

ZORGOVEREENKOMST 2025

MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

GELDIG VAN 01-01-2025 TOT EN MET 31-12-2025

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.

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

hierna te noemen: Salland

De zorgaanbieder en de zorgverzekeraar hierna gezamenlijk en individueel te noemen:

Partijen respectievelijk Partij,

Partijen verklaren te zijn overeengekomen:

- Deel I VOORBLAD
- Deel II ALGEMENE BEPALINGEN MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG
- Deel III ZORGVERZEKERAAR SPECIFIEKE BEPALINGEN
- Deel IV ZORGAANBIEDER SPECIFIEKE AFSPRAKEN
- Deel V AANVULLENDE ZORGAANBIEDER SPECIFIEKE AFSPRAKEN

De zorgovereenkomst is van kracht vanaf 1 januari 2025 en eindigt op 31 december 2025.

Aldus opgemaakt te Deventer, [datum].

Namens de zorgverzekeraar,
Salland,

namens de zorgaanbieder,
Naam

Petra Teunis
Voorzitter Raad van Bestuur

ond_initialen ond_tussenvoegsel ond_Anaam
ond_functie

INHOUDSOPGAVE DEEL II

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

DEEL II

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 geldende Regeling zorgverzekering en artikel 1 sub f van de geldende 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 geldende Regeling zorgverzekering en artikel 1 sub h van de geldende 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 geldende Regeling zorgverzekering en artikel 1 sub g van de geldende 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. **Treeknormen**

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

q. **VECOZO Zorginkoopportaal**

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

r. **Veiligheid Management Systeem**

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

s. **Verzekerde**

De persoon die een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet en/of een aanvullende zorgverzekeringsovereenkomst als bedoeld in de Wet Marktordening 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.

t. **Zorgaanbieder**

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

u. **Zorgactiviteitentabel**

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

v. **Zorgverzekeraar**

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

w. **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 bekwame 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 III t/m Deel V 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 geldende '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. De functietitel van de verwijzer moet voorkomen in de uniforme tabel (inclusief voetnoten) die jaarlijks wordt gedeeld tussen ZN, de NVZ, de NFU, ZKN en de FMS

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' en de 'Limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie'. 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 Zorgverzekeringswet 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 geldende Convenant ketenprocessen medisch specialistische zorg en kaakchirurgie tussen NVZ, NFU, ZKN en ZN maakt onderdeel uit van deze overeenkomst en is als bijlage 1 aan onderhavige overeenkomst toegevoegd. Indien door ZN met de NVZ, NFU en/of ZKN 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 (Bijlage 1a) - 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.

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 III en IV.

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 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 zorginformatiebouwen (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 dan wel 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, dan wel 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 Prozig 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/NR-018 en eventuele vervangers daarvan.
2. De Zorgaanbieder wint zo nodig voor een juiste voorlichting van Verzekerden conform de NZa beleidsregel TH/NR-018 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 verschaft 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 tekortgeschoten 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 wijzigingen 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 II

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.
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	Vigerende zorgovereenkomst of administratieve overeenkomst.
VECOZO	Het internetportaal voor veilige communicatie in de zorg (zie www.vecozo.nl)
Zorgaanbieder	Instelling voor medisch specialistische zorg of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC), medisch specialisten en vrije beroepsbeoefenaren.
Zorgverzekeraar	Een organisatie die zorgverzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringwet 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 Zorgverzekeringwet, 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 die betrekking hebben 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 en vormt hiermee één geheel.
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 de Zorgaanbieder die in de overeenkomst genoemd wordt.

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, bij de contactpersoon zoals is opgegeven in bijlage 1b art 9, Wederzijdse contactpersonen.

Artikel 3 Declareren

1. Een declaratie dient in overeenstemming te zijn met de vigerende versie van de Externe integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen zorg.
2. De Zorgaanbieder declareert de in het kader van de op grond van deze overeenkomst verleende zorg rechtstreeks (dus zonder tussenkomst van de verzekerde) bij de Zorgverzekeraar met uitzondering van de prestaties die zijn opgenomen in bijlage 1a, Art. 3.2.

