

ZORGOVEREENKOMST 2022 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG FINANCIËLE AFSPRAAK

GELDIG VAN 01-01-2022 TOT EN MET 31-12-2022

De ondergetekenden

De zorgaanbieder, Naam, gevestigd te **plaats**, AGB-code **IPZ_code**, hierna te noemen: de zorgaanbieder:

De locaties die bij deze AGB code behoren, vallen onder de reikwijdte van deze overeenkomst.

Eno Zorgverzekeraar N.V. gevestigd te Deventer, rechtsgeldig vertegenwoordigd door Petra Teunis, Voorzitter Raad van Bestuur, voor alle labels die Eno voert gedurende de duur van deze overeenkomst onder UZOVI-code 3347

hierna te noemen: Eno

De zorgaanbieder en de zorgverzekeraar hierna gezamenlijk en individueel te noemen:
Partijen respectievelijk Partij,

Nemen het volgende in overweging:

- Eno koopt zorg in bij de zorgaanbieder en sluit daartoe een overeenkomst Medisch Specialistische Zorg met de zorgaanbieder om te voldoen aan de wettelijke zorgplicht die Eno tegenover haar (natura)verzekerden heeft;
- De overeenkomst Medisch Specialistische Zorg bestaat uit:
 - o Dit voorblad met aanduiding van ondertekenaars, duur overeenkomst, plaats en datum van ondertekening;
 - o Deel I t.w. de landelijk geüniformeerde “Algemene bepalingen Medisch Specialistische Zorg” en bijbehorende Uniforme Bijlagen. De Uniforme Bijlagen behorend bij Deel I zijn: Bijlage 1 Uniforme Declaratieparagraaf en Bijlage 2 Uniforme Omgangsregels (Achteraf)controles.
 - o Deel II t.w. “Zorgverzekeraar-specifieke Bepalingen” en Bijlage 3 Betaalafspraken. Dit is uniform voor alle MSZ zorgaanbieders waarmee Eno deze zorgovereenkomst sluit.
 - o Deel III t.w. “Zorgaanbieder-specifieke afspraken”. Hier staan de specifieke afspraken tussen de zorgaanbieder en Eno die niet in Deel I of Deel II zijn vastgelegd. Tussen Eno en de zorgaanbieder is een Financiële Afspraak overeengekomen. In Bijlage 4 Financiële Afspraak zijn de vorm en de inhoud van deze afspraak verder gespecificeerd. Deel III bestaat zodoende uit Bijlage 4 Financiële Afspraak en indien overeengekomen Bijlage 5 Aanvullende Zorgaanbieder-specifieke Afspraken.
- Het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg 2019 t/m 2022 en het daaruit voortvloeiende ‘Traject optimalisering contractering MSZ’ liggen aan Deel I “Algemene bepalingen Medisch Specialistische Zorg” ten grondslag;
- In Deel II en Deel III kan niet worden afgeweken van de bepalingen die zijn opgenomen in het landelijk geüniformeerde Deel I “Algemene bepalingen Medisch Specialistische Zorg” of in de Uniforme Bijlagen; Het is wel mogelijk om deze afspraken aan te vullen in het specifieke deel (II of III) met behoud van het uniforme karakter.

- Partijen volgen bij de uitvoering van de overeenkomst Medisch Specialistische Zorg de van toepassing zijnde bestuurlijke en landelijke afspraken. Het gaat hierbij onder andere maar niet uitsluitend om het geldende *Convenant ketenprocessen medisch specialistische zorg en kaakchirurgie*, 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 *Governancecode Zorg*.

Partijen verklaren te zijn overeengekomen:

- Deel I ALGEMENE BEPALINGEN MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG, inclusief Bijlage 1 Uniforme Declaratieparagraaf en Bijlage 2 Uniforme Omgangsregels (Achteraf)controles.
- Deel II ZORGVERZEKERAAR SPECIFIEKE BEPALINGEN inclusief Bijlage 3 Betaalafspraken
- Deel III ZORGAANBIEDER SPECIFIEKE AFSPRAKEN t.w. Bijlage 4 Financiële Afspraak, en indien relevant, Bijlage 5 Aanvullende Zorgaanbieder-specifieke Afspraken

De zorgovereenkomst is van kracht vanaf 1 januari 2022 en eindigt op 31 december 2022.

Aldus opgemaakt te Deventer, [datum].

Namens de zorgverzekeraar,
Eno,

namens de zorgaanbieder,
Naam

Petra Teunis
Voorzitter Raad van Bestuur

ond_initialen ond_tussenvoegsel ond_Anaam
ond_functie

Indien ondertekenaar is gewijzigd s.v.p. de correcte gegevens en een recent uittreksel van Kamer van Koophandel sturen naar contractbeheer@eno.nl.

INHOUDSOPGAVE DEEL I

ALGEMENE BEPALINGEN MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG	2
<i>Definities</i>	2
HOOFDSTUK 1: ZORVERLENING	5
<i>Artikel 1 Zorg</i>	5
<i>Artikel 2 Farmaceutische zorg en hulpmiddelen</i>	5
<i>Artikel 3 Kwaliteitsnormen</i>	5
<i>Artikel 4 Selectieve inkoop</i>	5
<i>Artikel 5 Doelmatige Zorg en gepast gebruik</i>	6
<i>Artikel 6 Voorwaardelijke pakkettoelating</i>	6
<i>Artikel 7 Weigering zorgverlening</i>	6
<i>Artikel 8 Bereikbaarheid en toegankelijkheid</i>	6
<i>Artikel 9 Continuïteit</i>	6
<i>Artikel 10 Onderaanneming</i>	7
<i>Artikel 11 Verwijzing</i>	7
<i>Artikel 12 Voorafgaande toestemming (Machtiging)</i>	8
HOOFDSTUK 2: DECLAREREN EN FINANCIËLE AFSPRAKEN	8
<i>Artikel 13 Controle identiteit en verzekeringsgerechtigdheid</i>	8
<i>Artikel 14 Declareren</i>	8
<i>Artikel 15 Informatieverstrekking onderhanden werk</i>	9
<i>Artikel 16 Specifieke afspraken</i>	9
HOOFDSTUK 3: CONTROLE	9
<i>Artikel 17 Controle</i>	9
<i>Artikel 18 Fraude</i>	10
HOOFDSTUK 4: INFORMATIEVERWERKING EN VERSTREKKING	10
<i>Artikel 19 Verwerking persoonsgegevens</i>	10
<i>Artikel 20 Bedrijfsvertrouwelijke informatie</i>	10
<i>Artikel 21 Uitwisseling en standaardisatie van gegevens</i>	10
<i>Artikel 22 Kwaliteit van zorg</i>	11
<i>Artikel 23 Informatie-uitwisseling tussen Partijen</i>	12
<i>Artikel 24 Informatieverstrekking aan verzekerden</i>	12
HOOFDSTUK 5: RELATIE ZORGVERZEKERAAR – ZORGAANBIEDER	12
<i>Artikel 25 Informatie en overleg</i>	12
<i>Artikel 26 Aansprakelijkheid en vrijwaring</i>	12
<i>Artikel 27 Geschillen</i>	13
<i>Artikel 28 Toepasselijk recht</i>	13
<i>Artikel 29 Overdracht van rechten</i>	13
HOOFDSTUK 6: DUUR EN EINDE OVEREENKOMST	13
<i>Artikel 30 Duur, einde en wijziging van de overeenkomst</i>	13
BIJLAGE 1 UNIFORME DECLARATIEPARAGRAAF	15
BIJLAGE 2 UNIFORME OMGANGSREGELS (ACHTERAF)CONTROLES.....	22

