de looptijd van de overeenkomst verhoogd als de NZa haar maximumtarieven naar boven aanpast en partijen het maximumtarief zijn overeengekomen. In dit geval worden alleen de prijzen aangepast, de Financiële Afspraak (en de daarin opgenomen Omzetplafonds) blijft ongewijzigd.
2. De Financiële Afspraak wijzigt gedurende de looptijd van de overeenkomst als de aard en het aantal Verzekerden van de Zorgverzekeraar wijzigt (verzekerdenmutatie).
3. De Zorgverzekeraar is bevoegd om de Financiële Afspraak op gemotiveerd verzoek van Zorgaanbieder te wijzigen. Gronden voor toewijzing van een dergelijk verzoek kunnen zich onder andere voordoen als:
 - a. overheidsmaatregelen worden genomen (zoals aanpassen van het BKZ en/of Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord) die invloed hebben op de hoogte van de Financiële Afspraak;
 - b. relevante wet- en/of regelgeving wijzigt, zodanig dat de Financiële Afspraak niet meer onverkort kan worden nagekomen;
 - c. het zorgaanbod (portfolio) van de Zorgaanbieder na overleg met de Zorgverzekeraar verandert;
 - 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 en tot gevolg hebben dat uitvoering van de Financiële Afspraak in redelijkheid niet van de Zorgaanbieder kan worden gevergd.
4. Indien de Zorgverzekeraar een wijzigingsverzoek als bedoeld in het derde lid afwijst, doet zij dat gemotiveerd.

Artikel 7 Afrekening van de Financiële Afspraak

1. De Zorgverzekeraar streeft ernaar dat eindafrekening van de Financiële Afspraak 2019 uiterlijk op 31 maart 2021 plaatsvindt. **Voor de eindafrekening van de Financiële Afspraak 2020 geldt als streefdatum 31 maart 2022. [Alleen bij 2-jarige voorkeursovereenkomst]** Indien de Zorgverzekeraar deze streefdatum niet haalt, zal zij Zorgaanbieder zo spoedig mogelijk informeren over de verwachte datum waarop de eindafrekening zal worden verzonden.
2. De Zorgverzekeraar heeft de bevoegdheid, maar niet de verplichting, de datum van de eindafrekening uit te stellen in verband met verlate declaraties.
3. Bij de eindafrekening vermeldt de Zorgverzekeraar tevens of de Zorgaanbieder het Omzetplafond heeft overschreden. Indien dit het geval is, dient de Zorgaanbieder de overschrijding aan de Zorgverzekeraar terug te betalen, ongeacht of de Zorgverzekeraar al eerder aan Zorgaanbieder heeft laten weten dat hij een Omzetplafond/ de Financiële Afspraak heeft overschreden. De Zorgverzekeraar komt het recht toe om het

teveel betaalde terug te vorderen en/of te verrekenen met openstaande of toekomstige declaraties van de Zorgaanbieder. Dit recht van verrekening strekt zich uit tot declaraties van alle groepsvennootschappen van Zilveren Kruis; ongeacht op welke groepsvennootschap van Zilveren Kruis ook wanneer Zorgaanbieder een vordering heeft op een andere groepsvennootschap van (ongeacht of die vordering gegrond is op deze of een andere overeenkomst), kan Zilveren Kruis verrekenen met een vordering op de Zorgaanbieder op basis van een overschrijding van een Omzetplafond/ de Financiële Afspraak.

4. Uitkomsten van Controles van declaratiegegevens conform de Regeling Zorgverzekering (Rzv) en de Landelijke Handreiking die is vastgesteld door ZN, NVZ en de NFU, worden bij de afrekening in mindering gebracht op de betaalde declaraties of teruggevorderd of verrekend door de Zorgverzekeraar.

Hoofdstuk 3 – Controle

Artikel 8 Formele en Materiële controle

1. De Zorgverzekeraar voert Formele en Materiële controles uit met inachtneming van de eisen van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Rzv.
2. De Zorgverzekeraar controleert in ieder geval op de behandelingen die in bijlage 4 van het Inkoopdocument MSZ 2019 staan benoemd als behandelingen die niet of niet altijd voldoen aan het criterium SW&P.
3. Een Controle gaat niet verder terug dan 5 jaar voorafgaande aan de datum waarop de Controle bekend is gemaakt aan de Zorgaanbieder. De declaraties voor de Controle worden geselecteerd op behandeldatum en niet op factuurdatum. Ook wordt aangegeven over welke periode de Controle zich binnen deze 5 jaar richt.
4. De Zorgaanbieder is verplicht zijn medewerking te verlenen aan een Controle.