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.

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 1a, art 3.4 UZOVI-codes.
5. De Zorgaanbieder declareert minimaal het aantal keer per jaar zoals opgenomen in bijlage 1a, art 3.5 Minimaal aantal keer declareren per jaar
6. Alleen declaraties die (deels) zijn afgewezen omdat die niet onder de dekking van de verzekering van de verzekerde vallen, kunnen door de Zorgaanbieder aan de verzekerde worden voorgelegd. In dat geval geeft de Zorgaanbieder duidelijk op of bij de factuur aan dat deze factuur niet voor vergoeding door de Zorgverzekeraar in aanmerking komt en dat de patiënt deze factuur zelf aan de Zorgaanbieder moet betalen.
7. Alleen als er expliciete afspraken zijn gemaakt tussen Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar kan er in uitzonderlijke gevallen een papieren declaratiebericht verstuurd worden. Een papieren declaratiebericht bevat tenminste een aantal gegevenselementen. Deze moeten voldoen aan de Nadere Regels die de NZa aan de informatieverplichting bij factureren stelt.
8. 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 te declareren binnen een termijn zoals is vermeld in bijlage 1a, art 3.8.b, declaratietermijn, ten opzichte van de einddatum van het DBC-zorgproduct of (behandel)datum van de overige zorgproducten (zorg die niet door middel van een DBC-zorgproduct gedeclareerd wordt) te declareren. De Zorgaanbieder declareert de resterende 5% binnen een termijn zoals vermeld in bijlage 1a, art 3.8.b, Declaratietermijn, na sluiten van de DBC of geleverde prestatie.
 - c. Correcties en herdeclaraties zijn hiervan uitgezonderd.
 - 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. Als de Zorgverzekeraar het vermoeden heeft dat een Zorgaanbieder de overeengekomen percentages niet realiseert (omdat de te verwachten schadelast voor een bepaald behandeljaar achterblijft) dan neemt zij hierover contact op met de Zorgaanbieder, om 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 zoals is opgenomen in Bijlage 1a, art 3.8.f Betaaltermijn.
 - g. Bij digitale declaraties informeren Zorgverzekeraars de Zorgaanbieder met behulp van retourinformatie over de ingediende declaraties. Dat maakt het voor zorgaanbieders mogelijk om mogelijke systeemfouten zo snel als mogelijk te verbeteren, zo mogelijk vóór een volgende declaratie. Zie ook artikel 7 lid 4.
 - h. Als 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.
9. Als de Zorgverzekeraar – voor zover er een vorderingsrecht bestaat conform de Zorgverzekeraar specifieke

afspraken (deel III van de uniforme overeenkomst) - 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.

10. De afhandeling van declaratieregels wordt door de Zorgverzekeraar uitgevoerd volgens het principe dat de Zorgverzekeraar foutief aangeleverde regels niet corrigeert en daarom niet verwerkt en/of (gedeeltelijk) uitbetaalt. Bij regelmatige foutieve aanlevering, dan wel hoge uitvalpercentages, neemt de Zorgverzekeraar contact op met de Zorgaanbieder.
11. Als 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 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 een derde en aan welke derde;
 - b. En hiermee samenhangend aan wie in het vervolg betaald moet worden.Dit 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 de Zorgaanbieder zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen de gestelde betaaltermijn, schriftelijk bij de Zorgverzekeraar bekend te maken.
4. De Zorgaanbieder is er ook verantwoordelijk voor dat de derde gemachtigde de bepalingen uit deze declaratieparagraaf onverkort naleeft. Als dit onverhoopt niet gebeurt, dan kan de Zorgverzekeraar hier nooit aansprakelijk voor worden gesteld.
5. Als 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 herdeclaraties of correcties, ten gevolge van eerdere afwijzingen, opnieuw te declareren binnen een periode na beschikbaarstelling van de retourinformatie op VECOZO opnieuw te declareren, zoals is afgesproken in bijlage 1a, art 5.1 Termijn herdeclaraties.