DEEL I

ALGEMENE BEPALINGEN MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

(Bij deze overeenkomst is een toelichting opgesteld)

Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

- a. **(Bedrijfs)vertrouwelijke informatie**
Alle bedrijfs- en fabricagegegevens en/of overige informatie die de ene Partij vertrouwelijk aan de andere Partij ter beschikking stelt of waarvan de andere Partij het vertrouwelijke karakter zonder die mededeling redelijkerwijs dient te begrijpen. Informatie in het publiek domein valt niet onder deze definitie.
- b. **DBC-zorgproduct**
Een declarabele prestatie welke is afgeleid uit een subtraject en zorgactiviteiten, zoals omschreven in de geldende NZa-beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'.
- c. **Formele controle**
Een onderzoek als bedoeld in artikel 1 lid 1 sub t van de Regeling zorgverzekering en artikel 1 sub f van de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen WMG.
- d. **Fraude**
De situatie waarin de Zorgaanbieder bewust valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden of verduistering pleegt of tracht te plegen ten nadele van de bij de totstandkoming of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties met het doel een prestatie, vergoeding, betaling of ander voordeel te krijgen waarop de verzekerde dan wel de Zorgaanbieder geen recht heeft of recht kan hebben.
- e. **Fraudeonderzoek**
Een onderzoek als bedoeld in artikel 1 lid 1 sub v van de Regeling zorgverzekering en artikel 1 sub h van de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen WMG.
- f. **Machtiging**
Iedere vorm van voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar aan een Verzekerde voor bepaalde zorg.
- g. **Materiële controle**
Een onderzoek als bedoeld in artikel 1 lid 1 sub u van de Regeling zorgverzekering en artikel 1 sub g van de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen WMG.
- h. **Medisch specialist**
Een arts die voor zijn specialisme is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 juncto artikel 14 wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.
- i. **Grouper**
Applicatie in VECOZO die aan de hand van door de Zorgaanbieder aangeleverde gegevens een waarde aan het Onderhanden Werk toekent.
- j. **Onderaanneming**
Indien een Verzekerde Zorg ontvangt van de Zorgaanbieder (de hoofdaannemer) en deze voor (een deel van) de daadwerkelijke zorgverlening een andere zorgverlener (de onderaannemer), niet zijnde dezelfde entiteit als de

Zorgaanbieder (hoofdaannemer), inschakelt en deze de Zorg laat verlenen. Ook zorg die door het Medisch Specialistisch Bedrijf wordt geleverd valt onder deze definitie.

k. **Overeengekomen prestaties**

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

l. **Overige zorgproducten**

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

m. **Partijen**

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

n. **Tandarts specialist (kaakchirurg)**

De arts of tandarts die is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 juncto artikel 14 wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

o. **Transparantiekalender**

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

p. **Treknormen**

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

q. **UR-geneesmiddelen**

Geneesmiddelen uitsluitend op recept als bedoeld in de Geneesmiddelenwet.

r. **VECOZO Zorginkoopportaal**

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

s. **Veiligheid Management Systeem**

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

t. **Verzekerde**

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

u. **Zorgaanbieder**

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

v. **Zorgactiviteitentabel**

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

w. **Zorgverzekeraar**

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

x. **Zorg**

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

HOOFDSTUK 1: ZORGVERLENING

Artikel 1 Zorg

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

Artikel 2 Farmaceutische zorg en hulpmiddelen

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

Artikel 3 Kwaliteitsnormen

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

Artikel 4 Selectieve inkoop

1. De Zorgverzekeraar kan in het kader van selectieve inkoop voor specifieke aandoeningen kwaliteits- en volumennormen hanteren.
2. Indien van toepassing is in Deel II en bijlage 4 een nadere onderbouwing gegeven van de gemaakte afspraken en zijn eventuele aanvullende bepalingen opgenomen in verband met het selectieve inkoopbeleid van de Zorgverzekeraar en/of minimumnormen van de beroepsgroepen en eventueel andere uitgesloten zorg (behandelingen).

Artikel 5 Doelmatige Zorg en gepast gebruik

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

Artikel 6 Voorwaardelijke pakkettoelating

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

Artikel 7 Weigering zorgverlening

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

Artikel 8 Bereikbaarheid en toegankelijkheid

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

Artikel 9 Continuïteit

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

Artikel 10 Onderaanneming

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

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

Artikel 11 Verwijzing

1. De Zorgaanbieder verleent de Zorg voor rekening van de Zorgverzekeraar, alleen als er een voorafgaande schriftelijke of elektronische verwijzing voor deze Zorg is, tenzij sprake is van acute zorg.
2. De verwijzing dient, met uitzondering van acute zorg, voorafgaande aan en niet eerder dan 12 maanden - of minder indien dat door de verwijzer in de verwijzing is opgenomen - voor de start van de verlening van de Zorg te zijn verstrekt en dit dient uit het medisch dossier te blijken.
3. Iedere (elektronische) verwijzing bevat minimaal de volgende gegevens:
 - naam, AGB-code en handtekening van de voorschrijver/verwijzer;
 - naam, geboortedatum en BSN van de Verzekerde;
 - datum verwijzing;
 - de medische vraagstelling/ vermoedelijke diagnose.
4. Indien bij de Zorgaanbieder twijfel rijst ten aanzien van de juistheid of volledigheid van de verwijzing of onderdelen daarvan, dan zal de Zorgaanbieder contact opnemen met de verwijzer en deze verzoeken om een aanvulling op de verwijzing.
- 5.

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

GGD arts voor doorverwijzen in geval van bv TBC of SOA	Ja
Klinisch fysicus audioloog	Ja
Technisch geneeskundige (Klinisch technoloog)	Ja

- 1) Jeugdartsen mogen doorverwijzen conform protocol van de beroepsgroep jeugdartsen.
- 2) Bedrijfsartsen mogen doorverwijzen voor arbeidsgerelateerde aandoeningen. Zie uitgebreide leidraad op de site van de NVAB

Artikel 12 Voorafgaande toestemming (Machtiging)

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

HOOFDSTUK 2: DECLAREREN EN FINANCIËLE AFSPRAKEN

Artikel 13 Controle identiteit en verzekeringsgerechtigdheid

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

Artikel 14 Declareren

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

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

Artikel 15 Informatieverstrekking onderhanden werk

De Zorgaanbieder levert één keer per kwartaal informatie over het onderhanden werk via de meest recente standaard van de OHW-Grouper aan.