Artikel 9 Te nemen maatregelen bij uitkomsten Controle

De Zorgverzekeraar kan naar aanleiding van de Controle, één of meer van de volgende acties ondernemen (deze opsomming is niet limitatief):

- het opleggen van een waarschuwing;
- het maken van een verbeterafpraak;
- het registreren van de Zorgaanbieder in het door verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
- 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 de Zorgverzekeraar - 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;
- een klacht indienen bij het regionaal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg.

Artikel 10 Fraudeonderzoek

1. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitvoering van het onderzoek naar Fraude in ieder geval het bepaalde bij of krachtens de Wet Bescherming Persoonsgegevens (Wbp) / Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), de Zvw en de Rzv in acht.
2. De Zorgverzekeraar informeert de Zorgaanbieder schriftelijk over de zakelijke inhoud van de voorgenomen uitkomsten van het onderzoek en stelt de Zorgaanbieder in de gelegenheid daarop te reageren. De Zorgverzekeraar betreft deze reactie van de Zorgaanbieder bij de vaststelling van de definitieve uitkomsten van het onderzoek en bericht deze schriftelijk aan de Zorgaanbieder.

Artikel 11 Te nemen maatregelen bij uitkomsten Fraudeonderzoek

1. In het geval van Fraude vordert de Zorgverzekeraar in ieder geval de ten onrechte uitgekeerde betaling en de gemaakte onderzoekskosten terug of verrekent deze met al ingediende of nog in te dienen declaraties. Declaraties waarbij sprake is van Fraude, worden altijd aangemerkt als een onrechtmatige declaratie.
2. Daarnaast kan de Zorgverzekeraar naar eigen keuze en in ieder geval één of meerdere van de hierna beschreven maatregelen treffen:
 - registratie van Fraude in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
 - een klacht indienen bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg;
 - melding c.q. aangifte doen bij de bevoegde opsporingsinstanties via ZN (zoals FIOD-ECD, het Openbaar Ministerie);
 - tot acht jaar na het jaar waarin de Fraude is geconstateerd geen overeenkomst sluiten met de Zorgaanbieder en of de betrokken Zorgverlener.

Hoofdstuk 4 – Informatieverwerking en verstrekking

Artikel 12 Informatievoorziening aan de Verzekerde

1. De Zorgaanbieder zorgt dat Verzekerden conform de geldende NZa-regels en/of Wkkgz worden geïnformeerd over de Zorg die hij levert, ook ten aanzien van de daarbij behorende prestaties en Tarieven - waaronder de eigen bijdragen - en wachttijden. De Zorgaanbieder die geen directe behandelrelatie heeft met de Verzekerde, publiceert deze informatie op zijn website.
2. De Zorgaanbieder informeert bij het aangaan van de behandelrelatie de Verzekerde mondeling en/of schriftelijk over de werkwijze, klachtenregeling en openingstijden. De Zorgaanbieder die geen directe behandelrelatie heeft met de Verzekerde, publiceert deze informatie op zijn website.
3. De Zorgverzekeraar zorgt dat Verzekerden conform de NZa-regels worden geïnformeerd over de zorgprestaties die voor vergoeding in aanmerking komen en de wijzigingen hierin.

Artikel 13 Gegevensbeheer en -uitwisseling

Partijen leggen passende technische en organisatorische maatregelen aan om persoonsgegevens te beveiligen tegen verlies of tegen enige vorm van onrechtmatige verwerking. Ook bij uitwisseling van persoonsgegevens worden de gegevens voldoende beveiligd.

Artikel 14 Rapportage Inspectie voor de Gezondheidszorg

De Zorgaanbieder stelt de Zorgverzekeraar direct in kennis en verstrekt een afschrift van ieder niet openbaar rapport van de IGZ dat de Zorgaanbieder betreft en voor zover de zorgverlening in het gedrang komt.

Artikel 15 Informatie over de uitvoering van de Wkkgz

De Zorgaanbieder verstrekt desgewenst op verzoek geanonimiseerde informatie aan de Zorgverzekeraar over de uitvoering van de verplichtingen voortvloeiende uit de Wkkgz, zoals de klachtenregeling.

Hoofdstuk 5 – Afspraken bij geschillen en overige juridische bepalingen

Artikel 16 Toepasselijk recht

Het Nederlands recht is op deze overeenkomst van toepassing.

Artikel 17 Geschillen

1. Bij een geschil tussen partijen proberen partijen dit eerst samen op te lossen.

2. Een geschil is aanwezig zodra een van de partijen dit schriftelijk aan de andere partij kenbaar maakt.
3. Geschillen die niet samen kunnen worden opgelost, kunnen worden voorgelegd aan de Onafhankelijke geschilleninstantie Zorgcontractering zoals ondergebracht bij het Nederlands Arbitrage Instituut of aan de bevoegde rechtbank te Den Haag.

Artikel 18 Niet nakoming

1. Als een der partijen tekortschiet in de nakoming van een of meer verplichtingen uit deze overeenkomst stelt de betreffende partij de andere partij in gebreke.
2. De ingebrekestelling is schriftelijk waarbij aan partijen een redelijke termijn wordt gegund om alsnog zijn verplichtingen na te komen.