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 volgens 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 als er sprake is van:
 - a. Ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties
 - b. Incorrecte tarieven
 - c. Aannemelijk gemaakte fraude
 - d. Dubbel uitbetaalde declaraties
5. De Zorgverzekeraar stelt de Zorgaanbieder of de derde partij op de hoogte van de door haar geconstateerde ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties ten gevolge van achteraf controles en de wijze waarop zij de terugvordering voornemens is om uit te voeren. Als 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. Als 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 als uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat de verzekerde geen recht op vergoeding heeft op grond van zijn basisverzekering of als een machtiging van de verzekeraar nodig is.
2. Als een zorgovereenkomst is gesloten, vindt uitsluitend betaling van zorg waarvoor de verzekerde bij de Zorgverzekeraar is verzekerd plaats tegen de in de zorgovereenkomst overeengekomen 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 zoals is beschreven in bijlage 1a, art 6.4 Betaaltermijn.
5. Als bij verwerking van de declaratie blijkt dat de verzekerde een eigen risico heeft, zal de Zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag volgens contract volledig aan de Zorgaanbieder vergoeden zoals beschreven in bijlage 1a, art 6.5 Betaalafspraken.
6. Als 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, zoals beschreven in bijlage 1a, art 6.5 Betaalafspraken.

7. Als de Zorgverzekeraar bij een door de Zorgaanbieder correct ingediende declaratie niet binnen de overeengekomen betaaltermijnen kan vergoeden, dan gaat de Zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk over tot een voorlopige betaling ter hoogte van 95% van het gedeclareerde bedrag zoals is vastgelegd in bijlage 1a art 6.7 Voorlopige betaling.
8. Als achteraf blijkt dat de Zorgverzekeraar met de voorlopige betaling te weinig heeft betaald, betaalt de Zorgverzekeraar het te weinig betaalde bedrag zo spoedig mogelijk na.
Als achteraf blijkt dat de Zorgverzekeraar met de voorlopige betaling te veel heeft betaald, wordt dit schriftelijk door de Zorgverzekeraar aan de Zorgaanbieder toegelicht. De Zorgverzekeraar en de Zorgaanbieder hebben afspraken gemaakt over of het door de Zorgverzekeraar te veel betaalde bedrag door de Zorgaanbieder binnen uiterlijk veertien dagen wordt terugbetaald (optie 1) of dat de Zorgverzekeraar het bedrag verrekenet met de volgende betaling(en) (optie 2). De keuze voor optie 1 of 2 wordt vastgelegd in bijlage 1a, art 6.8. Keuze verrekenen of terugbetalen.
9. Als achteraf blijkt dat de Zorgverzekeraar met de voorlopige betaling te veel heeft betaald, betaalt in geval van optie 1, de Zorgaanbieder het teveel betaalde zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen veertien kalenderdagen terug nadat de Zorgverzekeraar dit schriftelijk heeft aangegeven. De Zorgverzekeraar geeft schriftelijk aan onder welk kenmerk en op welk bankrekeningnummer het te veel betaalde terugbetaald dient te worden.
Of als gekozen wordt voor optie 2, verrekenet de Zorgverzekeraar het teveel betaalde met de volgende betaling(en). De Zorgverzekeraar verstrekt in dit geval, binnen de overeengekomen betaaltermijn, een duidelijke verreken/betaalspecificatie.
10. Indien de terugbetaling conform artikel 6 lid 9 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.
11. Bij surseance van betaling en/of een - naderend - faillissement worden uitstaande voorschotten aan de Zorgaanbieder direct verrekenet 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. Als 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 volgens 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, zoals vastgelegd in bijlage 1a art 7.4, Termijn Retourinformatie
5. Zorgverzekeraars streven naar het éénduidig gebruik van uniforme afwijscodes.