Artikel 16 Specifieke afspraken

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

HOOFDSTUK 3: CONTROLE

Artikel 17 Controle

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

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

Artikel 18 Fraude

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

HOOFDSTUK 4: INFORMATIEVERWERKING EN VERSTREKKING

Artikel 19 Verwerking persoonsgegevens

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

Artikel 20 Bedrijfsvertrouwelijke informatie

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

Artikel 21 Uitwisseling en standaardisatie van gegevens

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

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

Artikel 22 Kwaliteit van zorg

1. Algemeen

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

2. Transparantie van kwaliteit

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

3. Transparantie van patiëntervaringsmetingen

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

Artikel 23 Informatie-uitwisseling tussen Partijen

1. De Zorgverzekeraar kan gegevens over het zorgaanbod van de Zorgaanbieder opnemen op één of meer door de Zorgverzekeraar beheerde websites. De Zorgaanbieder is zelf verantwoordelijk voor het aanleveren en daarna actueel, correct en volledig houden van de juiste gegevens in relevante landelijke databases en registers. De Zorgverzekeraar is niet aansprakelijk voor onjuiste gegevens die op bedoelde websites zijn opgenomen als de Zorgaanbieder niet aan het bepaalde in de vorige zin heeft voldaan.
2. De Zorgaanbieder informeert de Zorgverzekeraar desgevraagd op welke manier de Zorgaanbieder de Governancecode Zorg naleeft. De Zorgaanbieder informeert de Zorgverzekeraar als de situatie ontstaat van ontoereikende naleving van de geldende Governancecode Zorg.

Artikel 24 Informatieverstrekking aan verzekerden

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

HOOFDSTUK 5: RELATIE ZORGVERZEKERAAR – ZORGAANBIEDER

Artikel 25 Informatie en overleg

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

Artikel 26 Aansprakelijkheid en vrijwaring

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

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

Artikel 27 Geschillen

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

Artikel 28 Toepasselijk recht

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

Artikel 29 Overdracht van rechten

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

HOOFDSTUK 6: DUUR EN EINDE OVEREENKOMST

Artikel 30 Duur, einde en wijziging van de overeenkomst

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

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

DEEL I

BIJLAGE 1 UNIFORME DECLARATIEPARAGRAAF

DEFINITIES

Betaalbaarstelling	Onder betaalbaarstelling wordt verstaan het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank tot betaling van de declaratie over te gaan.
Betaling aan een derde in opdracht van de zorgaanbieder	Op schriftelijke aanwijzing van de zorgaanbieder betalen aan een derde zodanig dat de zorgverzekeraar geacht wordt te hebben betaald aan de zorgaanbieder.
Datum beschikbaarstelling retourinformatie bij VECOZO	Datum waarop het retourbestand via VECOZO beschikbaar wordt gesteld aan de zorgaanbieder.
Derdenbeslag	Beslag gelegd onder de zorgverzekeraar ter verzekering van de rechten van een schuldeiser van de schuldenaar
Einddatum prestatie	Voor verrichtingen: datum van de verrichting. Voor samengestelde producten (zoals DBC's): Einddatum samengesteld product.
Externe integratie standaard	Door Vektis opgesteld en gepubliceerd rapport waarin de specificaties van berichtuitwisseling eenduidig beschreven zijn na reguliere besluitvorming.
Ontvangstdatum factuur	Datum waarop de declaratie op het VECOZO portaal beschikbaar is voor de zorgverzekeraar.
Overeenkomst VECOZO	Vigerende zorgovereenkomst of administratieve overeenkomst. VECOZO is hét internetportaal voor veilige communicatie in de zorg (zie www.vecozo.nl).
Zorgaanbieder	Instelling voor medisch specialistische zorg, medisch specialisten en vrije beroepsbeoefenaren.
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.
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.
2. 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.
3. Deze declaratieparagraaf is niet van toepassing op afspraken onder de beleidsregel innovatie, tenzij specifiek afgesproken bij die afspraken onder de beleidsregel innovatie.
4. De declaratieparagraaf is een bijlage bij de individuele zorgovereenkomst 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.
5. Het is uitsluitend toegestaan te declareren bij de zorgverzekeraar en de verzekerden namens 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 niet zijn overeengekomen.
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 3.
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

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.

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 wordenDit dient tenminste 14 kalenderdagen voorafgaand aan de eerste verzending van de declaratie bij de zorgverzekeraar bekend te zijn gemaakt.
3. Beëindiging c.q. wijziging van de hiervoor genoemde uitbesteding dient door de zorgaanbieder zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen de gestelde betaaltermijn, schriftelijk bij de zorgverzekeraar bekend gemaakt te zijn.
4. De zorgaanbieder is er tevens verantwoordelijk voor dat de derde gemachtigde de bepalingen uit deze declaratieparagraaf onverkort naleeft. Indien dit onverhoopt niet gebeurt, dan kan de zorgverzekeraar hier nooit aansprakelijk voor worden gesteld.
5. Indien de zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteedt aan derden, blijft de zorgaanbieder te allen tijde zelf volledig verantwoordelijk en aansprakelijk voor naleving van verplichtingen die uit de overeenkomst voortvloeien, ongeacht wat tussen de zorgaanbieder en de derde partij is overeengekomen. De zorgaanbieder vrijwaart de zorgverzekeraar voor het niet of niet juist naleven door een gemachtigde van de bepalingen uit deze declaratieparagraaf.
6. Betaling door de zorgverzekeraar aan derden op schriftelijk verzoek en/of met schriftelijke instemming van de zorgaanbieder, geldt als een betaling aan de zorgaanbieder.

Artikel 5 Herdeclaraties en correcties

1. De zorgaanbieder 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:
 - Ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties
 - Incorrecte tarieven
 - Aannemelijk gemaakte fraude
 - Dubbel uitbetaalde declaraties
5. De zorgverzekeraar stelt de zorgaanbieder of de derde partij op de hoogte van de door haar geconstateerde ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties ten gevolge van achteraf controles en de wijze waarop zij de terugvordering voornemens is om uit te voeren. Indien de zorgaanbieder de terugvordering betwist, heeft zij 42 kalenderdagen de tijd om de declaratie te motiveren alvorens de zorgverzekeraar de terugvordering ten uitvoer zal brengen. Indien de (eventueel gedeeltelijke) onrechtmatigheid van de terugvordering is aangetoond, vervalt de vordering (gedeeltelijk).
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 28 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 betaalafspraken in bijlage 3.
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 betaalafspraken in bijlage 3.
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

6. 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.
7. 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).
8. De zorgaanbieder dient ervoor zorg te dragen dat de gegevens van de bij hem/haar werkzame zorgverleners, actueel in AGB vastgelegd zijn.
9. 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.
10. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het actueel houden van hun gegevens behorende bij UZOVI-nummers.
11. 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.

WIJZIGINGEN EN MELDEN FRAUDEGEVALLEN MSZ

Wijzigingsprocedure betalingsgegevens en overige gegevens

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

Melden fraudegevallen

Bij twijfel over de identiteit van de verzekerde of wanneer er aanwijzingen zijn dat enig medewerker van de zorgaanbieder met declaraties heeft gefraudeerd, dient de zorgverzekeraar daarvan op de hoogte te worden gesteld. U kunt dit melden bij:

Zorgverzekeraar	E-mailadres
ENO	specialezaken@eno.nl

Uiteraard gaan wij vertrouwelijk om met de door u verstrekte gegevens.