Artikel 19 Publiciteit

1. Over de inhoud van deze overeenkomst zullen partijen niet zonder wederzijds vooroverleg, mededelingen doen aan derden.
2. Partijen verplichten zich 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.
3. In afwijking van lid 1 van deze bepaling houdt de Zorgverzekeraar zich het recht voor de overeengekomen Tarieven mee te delen aan haar Verzekerden.
4. Partijen kunnen gegevens over elkaars dienstverlening opnemen op een of meer door partijen beheerde websites.
5. Discussie over het beleid van de Zorgverzekeraar of van de Zorgaanbieder wordt in eerste instantie altijd tussen de Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar gevoerd. De Verzekerde wordt daarin niet betrokken.

Artikel 20 Overdracht van rechten

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

Artikel 21 Aansprakelijkheid en vrijwaring

1. De Zorgaanbieder heeft een medische aansprakelijkheidsverzekering gesloten voor aansprakelijkheid jegens (nabestaanden van) patiënten voor onder deze overeenkomst geleverde zorg, tot het bedrag en onder de voorwaarden die gebruikelijk zijn in de markt waarop de Zorgaanbieder werkt.
2. De Zorgaanbieder geeft op verzoek aan de Zorgverzekeraar inzage in de polis en de voorwaarden van de in lid 1 bedoelde verzekering.
3. De Zorgaanbieder vrijwaart de Zorgverzekeraar voor aanspraken van Verzekerden en betrokken derden voor Zorg die de Zorgaanbieder heeft geleverd of laten leveren aan Verzekerden.

Artikel 22 Algemene voorwaarden

Aanvullende en afwijkende algemene voorwaarden van de Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar maken geen deel uit van de overeenkomst tussen de Zorgverzekeraar en Zorgaanbieder en binden partijen niet, tenzij partijen deze schriftelijk en uitdrukkelijk hebben aanvaard en in een addendum zijn opgenomen.

Artikel 23 Aansprakelijkheid

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.

Hoofdstuk 6 – Duur en einde overeenkomst

Artikel 24 Duur en (tussentijdse) beëindiging van de overeenkomst

1. Deze overeenkomst eindigt door het verstrijken van de overeengekomen tijdsduur en eindigt, behoudens lid 2 en 3, tussentijds met wederzijds goedvinden.
2. Zorgaanbieder of de Zorgverzekeraar kan de overeenkomst eenzijdig met onmiddellijke ingang opzeggen:
 - a. als 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 betreffende partij kan worden verlangd;
 - b. bij zodanige wijzigingen in wet- en regelgeving, dat instandhouding van onderhavige overeenkomst redelijkerwijs niet kan worden verlangd van één der partijen.
 - c. indien één van de partijen surseance van betaling aanvraagt of indien surseance van betaling aan één van de partijen is verleend;
 - d. indien het faillissement van één van de partijen is aangevraagd of indien het faillissement van één van de partijen is verleend;
 - e. als de Zorgverzekeraar en/of de Zorgaanbieder niet meer een zorgverzekeraar respectievelijk toegelaten instelling zijn.
 - f. door opheffing van de rechtspersoon die de Zorgaanbieder exploiteert.
3. Zorgaanbieder of de Zorgverzekeraar kan de overeenkomst ontbinden overeenkomstig artikel 6:265 van het Burgerlijk Wetboek. Een omstandigheid die algehele dan wel partiële ontbinding van de overeenkomst rechtvaardigt, doet zich in elk geval voor (niet limitatief):
 - a. als de Zorgaanbieder en Zorgverlener één en dezelfde persoon is en de Zorgverlener niet langer in staat of bevoegd is het beroep volgens de standaard van de beroepsgroep uit te oefenen of de Zorgverlener (gedeeltelijk) is geschorst of ontzet is van/uit de beroepsuitoefening;
 - b. als blijkt dat Zorgaanbieder Fraude heeft gepleegd;
 - c. als uit een materiële of Formele controle blijkt dat door Zorgaanbieder niet wordt voldaan aan bepalingen met betrekking tot kwaliteit, doelmatigheid, deskundigheid en aansprakelijkheid voortvloeiend uit deze overeenkomst;
 - d. als uit een Materiële controle overige uitkomsten blijken waardoor voortzetting van de overeenkomst in redelijkheid niet meer van de Zorgverzekeraar kan worden geveerd;
 - e. indien blijkt dat de Zorgaanbieder gedurende de looptijd van de overeenkomst niet meer voldoet aan alle voorwaarden of de verbeterafpraak niet binnen de afgesproken tijd wordt gerealiseerd;
 - f. als Zorgaanbieder niet aantoonbaar al het mogelijke heeft gedaan om voor continuïteit van Zorg c.q. praktijkvoering Zorg te dragen en/of de continuïteit niet kan aantonen;.
4. Bij beëindiging van deze overeenkomst op welke grond ook is de Zorgverzekeraar gerechtigd eventuele al aan de Zorgaanbieder betaalde bedragen te verrekenen met het door de Zorgaanbieder tot het moment van beëindiging van deze overeenkomst gedeclareerde bedrag, en ook met eventuele nog openstaande of toekomstige declaraties van de Zorgaanbieder.