Artikel 8 Beheer en onderhoud gegevens in AGB en UZOVI

1. Om problemen met of bij het declareren te voorkomen, is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor het actueel houden van de door hem/haar geregistreerde gegevens in AGB.
2. De Zorgaanbieder dient mutaties van AGB-gegevens zo snel mogelijk via de website door te geven aan AGB (zie hiervoor www.AGBCODE.nl) of te wijzigen via www.vecozo.nl.
3. De Zorgaanbieder dient ervoor te zorgen dat de gegevens van de bij hem/haar werkzame zorgverleners, actueel in AGB vastgelegd zijn.
4. De Zorgaanbieder dient bij beëindiging van het beroep of bij het aangaan van een nieuwe relatie met een Zorgaanbieder dit zo spoedig mogelijk te melden bij AGB.
5. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het actueel houden van hun gegevens behorende bij UZOVI-nummers.
6. Als 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.

Artikel 9 Wederzijdse contactpersonen

1. Voor een vlotte afhandeling van vraagstukken of problemen maken zowel Zorgaanbieders als Zorgverzekeraars een (of meer) contactpersonen bekend aan de andere partij zodat issues besproken kunnen worden. De gegevens worden ingevuld in bijlage 1b, art 9, Wederzijdse contactgegevens

Artikel 10 Aanvullende bepalingen

1. In bijlage 1a, art 10, Aanvullende bepalingen zijn indien van toepassing aanvullende voorwaarden opgenomen.

DEEL II

BIJLAGE 1A. INVULDOCUMENT BIJ UNIFORME DECLARATIEPARAGRAAF

Het meest recente landelijke uniforme 'Convenant ketenprocessen medisch specialistische zorg (MSZ) en kaakchirurgie' maakt onderdeel uit van de MSZ-overeenkomst.

Alle bepalingen die in het Convenant en de bijbehorende bijlagen zijn opgenomen maken onverminderd deel uit van de onderhavige overeenkomst.

In de onderstaande tabel zijn slechts die bepalingen opgenomen die betrekking hebben op het Convenant en overeengekomen zijn tussen de partijen die zijn opgenomen in de onderhavige MSZ-overeenkomst.

Art. 3.2 Uitgezonderde prestaties	
Prestatiecode/Declaratiecode	Omschrijving/toelichting
nvt	nvt

Art. 3.4 UZOVI-code	
Label	Uzovi-nummer
Salland en HollandZorg	3347

Art. 3.5 Minimaal aantal keer declareren per jaar	
Minimaal aantal keer declareren per jaar	
	12 keer

Art. 3.8.b Declaratietermijn	
Declaratietermijn van 95% van declarabele producten	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
Declaratietermijn van resterende 5% van declarabele producten	Binnen een termijn van 6 maanden na sluiten van de DBC of geleverde prestatie. Met de mogelijkheid om hierover in het lokaal overleg aanvullende afspraken over te maken.

Art. 3.8.f Betaaltermijn	
Aantal kalenderdagen betaaltermijn	
	28 dagen

Art. 5.1 Termijn herdeclaraties	
Aantal dagen voor herdeclaratie na beschikbaar stellen retourinformatie	60 dagen

Art. 6.4 Betaaltermijn	
Aantal kalenderdagen betaaltermijn	28 dagen

Art. 6.5 Betaalafspraken			
Betaalafspraken gelden per UZOVI-code, voor alle prestaties en/of op prestatieniveau. Mogelijke betaalafspraken zijn (combinaties zijn mogelijk):			
Soorten eigen betalingen	Overname incassoprocedure	Overname incassorisico	Aanvullende clausules
Eigen risico	Ja	Ja	nvt
Eigen bijdrage	Ja	Ja	nvt
Boven Maximale vergoeding	Nee	Nee	nvt
Onverzekerde zorg	Nee	Nee	nvt

Art. 6.7 Voorlopige betaling	
% voorlopige betaling van gedeclareerd bedrag (minimaal 95%)	95%

Art. 6.8 Keuze voor verrekenen of terugbetalen	
Zorgverzekeraar bepaalt:	terugbetalen

Art. 7.4 Termijn Retourinformatie	
Aantal kalenderdagen digitaal beschikbaar stellen retourinformatie	28 dagen

Art. 10 Aanvullende bepalingen	
Nvt	

DEEL II

BIJLAGE 1B. CONTACTPERSONEN

Het meest recente landelijke uniforme 'Convenant ketenprocessen medisch specialistische zorg (MSZ) en kaakchirurgie' maakt onderdeel uit van de MSZ-overeenkomst.