DEEL I

BIJLAGE 2 UNIFORME ONGANGSREGELS (ACHTERAF)CONTROLES

Definities

Achteraf controle: Controle die wordt uitgevoerd nadat de declaratie is betaald.

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. In 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.
5. Afspraken over controlebestand:
 - a. Zorgverzekeraars maken een extract van hun schadebestand(en) op datum X. Dit extract is de basis voor de uitvoering van verdere (achteraf) controles. De zorgverzekeraar probeert de periode tussen de extractdatum en het toesturen van de uitkomsten van de controle aan de zorgaanbieders zo kort mogelijk te houden, waarbij een maximale termijn van 2 maanden wordt gehanteerd tussen extract op datum X en datum Y uitsturen bestand naar zorgaanbieder.
 - b. De zorgverzekeraar streeft ernaar om alle declaraties die de zorgaanbieder indient in de periode tussen de extractdatum en het versturen van de uitkomst van de controle, op de juiste wijze te verwerken in de uitkomst van de controle. Dit om onterechte afwijzingen of signaleringen van declaraties in het controlebestand te voorkomen.
 - c. De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat het controlebestand dat aangeboden wordt aan de zorgaanbieder betrouwbaar is (95% betrouwbaarheid). Indien de zorgaanbieder constateert dat het controlebestand niet voldoet aan het hiervoor genoemde betrouwbaarheidspercentage van 95% (bijvoorbeeld als gevolg van declaratieregels die door de zorgverzekeraar niet verwerkt zijn), neemt men hierover contact op met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder overleggen gezamenlijk hoe dan om te gaan met de betreffende controle.

Artikel 2 Tot standkoming 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 tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders

Zie hiervoor Regeling Zorgverzekering.

Artikel 4 Gegevensuitwisseling tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders

1. De gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar moet voldoen aan de AVG en voor zorgverzekeraars tevens aan de vigerende gedragscode verwerking 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:
 - BSN
 - het patiëntnummer dat door de zorgaanbieder wordt gehanteerd (mits aangeleverd)
 - de specialismecode en/of omschrijving van het specialisme
 - DBC-Zorgproductcode
 - prestatiecode/DBC declaratiecode
 - begin- en einddatum van de prestatie
 - factuurnummer (t.b.v. creditering)
 - gedeclareerd bedrag (voor declaraties van DBC-ZP geopend voor 1-1-2015 gesplitst 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 materiële controles)

1. Aanspreekpunt:

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

2. Reactietermijnen: (incl. DCM)

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

9. Zorgverzekeraars zetten voldoende capaciteit in om controles te verwerken. Indien het desondanks voor de zorgverzekeraar niet mogelijk is om binnen de gestelde termijnen inhoudelijk te reageren, neemt hij hierover binnen 1 week na ontvangst van de reactie van de zorgaanbieder schriftelijk of via email contact op met de zorgaanbieder. De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder maken vervolgens afspraken over de termijn waarbinnen het voor de zorgaanbieder wel mogelijk is om inhoudelijk te reageren.
3. **Administratieve en financiële afhandeling:**
 1. De zorgaanbieder verwerkt zowel administratief als financieel alle correcties (zowel creditregels als debetregels) die het gevolg zijn van correcties in de DBC-(zorgproduct) en/of registratie Overige zorgproducten naar aanleiding van het afhandelen van een achterafcontrole. Ook wanneer de einddatum van de (op)nieuw te declareren DBC (zorgproduct) of Overige zorgproducten als gevolg van de correctie buiten de periode valt van de betalingstermijn die de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder zijn overeengekomen in de declaratieparagraaf (bijlage 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.

DEEL II ZORGVERZEKERAAR SPECIFIEKE BEPALINGEN

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

Definities

a. Financiële Afspraak

Een tussen Partijen overeengekomen gemaximeerd bedrag voor één of meerdere (deel)kavels van zorgprestaties voor de periode waarop deze zorgovereenkomst betrekking heeft. In Bijlage 4 Financiële Afspraak, behorende bij deze zorgovereenkomst, is de vorm en inhoud van de Financiële Afspraak verder gespecificeerd.

b. Macro correcties

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

c. PRK clusters

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

HOOFSTUK 2.1: ZORGVERLENING

Artikel 2.1 Minimumnormen

Als, in aanvulling op artikel 3, lid 2, van Deel I, van deze zorgovereenkomst blijkt dat tijdens de looptijd van deze zorgovereenkomst de zorgaanbieder niet meer voldoet aan de normen voor één of meerdere behandelingen, dan treden Eno en de zorgaanbieder in overleg over de (mogelijke) voortzetting van die behandelingen en (financiële) consequenties ervan voor de zorgaanbieder zoals bepaald in artikel 2.10 deel 2 van deze zorgovereenkomst.

Artikel 2.2 Passende Zorg

De Zorgaanbieder handelt in de geest van de programma's 'Doen of laten', 'Verstandige keuzes' en 'Zorgevaluatie & Gepast gebruik' in het kader van gepast gebruik en doelmatige zorg. De Zorgaanbieder spant zich in om de transformatie naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek te realiseren.

Digitale zorg wordt gezien als onderdeel van het regulier behandelaanbod. De afweging of digitale zorg passend is binnen de behandeling wordt door de Zorgaanbieder, in overleg met de verzekerde en diens naasten, bepaald.

De zorgaanbieder streeft ernaar tenminste 25% van poliklinische zorg digitaal te verlenen, met waarborging van de kwaliteit van zorg en rekening houdend met de wensen en mogelijkheden van de patiënt.

De zorgaanbieder spant zich in om de doelstellingen van de Vliegwielfcoalitie voor 2024 - met betrekking tot het hybride zorgaanbod voor patiënten met hartfalen, COPD en IBD - gerealiseerd te hebben.

De zorgaanbieder spant zich in om reeds bewezen effectieve digitale innovaties te adopteren.

Artikel 2.3 Verloskundige zorg

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

Artikel 2.4 Kosten wetenschappelijk onderzoek

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

Artikel 2.5 ASA classificatie

Bepaling geldt alleen voor Zelfstandige Behandelcentra: de zorgaanbieder, zijnde een Zelfstandig Behandelcentrum, voert alleen ingrepen onder algehele endotracheale anesthesie uit bij patiënten met een ASA classificatie van 1 of 2.

HOOFDSTUK 2.2: FINANCIËLE AFSPRAKEN

Artikel 2.6 Financiële Afspraak

De hoogte en opbouw van de overeengekomen Financiële Afspraak is opgenomen in bijlage 4 van deze zorgovereenkomst.

Artikel 2.7 Doorleverplicht

Als de Financiële Afspraak wordt overschreden, laat dit de verplichting van de zorgaanbieder om zorg aan verzekerden van Eno te verlenen en/of te continueren onverlet.