Overeenkomst Zilveren Kruis – <Naam Zorgaanbieder Eerstelijnsdiagnostiek>–
<Contractpartij II >

Aldus overeengekomen tussen partijen:

de Zorgverzekeraar,

De Zorgaanbieder,

Handtekening

Olivier Gerrits, directeur Zorginkoop.
Zilveren Kruis.

BRIEFNAAM

Datum: DATUM

Datum: DATUM

Overeenkomst Zilveren Kruis – <Naam Zorgaanbieder Eerstelijnsdiagnostiek>–
<Contractpartij II >

Deel 3: Bijlagen

BIJLAGE 1 Aanvullende afspraken

BIJLAGE 2 Uniforme declaratieparagraaf

Definities

- a. **Betaalbaarstelling:** Onder betaalbaarstelling wordt verstaan het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank tot betaling van de declaratie over te gaan;
- b. **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;
- c. **Datum beschikbaarstelling retourinformatie bij VECOZO:** Datum waarop het retourbestand via VECOZO beschikbaar wordt gesteld aan de zorgaanbieder;
- d. **Derdenbeslag:** Beslag gelegd onder de zorgverzekeraar ter verzekering van de rechten van een schuldeiser van de schuldenaar
- e. **Einddatum prestatie:** Voor verrichtingen: datum van de verrichting. Voor samengestelde producten (zoals DBC's): Einddatum samengesteld product;
- f. **Externe integratie standaard:** Door Vektis opgesteld en gepubliceerd rapport waarin de specificaties van berichtuitwisseling eenduidig beschreven zijn na reguliere besluitvorming;
- g. **Ontvangstdatum factuur:** Datum waarop de declaratie op het VECOZO portaal beschikbaar is voor de zorgverzekeraar;
- h. **Overeenkomst:** Vigerende zorgovereenkomst of administratieve overeenkomst;
- i. **VECOZO:** VECOZO is hét internetportaal voor veilige communicatie in de zorg (zie www.vecozo.nl);
- j. **Zorgaanbieder:** Instelling voor medisch specialistische zorg, medisch specialisten en vrije beroepsbeoefenaren;
- k. **Zorgverzekeraar:** Een organisatie die zorgverzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet of aanvullende zorgverzekeringen aanbiedt of de volmachthouder voor wie de zorgverzekeraar het verzekeringsrisico draagt;
- l. **Verzekerde:** Een persoon als bedoeld in artikel 1 onder f van de Zorgverzekeringswet, voor zover ten behoeve van hem een zorgverzekering is gesloten bij de zorgverzekeraar, met inbegrip van een klant van een volmachthouder voor wie de zorgverzekeraar het verzekeringsrisico draagt.

Artikel 1 Algemeen

1. Wetgeving, regelgeving (beleidsregels en andere regels), landelijke richtlijnen en overige bilateraal overeengekomen afspraken zijn altijd leidend. De declaratieparagraaf geldt voor:
 - a. het declaratieproces en onderwerpen die daar mee samenhangen, en
 - b. declaraties betrekking hebbende op zorg, zoals omschreven in de overeenkomst en zoals is verleend aan de verzekerden van de zorgverzekeraar.
2. Deze declaratieparagraaf is niet van toepassing op afspraken onder de beleidsregel innovatie, tenzij specifiek afgesproken bij die afspraken onder de beleidsregel innovatie.
3. De declaratieparagraaf is een bijlage bij de individuele zorgovereenkomst of administratieve overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Het staat de zorgverzekeraar vrij om de uniforme declaratieparagraaf geheel of gedeeltelijk buiten toepassing te verklaren voor een administratieve overeenkomst¹.
4. Het is uitsluitend toegestaan te declareren bij de zorgverzekeraar en de verzekerden namens

¹ Onder een administratieve overeenkomst wordt verstaan een overeenkomst op grond waarvan een zorgaanbieder zonder individuele zorgovereenkomst toch rechtstreeks kan declareren bij de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder met een administratieve overeenkomst wordt aangemerkt als een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

zorgaanbieders die in de overeenkomst genoemd worden.

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 en voor;
 - b. inzending declaratie.
3. Een COV-bericht via VECOZO dient in overeenstemming te zijn met de meest recente vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is.
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. De zorgaanbieder stelt vast dat de patiënt dezelfde persoon is als uit diens legitimatiebewijs blijkt. Vervolgens wordt door middel van de COV check gecontroleerd of de patiënt ook verzekerd is.
6. Bij twijfel over de identiteit van de verzekerde of wanneer er gerichte aanwijzingen zijn voor fraude, wordt een melding gedaan bij de afdeling fraude van de zorgverzekeraar.

Artikel 3 Declareren

1. Een declaratie dient in overeenstemming te zijn met de vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen zorg.
2. De zorgaanbieder declareert de in het kader van de op grond van deze overeenkomst verleende zorg rechtstreeks (dus zonder tussenkomst van de verzekerde) bij de zorgverzekeraar met uitzondering van de prestaties die zijn opgenomen in bijlage 6 Uitgezonderde prestaties.
3. Declaraties worden door de zorgaanbieder via VECOZO elektronisch aangeleverd bij de zorgverzekeraar.
4. De zorgaanbieder hanteert bij declaratie de UZOVI-codes zoals die zijn opgenomen in bijlage A.2 UZOVI-codes.
5. De zorgaanbieder levert minimaal 12x per jaar de initiële declaraties in leesbare en onbeschadigde staat aan. Indien het declaratiebestand niet leesbaar of beschadigd is, wordt het declaratiebestand afgewezen en is de zorgaanbieder gehouden per omgaande een nieuw declaratiebestand aan te leveren.
6. Alleen declaraties die (deels) zijn afgewezen omdat die niet onder de dekking van de verzekering van de verzekerde vallen, kunnen door de zorgaanbieder aan de verzekerde worden voorgelegd. In dat geval plaatst de zorgaanbieder duidelijk 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 vergoeding van - het deel - verzekerde zorg is dat door uw zorgverzekeraar al aan [NAAM zorgaanbieder] betaald. Het resterende niet voor vergoeding in aanmerking komende bedrag à € [BEDRAG te voldoen] dient u zelf aan [NAAM zorgaanbieder] te betalen. Stuurt u deze nota dus niet door aan uw zorgverzekeraar."

7. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben de intentie uitgesproken over het gebruik van declaratiestandaarden voor de declaratie van zorg die nog wel onder de beleidsregel MSZ valt maar die vanuit het declaratie en/of controleproces beter via een andere standaard gedeclareerd kan worden. Partijen gaan gezamenlijk kijken wanneer de ondersteunende producten die betrekkingen hebben op de prestatie codelijst 012, dit zijn de prestaties in het kader van paramedische zorg, gedeclareerd kunnen

- gaan worden met de PM304 declaratiestandaard of dat aanpassingen plaatsvinden in de huidige ZH308 declaratiestandaard in het kader van het herontwerp declareren;
8. Alleen indien er expliciete afspraken zijn gemaakt tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar kan er in uitzonderlijke gevallen een papieren declaratiebericht verstuurd worden. Een papieren declaratiebericht (ook een nota aan de patiënt) bevat tenminste de gegevenselementen conform de Nadere Regels die de NZa aan de informatieverplichting bij factureren stelt.
 9. Bij het maken van bilaterale afspraken via de declaratieparagraaf wordt onderstaande in acht genomen:
 - a. De zorgaanbieder streeft ernaar om de doorlooptijd tussen de eind- of prestatiedatum DBC-zorgproducten en overige zorgproducten en het moment van declareren zo kort mogelijk te houden;
 - b. De zorgaanbieder streeft ernaar om minstens 95% van de declarabele zorgproducten binnen een termijn van 3 maanden met een streven naar 1 maand ten opzichte van de einddatum van het DBC-zorgproduct of (behandel)datum van de overige zorgproducten (zorg die niet middels een DBC-zorgproduct gedeclareerd wordt) te declareren. De resterende 5% wordt zoveel als mogelijk binnen een termijn van 6 maanden na sluiten van de DBC of geleverde prestatie gedeclareerd. Met de mogelijkheid om hierover in het lokaal overleg aanvullende afspraken over te maken;
 - c. Uitgezonderd hiervan zijn correcties en herdeclaraties. Zorgverzekeraars dragen zorg voor een eenvoudige procedure om een snelle én eenduidige afhandeling van herdeclaraties en correcties te faciliteren en maken hierover bilaterale afspraken met de zorgaanbieders;
 - d. In geval van overmacht aan de zijde van zorgaanbieder (zoals grote systeemwijzigingen waardoor overeenkomsten en/of prijslijsten niet tijdig tot stand komen) of andere situaties waarbij de zorgaanbieder voorziet dat de overeengekomen termijnen niet gehaald dreigen te worden, vindt (bilateraal) overleg plaats tussen betrokken partijen;
 - e. Indien de zorgverzekeraar het vermoeden heeft dat een zorgaanbieder de overeengekomen percentages niet realiseert (omdat de te verwachten schadelast voor een bepaald behandeljaar bijvoorbeeld achterblijft) dan neemt zij hierover contact op met de zorgaanbieder, teneinde vast te stellen of de vermoedens juist zijn en partijen hier indien gewenst aanvullende afspraken over dienen te maken. Dit vanuit de gedachte dat de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar beide verantwoordelijk zijn voor een juiste, tijdige en volledige administratieve en financiële afhandeling van zorgproductiedeclaraties;
 - f. Bij digitale declaraties hanteren zorgverzekeraars voor de betaalbaarstelling ten opzichte van de datum ontvangst factuur een betaaltermijn van maximaal 28 kalenderdagen;
 - g. Indien er bij een door de zorgverzekeraar goedgekeurde declaratie sprake is van een eigen risico van de verzekerde, vergoedt de zorgverzekeraar het volledig gedeclareerde bedrag aan de zorgaanbieder. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het innen van het eigen risico bij de verzekerde.
 10. Als de Zorgverzekeraar – voor zover er een vorderingsrecht bestaat conform de zorgverzekeraar specifieke afspraken (deel II) - door te late indiening van declaraties door de Zorgaanbieder het eigen risico niet meer kan verrekenen, wordt het bedrag dat aan eigen risico verrekend had kunnen worden in mindering gebracht op de uit te betalen declaraties, tenzij de te late indiening aan de Zorgverzekeraar kan worden verweten.
 11. 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.
 12. Indien de zorgaanbieder een machtiging heeft aangevraagd en verkregen via het zogenoemde machtigingenportaal van VECOZO, vult de zorgaanbieder bij het declareren het door de zorgverzekeraar afgegeven machtigingsnummer (en dus niet het VECOZO machtiging -ID) in.