Artikel 2.8 Overschrijding van de Financiële Afspraak

Als de Financiële Afspraak wordt overschreden, heeft Eno het recht de betaling van declaraties aan de instelling stop te zetten. Als er meer is betaald dan de Financiële Afspraak, geldt het teveel betaalde als onverschuldigd. Alvorens Eno dit recht toepast, wordt met de zorgaanbieder afgestemd over de administratieve impact van het stopzetten van declaraties.

Artikel 2.9 Ontstaan moment van vordering

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

Artikel 2.10 Aanpassing van de Financiële Afspraak

1. Verlaging van de Financiële Afspraak door Eno in het jaar waar deze zorgovereenkomst betrekking op heeft, kan alleen als de zorgaanbieder niet in staat is het zorgvolume te realiseren waar bij aanvang van de zorgovereenkomst redelijkerwijs op gerekend mocht worden, en pas na overleg tussen de partijen en indien er sprake is van:
 - a. Aanzienlijke wijzigingen die optreden in het profiel van de zorgaanbieder ten opzichte van het voorafgaande jaar, of;
 - b. Feiten of omstandigheden die in de risicosfeer van de zorgaanbieder liggen en waardoor (een deel van) de zorg niet in het verwachte volume geleverd kan worden (voorbeelden zijn: (gedeeltelijke) sluiting van de zorgaanbieder, wegens een gevaarlijke bacterie, brand of waterschade). De Financiële Afspraak wordt verlaagd naar rato van de daling van het bij aanvang van de zorgovereenkomst verwachte zorgvolume;
 - c. Calamiteiten, zoals natuurrampen en terroristische aanslagen waardoor meer dan 30 dagen (een deel van) de zorg niet in het verwachte volume geleverd kan worden. Na het verstrijken van de 30 dagen wordt de Financiële Afspraak verlaagd naar rato van de daling van het bij aanvang van de zorgovereenkomst verwachte zorgvolume;
 - d. Tussentijdse beëindiging van de overeenkomst zoals bedoeld in artikel 30 van Deel I van deze overeenkomst. De Financiële Afspraak wordt verlaagd naar rato van het aantal dagen dat deze zorgovereenkomst niet meer van kracht is.
2. In het geval deze zorgovereenkomst voor meer dan één jaar is afgesloten, kunnen uitkomsten van materiële controle of zelfonderzoek ook aanleiding zijn voor het tussentijds verlagen van de afgesproken Financiële Afspraak.
3. Als de toepassing van artikel 2.1 van deze zorgovereenkomst leidt tot het niet langer verrichten van de betreffende behandelingen en deze zorg valt onder de Financiële Afspraak, verlaagt Eno de Financiële Afspraak voor de Overeengekomen prestatie (prijs x volume) van die behandeling over de resterende periode van de zorgovereenkomst.
4. Verhoging van de Financiële Afspraak is in overleg tussen Partijen mogelijk in het geval dat de zorgaanbieder redelijkerwijs gedwongen is meer zorgvolume te realiseren dan waar de zorgaanbieder bij aanvang van de zorgovereenkomst redelijkerwijs rekening mee kon houden. Dit kan alleen:
 - a. Bij permanente overheveling van zorg, er is in dit geval een getekende bestuursverklaring nodig van alle betrokken zorgaanbieders;
 - b. Bij een tijdelijke calamiteit bij een nabijgelegen zorgaanbieder, die te kampen heeft met de omstandigheden bedoeld in lid 1, onderdeel b van dit artikel;
 - c. Bij een onvoorziene stijging van de zorgvraag ten gevolge van epidemieën en calamiteiten zoals natuurrampen en terroristische aanslagen waardoor meer dan 30 dagen (een deel van) de zorg niet in het verwachte volume geleverd kan worden.

Artikel 2.11 Opbrengstverrekening

1. Eno stelt een (voorlopige) opbrengstverrekening vast door de daadwerkelijke declaraties te vergelijken met de financiële afspraak zoals deze is vastgelegd in bijlage 4 van de zorgovereenkomst.
2. De definitie van “daadwerkelijke declaraties”
 - is de som van uitbetaalde declaraties aangevuld met de op dat moment betaalbaar gestelde declaraties.
 - Zodoende is de bepaling van de daadwerkelijke declaraties exclusief onderhanden werk en nog niet gedeclareerde declaraties.
3. De macro-correcties uit hoofde van het zelfonderzoek en de Handreiking rechtmatigheidscontroles worden niet meegenomen bij de bepaling van de daadwerkelijke declaraties, maar afzonderlijk afgerekend door Eno. Deze macro-correcties kunnen tevens leiden tot een herrekening van de opbrengstverrekening door Eno.

4. Als de som van de daadwerkelijke declaraties hoger is dan de Financiële Afspraak, is de zorgaanbieder het verschil verschuldigd aan Eno, conform de opgave die wordt verstrekt door Eno. Eno informeert de zorgaanbieder hierover schriftelijk, met vermelding van de wijze van voldoening van de vordering.
5. Als de zorgaanbieder zich niet in de resultaten van de opbrengstverrekening herkent, kan hierop binnen vier weken worden gereageerd. Na die termijn wordt het bezwaar niet meer in behandeling genomen. De gegevens van de zorgaanbieder worden naast de declaratiegegevens gelegd ter vergelijking. Als dit niet tot overeenstemming leidt, wordt in onderling overleg een onafhankelijke accountant ingeschakeld ter verificatie van de gegevens. De beslissing van de onafhankelijke accountant is bindend.
6. De (voorlopige) opbrengstverrekening wordt uiterlijk één maand na vordering van het te verrekenen saldo van Eno voldaan door de zorgaanbieder. Eno houdt bij het vaststellen van de definitieve opbrengstverrekening rekening met het bedrag dat in het kader van de voorlopige opbrengstverrekening al verrekend is.
7. Als de opbrengstverrekening niet of niet volledig na 30 dagen na de vaststelling van het te vorderen bedrag is voldaan, is Eno gerechtigd de vordering te verrekenen met openstaande declaraties van de zorgaanbieder op de zorgverzekeraar, onverminderd de overige (rechts)middelen die hem daarbij ten dienste staan. Op verzoek van de zorgaanbieder verstrekt Eno een opgave van de verrekende posten.
8. Materiële controles worden in beginsel afgerond voor de definitieve opbrengstverrekening, zodat de gevolgen daarvan kunnen worden meegenomen bij de bepaling van de daadwerkelijke declaraties.

Artikel 2.12 Passantentarieven

Als de zorgaanbieder aan passanten voor met Eno overeengekomen prestaties lagere tarieven in rekening brengt dan de tarieven overeengekomen met Eno, gelden deze lagere tarieven ook voor Eno.

Artikel 2.13 Het verhalen van schade op derden

De zorgaanbieder verleent desgevraagd medewerking aan Eno om zorgkosten die het gevolg zijn van toedoen van derden zo veel mogelijk te verhalen. Er wordt hierbij gehandeld binnen de kaders van de privacy wetgeving.

HOOFDSTUK 2.3: DECLAREREN EN BETALING

Artikel 2.14 Recht op voldoening van de declaratie

In aanvulling op artikel 14, lid 2, van Deel I van deze overeenkomst declareert de zorgaanbieder de declaratie met het overeengekomen tarief. Als het gedeclareerde tarief hoger is dan het overeengekomen tarief, wordt het overeengekomen tarief vergoed.