Artikel 4 Declareren via derden

1. Alle bepalingen uit deze declaratieparagraaf 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 derde en welke derde;
 - b. en hiermee samenhangend aan wie in het vervolg betaald moet worden.
3. Dit dient tenminste 14 kalenderdagen voorafgaand aan de eerste verzending van de declaratie bij de zorgverzekeraar bekend te zijn gemaakt.
4. 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 te zijn.
5. De zorgaanbieder is er tevens verantwoordelijk voor dat de derde gemachtigde de bepalingen uit deze declaratieparagraaf onverkort naleeft. Indien dit onverhoopt niet gebeurt, dan kan de zorgverzekeraar hier nooit aansprakelijk voor worden gesteld.
6. 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 bepalingen uit deze declaratieparagraaf.
7. 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 streeft er naar dat herdeclaraties/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 zorgaanbieders door middel van crediteringen via de externe integratie standaard aangeboden.
3. Indien er omgangsregels (uniforme omgangsregels controles) zijn afgesproken t.a.v. achteraf controles, 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. Aannemelijk gemaakte 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).

6. De zorgaanbieder stelt de zorgverzekeraar op de hoogte van het intrekken van een factuur met betrekking tot een restitutenota.

Artikel 6 Betaling

1. De zorgaanbieder informeert de patiënt/verzekerde voor aanvang behandeling indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat de verzekerde geen recht op vergoeding heeft op grond van zijn basisverzekering of dat een machtiging van de verzekeraar nodig is.
2. Indien een zorgovereenkomst is gesloten, vindt uitsluitend betaling van zorg waarvoor de verzekerde bij de zorgverzekeraar is verzekerd plaats tegen de in de zorgovereenkomst 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 met een inspanningsverplichting van 15 dagen.
5. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat de verzekerde een eigen risico heeft, zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag conform contract volledig aan de zorgaanbieder vergoeden conform bijlage A.3 (Betaalafspraken).
6. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat er sprake is van een door de verzekerde te betalen eigen bijdrage, dan zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag al dan niet volledig aan de zorgaanbieder vergoeden, conform bijlage A.3 (Betaalafspraken).
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 90% 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, doch uiterlijk binnen veertien kalenderdagen nadat de zorgverzekeraar dit schriftelijk heeft aangegeven terug. De zorgverzekeraar geeft schriftelijk aan onder welk kenmerk en op welk bankrekeningnummer het te veel betaalde terug betaald dient te worden.
9. Indien de terugbetaling conform artikel 6 lid 8 niet binnen veertien kalenderdagen plaatsvindt, is de verzekeraar gerechtigd al zijn vorderingen op de zorgaanbieder te verrekenen met al hetgeen de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder dient te betalen ter hoogte van het bedrag dat als 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 vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen zorg.
2. Indien een declaratie niet voldoet aan de specificaties van de externe integratie standaard, informeert de zorgverzekeraar (door middel van de retourinformatie via VECOZO) de zorgaanbieder hier zo spoedig mogelijk over.
3. De zorgverzekeraar stelt conform de eisen van de externe integratie standaard de retourinformatie beschikbaar volgens dezelfde versie van de standaard als waarmee het declaratiebericht is verzonden.