Artikel 2.15 Termijn indienen declaratie

In aanvulling op art. 3, lid 9, van de Uniforme Declaratieparagraaf (bijlage 1), dient de zorgaanbieder zijn initiële declaratie in uiterlijk binnen 180 dagen na het sluiten van de dbc zorgproduct, en uiterlijk voor 31 oktober van het volgende jaar. Initiële declaraties na deze datum komen niet meer voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 2.16 Declaraties door derden

1. In aanvulling op artikel 4 van de Uniforme Declaratieparagraaf (bijlage 1) verstrekt Eno bij declaraties door derden de retourinformatie uitsluitend aan de derde partij.
2. In aanvulling op artikel 4 van de Uniforme Declaratieparagraaf (bijlage 1) kan Eno een vordering op de zorgaanbieder verrekenen met een of meer declaraties die door de derde partij namens of ten behoeve van de zorgaanbieder worden ingediend.
3. In aanvulling op artikel 4 van de Uniforme Declaratieparagraaf (bijlage 1) kan Eno zijn medewerking aan het declareren door een derde partij opschorten of beëindigen, als het bepaalde artikel 4 van de Uniforme Declaratieparagraaf (bijlage 1) niet of onvoldoende in acht wordt genomen.

Artikel 2.17 Correcte gegevens zorgaanbieder

1. Voor de gegevens van de zorgaanbieder zoals opgenomen in de zorgzoeker van Eno maakt Eno gebruik van de gegevens zoals die zijn opgenomen bij Vektis.
2. De zorgaanbieder zorgt voor een correcte verwerking van onder andere de AGB-gegevens en rechtsvorm binnen Vektis.
3. Als de gegevens bij Vektis door een verwijtbare fout van de zorgaanbieder niet overeenkomen met de werkelijk is de zorgaanbieder aansprakelijk voor eventuele schade die de zorgverzekeraar hierdoor lijdt. Als de gegevens bij Vektis niet overeenkomen met de werkelijkheid is de zorgverzekeraar niet aansprakelijk voor de schade die de zorgaanbieder hierdoor lijdt.

Artikel 2.18 Wijziging betalingsgegevens

In aanvulling op artikel 6 van de Uniforme Declaratieparagraaf (bijlage 1) worden wijzigingen van de betalingsgegevens door de zorgaanbieder schriftelijk en ondertekend aan Eno aangeleverd. Na ontvangst van de ondertekende brief wordt de wijziging geverifieerd bij de zorgaanbieder. Daarna wordt de mutatie in de administratie van Eno ingevoerd.

Artikel 2.19 Informatieverstrekking declaratiedata Zorg en DGM

1. Op verzoek van Eno, levert de zorgaanbieder, met een maximale frequentie van eens per kwartaal, de productiegegevens op de wijze zoals partijen dat in overeenstemming hebben afgesproken van zowel zorg als add-on geneesmiddelen.
2. Het staat de zorgaanbieder vrij een derde partij in te schakelen die de data-aanlevering direct of indirect namens de zorgaanbieder verzorgt. Eno wil in dat geval, bij data-aanlevering, weten welke derde partij wordt ingeschakeld.

HOOFDSTUK 2.4: CONTROLE

Artikel 2.20 Formele controle

In aanvulling op artikel 17 van Deel I van deze zorgovereenkomst kan Eno in het kader van Formele controle gebruik maken van steekproeven. Behoudens tegenbewijs geldt de uitkomst van een representatieve steekproef als bewijs voor de mate van rechtmatigheid en juistheid van de declaraties van de zorgaanbieder ten aanzien van het betreffende controleonderdeel voor de gehele periode waarop de steekproef betrekking heeft. Behoudens tegenbewijs kan Eno een eventuele terugvordering, voor de gehele periode waar de steekproef betrekking op heeft, baseren op de uitkomst van deze steekproef.

Artikel 2.21 Materiële controle

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

Artikel 2.22 Horizontaal toezicht

1. Als de zorgaanbieder de status Horizontaal Toezicht heeft behaald, vinden in afwijking van artikelen 17 van Deel I en 2.20 en 2.21 van deel II van deze zorgovereenkomst over het jaar waar deze overeenkomst betrekking op heeft geen controles na betaling plaats, met uitzondering van de Materiële controles voor gepast gebruik. Dit wordt toegelicht in de "Brief Bevestiging Overgang naar Horizontaal Toezicht" die de Zorgaanbieder via de representerende zorgverzekeraar bij het Horizontaal Toezicht traject heeft of nog zal ontvangen.
2. In geval van strijdigheid tussen deze zorgovereenkomst en de brief genoemd in het eerste lid, prevaleren de afspraken in deze brief.

HOOFDSTUK 2.5: GENEESMIDDELEN

Onderstaande bepalingen hebben betrekking op alle geneesmiddelen die de zorgaanbieder verstrekt:

Artikel 2.23 Algemene bepalingen geneesmiddelen

1. De zorgaanbieder heeft een geneesmiddelencommissie ingericht die verantwoordelijk is voor het opstellen en onderhouden van een geneesmiddelenformularium.
2. Ter bevordering van het veilig voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen en het verlenen van adequate (farmaceutische) zorg geeft de zorgaanbieder uitvoering aan een goede overdracht van medicatiegegevens tussen zorgaanbieders met als doel het actualiseren van het medicatieoverzicht van de verzekerde. Hiermee conformeert de zorgaanbieder zich aan de vigerende Richtlijn "Overdracht van medicatiegegevens in de keten".
3. Bij een ziekenhuisopname en het voorschrijven van medicatie stelt de zorgaanbieder zich op de hoogte van de actuele medicatie van de verzekerde door het volledige medicatieoverzicht en een gesprek met de verzekerde of diens wettelijke vertegenwoordiger (omwille van de medicatieverificatie).
4. In plaats van een standaard hoeveelheid wordt er een reële - op maat - benodigde hoeveelheid voorgeschreven. Hierbij wordt de (combinatie van) verpakkingsgrootte(s) gebruikt die leidt tot een zo laag mogelijke spillage.
5. Intercollegiale werkzaamheden tussen de zorgaanbieder en de poliklinische apotheek kunnen niet gedeclareerd worden bij Eno in het kader van extramurale farmacie.