4. De zorgverzekeraar stelt de retourinformatie met betrekking tot via VECOZO ingediende declaraties binnen de overeengekomen betaaltermijn beschikbaar via VECOZO. Tenzij sprake is van een voorlopige betaling.
5. Zorgverzekeraar streeft naar het éénduidig gebruik van uniforme afwijscodes.

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 hem/haar 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 dient ervoor zorg te dragen dat de gegevens van de bij hem/haar werkzame zorgverleners, 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. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het actueel houden van hun gegevens behorende bij UZOVI-nummers.
6. Indien zorgverzekeraars wijzigingen in hun gegevens behorende bij UZOVI-nummers doorvoeren die consequenties hebben voor zorgaanbieders, stellen zij de zorgaanbieders hiervan tijdig én schriftelijk op de hoogte.

Addendum

In dit addendum zijn de voor de Zorgverzekeraar de Zorgverzekeraar aanvullende bepalingen opgenomen.

Aanvullende 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. 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

BIJLAGE 3 Specifieke afspraken

3.1: Uitgezonderde prestaties

Onderstaande prestaties dienen niet rechtstreeks bij de verzekeraar te worden gedeclareerd

Prestatiecode/Declaratiecode	Omschrijving/toelichting
n.v.t.	n.v.t.

3.2: UZOVI-codes

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

UZOVI-nummer	Label
3311	Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. (inclusief Pro Life)
3358	De Friesland Zorgverzekeringen
3313	Interpolis Zorgverzekeringen N.V.
3314	OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.
3351	FBTO Zorgverzekeringen N.V.
3329	Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.
8971	Volmachten Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.
8958	IAK Volmacht B.V. Aevitae B.V.

3.3: Betaalafspraken

Betaalafspraken gelden per UZOVI-code, voor alle prestaties en/of op prestatieniveau.

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.	Wanneer de zorgaanbieder rechtstreeks digitaal via VECOZO 100% declareert.	Nee
Boven maximale vergoeding (co-insurance)	Nee	Nee	Nee
Onverzekerde zorg	Nee	Nee	Nee

BIJLAGE 4 Contactgegevens, wijzigingen en melden fraudegevallen

4.1. Contactgegevens

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

Naam	Telefoon	E-mail	Postadres
Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (inclusief Pro Life)	071 – 751 00 99	Info.declaraties@achmea.nl	Postbus 631 8000 AP Zwolle
Interpolis Zorgverzekeringen N.V.	071 – 751 00 99	Info.declaraties@achmea.nl	Postbus 631 8000 AP Zwolle
FBTO zorgverzekeringen N.V.	071 – 751 00 99	Info.declaraties@achmea.nl	Afdeling Declaratieservice Postbus 318 8901 BC Leeuwarden
OZF Zorgverzekeringen N.V.	074 - 789 07 89	info@ozf.nl	Postbus 94 7550 AB Hengelo
Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	0900 - 56 65 665	Info.declaraties@achmea.nl	Postbus 631 8000 AP Zwolle
De Friesland zorgverzekeraar	058 – 291 31 31	zorgdeclaraties1@defriesland.nl	Postbus 270 8901 BB Leeuwarden

Contactgegevens Volmachten Avero Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Naam	Telefoon	E-mail	Postadres
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 het declaratieprotocol kunt u contact opnemen met uw Relatiebeheerder MSZ. E-mail:
relatiebeheerzwolle@zilverenkruis.nl

4.2. Wijzigingsprocedure betalingsgegevens en overige gegevens

Voor het wijzigen of opgeven van bankrekeningnummers moet het digitale formulier 'Wijzigings-/ Opgaveformulier Rekeningnummer' worden gebruikt. Dit formulier treft u aan op de website:

www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/msz/declareren Hier vindt u het wijzigingsformulier rekeningnummer

Overeenkomst Zilveren Kruis – <Naam Zorgaanbieder Eerstelijnsdiagnostiek>–

<Contractpartij II >

tweedelijnszorg. Uiterlijk twee weken na invoer worden de nieuwe betalingsgegevens door de zorgverzekeraar gebruikt.

4.3. Melden fraudegevallen

Bij twijfel over de identiteit van de verzekerde of wanneer er aanwijzingen zijn dat enig medewerker van de zorgaanbieder met declaraties heeft gefraudeerd, dient de zorgverzekeraar daarvan op de hoogte te worden gesteld. Meldingen kunnen gedaan worden bij de afdeling Speciale Zaken via email:

zorg.speciale.zaken@zilverenkruis.nl

Het vervolgtraject m.b.t. het fraudeonderzoek moet met elkaar worden afgestemd.

4.4. Zorgaanbieder

Naam	Afdeling	Telefoon	E-mail	Postadres

Wijzigingen van gegevens die in AGB zijn opgenomen, dienen in AGB gewijzigd te worden. Zie ook artikel 8.

BIJLAGE 5 Restitutienota

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:

https://www.vektis.nl/uploads/standaardisatie/ZH308v90/ZH308v9.0_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 (prestatie records),
6. Declaratieregels (prestatie records en tariefrecords),
7. Totaalbedrag (sluitrecord),
8. Optionele gegevens zoals acceptgiro en
9. Voettekst met bladzijdennummering (blz. van totaal aantal blz)

BIJLAGE 6 BIJLAGE II- Uniforme omgangsregels (achteraf) controles

Definities

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

Artikel 1 Algemeen

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

Artikel 2 Totstandkoming controles

1. De zorgaanbieder registreert en declareert conform de landelijke wet- en regelgeving, instructies (van de wetenschappelijke verenigingen) en landelijke declaratiebepalingen en eventuele bilateraal gemaakte afspraken die gemaakt zijn in de zorgovereenkomst.

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

Artikel 3 Informatievoorziening en communicatie over (achteraf)controles

Zie hiervoor Regeling Zorgverzekering.

Artikel 4 Gegevensuitwisseling tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders

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

Artikel 5 Beoordelen en afhandelen achteraf controles (formele en materiele controles)

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

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

2. Reactietermijnen: (incl. DCM)

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

neemt hij hierover binnen 1 week na ontvangst van de reactie van de zorgaanbieder schriftelijk of via email contact op met de zorgaanbieder. De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder maken vervolgens afspraken over de termijn waarbinnen het voor de zorgaanbieder wel mogelijk is om inhoudelijk te reageren.

3. Administratieve en financiële afhandeling:

1. De zorgaanbieder verwerkt zowel administratief als financieel alle correcties (zowel creditregels als debetregels) die het gevolg zijn van correcties in de DBC-(zorgproduct) en/of registratie overige zorgproducten naar aanleiding van het afhandelen van een achterafcontrole. Ook wanneer de einddatum van de (op)nieuw te declareren DBC (zorgproduct) of overige zorgproducten als gevolg van de correctie buiten de periode valt van de betalingstermijn die de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder zijn overeengekomen in de declaratieparagraaf (bijlage 1).
2. Indien gewenst maken de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder afspraken over het moment waarop de declaraties, zoals bedoeld in artikel 5.3.1, worden aangeboden door de zorgaanbieder.
3. De zorgaanbieder verwerkt binnen 1 maand alle microcorrecties n.a.v. de achteraf controle door het aanbieden van creditregels via Vecozo.
4. Wanneer bij het verstrijken van het microcorrectie termijn (1 maand) wordt geconstateerd dat de microcorrecties niet zijn doorgevoerd via Vecozo, zal de zorgverzekeraar de zorgaanbieder hierop attenderen en bij geen reactie 14 dagen na dagtekening van dit bericht deze correcties intern voor verrekening aanbieden.
5. Indien er sprake is van een macro restitutie(bijv. bij extrapolatie) stuurt de zorgverzekeraar een betalingsverzoek naar de zorgaanbieder, waarna de betaling binnen 1 maand moet plaatsvinden door de zorgaanbieder.
6. Wanneer bij het verstrijken van de termijn (1 maand) van het betalingsverzoek wordt geconstateerd dat de betaling door de zorgaanbieder niet is uitgevoerd, zal de zorgverzekeraar de zorgaanbieder hierop attenderen en bij geen reactie 14 dagen na dagtekening van dit bericht de betaling intern voor verrekening aanbieden.

Overeenkomst Zilveren Kruis – <Naam Zorgaanbieder Eerstelijnsdiagnostiek>–

<Contractpartij II >

BIJLAGE 7 Inkoopspecificaties

Bij de inkoopspecificaties maken we onderscheid tussen instapvoorwaarden (waar u voor 1-1-2019 aan moet voldoen) en doelstellingen. De doelstellingen worden op termijn mogelijk instapvoorwaarden voor een overeenkomst.

Instapvoorwaarde:

- De Zorgaanbieder hanteert voor het aanvragen van eerstelijnsdiagnostiek het digitaal LESAformulier (Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken), zoals opgesteld door SAN/NVKC op basis van de NHGstandaarden. Dit geldt alleen als LESA-formulieren van toepassing zijn op de door u geleverde zorg.

Doelstellingen:

- Binnen uw (ziekenhuis)laboratorium worden alle aanvragen en uitslagen van eerstelijnsdiagnostiek en de noodzakelijke uitwisseling van gegevens met derden in geval van verwijzing volledig digitaal ondersteund.
- U voorziet de aanvragers minimaal tweemaal per jaar van gedetailleerde persoonlijke spiegelinformatie. Hierbij geeft u de aanvragers feedback over hun aanvraaggedrag. Zo nodig gaat u hierover met de aanvrager in gesprek