Onderstaande bepalingen hebben louter betrekking op add-on geneesmiddelen die de zorgaanbieder verstrekt; onder add-on geneesmiddelen worden ook ozp-stollingsfactoren verstaan:

Artikel 2.24 Aanvullende afspraken add-on geneesmiddelen

1. In Bijlage 4 Financiële Afspraak is de financiële afspraak voor add-on geneesmiddelen uitgewerkt.
2. In Bijlage 5 Aanvullende Zorgaanbieder-specifieke Afspraken zijn, indien van toepassing, aanvullende bepalingen en voorwaarden opgenomen met betrekking tot de add-on geneesmiddelen.
3. Op verzoek van, en in afstemming met Eno, organiseert de zorgaanbieder gesprekken tussen Eno en (vertegenwoordigers van) medisch specialisten over de doelmatige inzet van add-on dure- en weesgeneesmiddelen.
4. Voor gezamenlijk gekozen indicaties levert de zorgaanbieder, op verzoek, geanonimiseerd op regelniveau informatie aan over toegepaste geneesmiddel/geneesmiddelcombinatie en de toegediende/verstrekte hoeveelheid van het add-on geneesmiddel en de periode waarover het middel is toegediend. Deze informatie wordt gebruikt voor benchmarking.
5. De zorgaanbieder levert voor add-on geneesmiddelen elk kwartaal bij Eno de realisatiecijfers en een prognose aan voor het gehele jaar, waarbij ook de indicatie inzichtelijk gemaakt wordt.

Artikel 2.25 Vergoeding (nieuwe) add-on geneesmiddelen.

1. Add-on geneesmiddelen kunnen alleen worden vergoed indien deze vastgelegd zijn in de prijslijst in VECOZO, zoals tussen de zorgaanbieder en Eno overeengekomen. Dit geldt ook voor nieuwe add-on geneesmiddelen.
2. Add-on geneesmiddelen worden alleen vergoed voor indicaties waarover overeenstemming is tussen Eno en de zorgaanbieder. Dit geldt ook voor nieuwe indicaties van bestaande add-on geneesmiddelen.
3. De zorgaanbieder zal nooit een geneesmiddel bij Eno in rekening brengen voor een indicatie waarvoor de zorgaanbieder geen toestemming voor inkoop heeft, voor het desbetreffende geneesmiddel voor een desbetreffende indicatie, van de voor die zorgaanbieder preferente zorgverzekeraar. Indien daartoe aanleiding is, kan Eno een schriftelijke verklaring bij de zorgaanbieder aanvragen waaruit blijkt dat het door de zorgaanbieder gehanteerde indicatie van het desbetreffende geneesmiddel wel door de voor de zorgaanbieder preferente zorgverzekeraar ingekocht is.

4. De geneesmiddelencommissie van de zorgaanbieder geeft voorafgaand aan het inzetten van nieuwe add-on geneesmiddelen, of uitbreiding van indicaties van bestaande add-on geneesmiddelen, een schriftelijk en positief advies af.
5. Eno kan te allen tijde bij de zorgaanbieder het positieve advies van de geneesmiddelencommissie opvragen van een nieuw geneesmiddel of van een nieuwe indicatie van een bestaand geneesmiddel.

Artikel 2.26 Concentratie van add-on geneesmiddelen

1. De Commissie Beoordeling Add-on Geneesmiddelen van ZN beoordeelt – voor een gekozen set van middelen - welke aanbieders welke middelen uit deze set mogen inzetten voor welke indicatie. Een positieve beoordeling – door de Commissie Beoordeling Add-on Geneesmiddelen van ZN - van de zorgaanbieder voor inzet van het desbetreffende middel voor een desbetreffende indicatie is een vereiste voor de inkoop, door Eno, van de desbetreffende middelen voor de desbetreffende indicaties.
2. Eno kan kwaliteitscriteria uitvragen bij verzoek tot inkoop van add-geneesmiddelen door de zorgaanbieder. Eno zal op basis van deze kwaliteitscriteria en een eventuele samenwerkingsovereenkomst, Service Level Agreement of andere documenten ter onderbouwing een beoordeling doen. Eno hanteert het CieBAG beleid als uitgangspunt (kwaliteitscriteria zoals beoordeeld door de preferente verzekeraar), slechts in uitzonderlijke gevallen vraagt Eno om additionele informatie. Bij een negatieve beoordeling zal Eno niet overgaan tot inkoop van het aangevraagde add-on geneesmiddel.

Artikel 2.27 Voorschrijven van add-on geneesmiddelen

1. Het geneesmiddel heeft een, door de NZa afgegeven, geldende add-on titel en ZI-nummer.
2. De officiële wetenschappelijke vertegenwoordiging van de beroepsgroep heeft het add-on geneesmiddel in haar richtlijn opgenomen.
3. Geneesmiddelen worden – voor geldige indicaties voor het desbetreffende middel – voorgeschreven conform de geldende richtlijnen en adviezen van de beroepsgroepen.
4. Bij de keuze voor een geneesmiddel kiest de zorgaanbieder de meest kosteneffectieve en doelmatige behandeling waarbij de totale kosten per behandeljaar in ogenschouw worden genomen. De add-on geneesmiddelen worden op stofnaam voorgeschreven waarbij de meest doelmatige variant, generiek/biosimilar/specialité wordt voorgeschreven. Verzekerden die op een biological zijn ingesteld, worden overgezet naar de meest doelmatige variant van die biological (biological of biosimilar), tenzij dit medisch onaanvaardbaar is.
5. Add-on geneesmiddelen duurder dan €1.000,- per maand worden alleen maandelijks afgeleverd. Add-on geneesmiddelen die als kuur worden gebruikt, worden alleen per kuur in afgestemde hoeveelheden verstrekt.
6. In afwijking van lid 5 mogen add-on geneesmiddelen voor verzekerden met een chronische aandoening, waarvan het geneesmiddelengebruik stabiel is, voor maximaal 3 maanden worden verstrekt als de zorgaanbieder een gestructureerd systeem heeft om regelmatig de voorraad van de add-on geneesmiddelen bij de verzekerde te controleren en de verstrekking op die voorraad wordt aangepast.
7. Iedere nieuw te starten farmacotherapeutische behandeling met een financiële impact van meer dan €40.000,- per verzekerde per jaar wordt geaccordeerd binnen een multidisciplinair overleg.
8. Declaraties van add-on geneesmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er geen voor de verzekerde goedkoper alternatief beschikbaar is, tenzij de zorgaanbieder het medisch inhoudelijk noodzakelijk acht hiervan af te wijken, hetgeen schriftelijk onderbouwd wordt in het medisch dossier.
9. Minimaal één keer per jaar wordt gekeken of de verzekerde nog is aangewezen op het add-on geneesmiddel en of dosisoptimalisatie mogelijk is. Hierbij worden onder andere, zo mogelijk, de start- en stopcriteria toegepast. Afwijken van deze uitgangspunten kan als de zorgaanbieder dit medisch noodzakelijk acht en de noodzaak en de onderbouwing om af te wijken documenteert.
10. Wisseling van add-on geneesmiddelen bij opname of ontslag wordt vermeden en het voorschrijfbeleid van de zorgaanbieder is afgestemd op extramurale doelmatigheid en extramuraal voorschrijfbeleid. Extramuraal voorschrijfbeleid is leidend; dus wisseling van geneesmiddelen door ziekenhuisopname dient vermeden te worden.

11. De zorgaanbieder registreert, op patiëntniveau, het gebruik van de add-on geneesmiddelen, inclusief de indicatie.

Artikel 2.28 Verplichte registraties add-on geneesmiddelen

In aanvulling op artikel 22, lid 3, van Deel I van deze zorgovereenkomst neemt de zorgaanbieder, indien beschikbaar, deel aan verplichte landelijke of Europese registratieregisters voor add-on geneesmiddelen.

Artikel 2.29 Tarieven add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren

1. Het tarief van add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren wordt vastgesteld op basis van PRK clusters. Bij add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren met dezelfde stofnaam wordt - naast de prijs op basis van PRK cluster - ook de prijs per eenheid ((milli)gram, (milli)liter etc.) meegenomen in het bepalen van het uiteindelijke tarief.
2. Aanpassing van de tarieven vindt plaats op basis van de vigerende regelgeving van de NZa.
3. De tarieven van add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren zijn nooit hoger dan de Apotheek Inkoopprijs.

Artikel 2.30 Declareren add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren

1. Geneesmiddelen toegediend binnen de medisch specialistische zorg zijn een integraal onderdeel van een DBC-zorgproduct. De DBC-zorgproducten bevatten géén add-on geneesmiddelen. Deze producten zijn als add-on separaat overeengekomen. Uitzondering zijn de kaakchirurgische verrichtingen. Bij kaakchirurgische verrichtingen maken add-on geneesmiddelen wel deel uit van de producten.
2. Declaraties voor add-on geneesmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als:
 - a. De toegediende geneesmiddelen als add-on geneesmiddel in de G-standaard van de Z-index staan, en
 - b. Ze voorkomen op de geneesmiddelenprijslijst van Eno zoals is overeengekomen via het VECOZO Zorginkoopportaal, en
 - c. Ze worden voorgeschreven voor geregistreerde indicaties, en de indicatie is niet uitgesloten van vergoeding, of ze worden voorgeschreven als add-on geneesmiddel voor een indicatie die door het Zorginstituut Nederland of de Beoordelingscommissie Add-on Geneesmiddelen van ZN rationeel zijn bevonden.
3. Add-on geneesmiddelen die de zorgaanbieder kosteloos van de farmaceutische industrie heeft ontvangen, komen niet in aanmerking voor declaratie bij Eno.

Artikel 2.31 Wijzigingen gedurende de looptijd van de zorgovereenkomst

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

Artikel 2.32 Gezamenlijke inkoop add-on geneesmiddelen

De Zorgverzekeraar en Zorgaanbieder kunnen gedurende het jaar besluiten met andere zorgverzekeraars en zorgaanbieders een gemeenschappelijk inkoopverband voor add-on (of breder: specialistische) geneesmiddelen te formeren en daartoe toe te treden.

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

Artikel 2.33 Gezamenlijke inkoop add-on geneesmiddelen ZN

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

Artikel 2.34 Palbociclib en andere CDK 4/6 remmers

Een aanvullende voorwaarde voor inkoop van Palbociclib en andere CDK 4/6 remmers is deelname door de zorgaanbieder aan de studie “Selecteren van de optimale plaats van CDK4/6-remmer bij de behandeling van uitgezaaide hormoongevoelige (HR+) borstkanker”, oftewel “de SONIA trial”.

Artikel 2.35 Weesgeneesmiddelen

In geval van inkoop van weesgeneesmiddelen gelden onderstaande voorwaarden:

1. Het instellen van een indicatiecommissie, belast met het adviseren over starten/stoppen van een behandeling bij een individuele verzekerde.
2. De (door)ontwikkeling van start- en stopcriteria.
3. Het opzetten van of aansluiten bij een onafhankelijk (internationaal) register.

Onderstaande bepaling heeft alleen betrekking op middelen voor extramuraal gebruik:

Artikel 2.36 Extramurale geneesmiddelen

1. Eno hanteert een voorkeursbeleid voor multisource geneesmiddelen binnen de groep UR-geneesmiddelen. De voorkeursgeneesmiddelen zijn te vinden in, een bijlage van, het Reglement Farmacie van Eno (zie <https://www.eno.nl/zorgaanbieders/farmacie>). Eno behoudt zich het recht voor om de lijst met voorkeursgeneesmiddelen elk moment te wijzigen.
2. Bij het poliklinisch voorschrijven door de zorgaanbieder van UR-geneesmiddelen voor extramuraal gebruik is het voorschrift op stofnaam en indien van toepassing overeenkomstig het voorkeursbeleid van Eno.
3. In afwijking van lid 1 van dit artikel wordt uitsluitend een niet-voorkeursgeneesmiddel voorgeschreven indien de zorgaanbieder aangeeft dat gebruik van het voorkeursgeneesmiddel medisch niet verantwoord is. De farmaceutische zorg biedende apotheker dient het eens te zijn met zorgaanbieder dat behandeling met een niet-voorkeursgeneesmiddel noodzakelijk is. De afwijking van het voorkeursgeneesmiddel wordt met MN (Medische Noodzaak) vastgelegd in het dossier van de verzekerde. Indien de verzekerde niet eerder het aangewezen voorkeursgeneesmiddel heeft gebruikt of de apotheker twijfelt over de noodzaak om af te wijken van het voorkeursgeneesmiddel, neemt de apotheker contact op met de zorgaanbieder. Als de zorgaanbieder en apotheker niet tot overeenstemming kunnen komen, prevaleert het standpunt van de apotheker, tenzij Eno anders beslist.
4. In geval van medische noodzaak zoals bedoeld in lid 3 wijkt de apotheker te allen tijde uit naar een alternatief generiek geneesmiddel. Eno staat het wijzigen naar een spécialité geneesmiddel toe, wanneer ten minste één alternatief generiek geneesmiddel – buiten het voorkeursgeneesmiddel- ter hand wordt gesteld en waarvoor ook sprake is van medische noodzaak (MN).
5. In aanvulling op lid 1 van dit artikel maakt Eno aanvullende afspraken met de poliklinische apotheek ten aanzien van de begeleiding van verzekerden bij het gebruik van (en/of het overzetten op) gespecialiseerde WMG-

geneesmiddelen voor extramuraal gebruik, vallend onder het voorkeursbeleid zoals glatirameer, methotrexaat en pegfilgrastim.

CONCEPT

DEEL II

BIJLAGE 3 BETAALAFSPRAKEN

Betaalafspraken gelden voor alle prestaties en/of op prestatieniveau voor alle labels die Eno voert gedurende de duur van deze overeenkomst, onder UZOVI-code 3347.

Soorten eigen betaling	Overname incassoprocedure	Overname incassorisico
Eigen risico	Ja	Ja
Eigen bijdrage (co-payment)	Ja	Ja
Boven maximale vergoeding (co-insurance)	Nee	Nee
Onverzekerde zorg	Nee	Nee

CONCEPT

DEEL III BIJLAGE 4 FINANCIËLE AFSPRAAK

In deze bijlage wordt de vorm van de met de zorgaanbieder overeengekomen Financiële Afspraak gespecificeerd, en zullen aanvullende bepalingen worden opgenomen over opbrengstverrekening, verwerking vektismutatie; alsmede eventuele aanvullende bepalingen over DGM.

CONCEPT

BIJLAGE 5 AANVULLENDE ZORGAANBIEDER SPECIFIEKE AFSPRAKEN

Indien van toepassing worden aanvullende zorgaanbieder-specifieke afspraken opgenomen in deze bijlage.

CONCEPT