Alle bepalingen die in het Convenant en de bijbehorende bijlagen zijn opgenomen maken onverminderd deel uit van de onderhavige overeenkomst.

In de onderstaande tabel zijn de wederzijdse contactpersonen opgenomen van de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar.

Art 9 Wederzijdse contactpersonen	
Contactpersoon zorgverzekeraar	
Onderwerp	Algemeen
Email	info@salland.nl
Onderwerp	Declaratie
Email	declaratie@salland.nl
Onderwerp	Formele of Materiele controle
Email	zorgcontrol@salland.nl
Onderwerp	Zorgbeleid en zorginkoop
Email	zorginkoop.MSZ@salland.nl
Contactpersoon Zorgaanbieder	
Onderwerp	Zie Deel IV
Afdeling	
Telefoon	
Email	
Postadres	

Kopieer bovenstaande tabel in het geval er meer contactpersonen zijn (bijvoorbeeld voor verschillende onderwerpen).

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 geïnfomeerd 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
Salland	specialezaken@salland.nl

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

DEEL II

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.
Zorgverzekeraar	Een organisatie die zorgverzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet of aanvullende zorgverzekeringen aanbiedt of de volmachtouder voor wie de zorgverzekeraar het verzekeringsrisico draagt.

Artikel 1 Algemeen

1. Voor die instellingen waar Horizontaal Toezicht Zorg (nog) niet van toepassing is worden de uitkomsten van de periodiek georganiseerde (achteraf) controles door zorgverzekeraars aangeboden aan de betreffende zorgaanbieder om gezamenlijk te bevorderen dat:
 - a. Sprake is van een volledig juiste DBC- en verrichtingenregistratie;
 - b. Onrechtmatigheden in administraties bij zorgaanbieders en/of onrechtmatigheden in controles bij zorgverzekeraars worden gecorrigeerd;
2. Om ervoor te zorgen dat de controles op een voor alle zorgverzekeraars en zorgaanbieders efficiënte wijze worden uitgevoerd, zijn uniforme omgangsregels (achteraf) controles opgesteld met afspraken waar zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich aan dienen te conformeren.
3. De omgangsregels (achteraf) controles zijn een aanvulling op landelijke vigerende regelgeving van de Nederlandse Zorgautoriteit, het protocol materiële controle, de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars en eventuele contractuele afspraken tussen ziekenhuis/ZBC en zorgverzekeraar. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen bilateraal afwijkende afspraken maken van hetgeen is gesteld in het convenant.
4. Zolang Gepast Gebruik geen onderdeel uitmaakt van Horizontaal Toezicht Zorg wordt hiervoor conform deze uniforme gedragsregels gehandeld.
5. Zorgverzekeraars zijn wettelijk bevoegd om te controleren op prestaties met een (eind)datum van de wettelijke termijn van 5 jaar terug (in de relatie tussen 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.
6. De zorgaanbieder en de zorgverzekeraar maken jaarlijks vóór 15 maart schriftelijk aan elkaar duidelijk wie de contactpersonen zijn en via welke emailadressen en aan welke afdeling de achteraf controles gestuurd moeten worden. Deze gegevens zijn ingevuld in bijlage 2 art 9, Wederzijdse contactgegevens. De contactpersonen zijn verantwoordelijk voor de communicatie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en dragen zorg voor interne afstemming van gemaakte afspraken. Mutaties van contactpersonen en contactgegevens

(email) worden door zorgaanbieder en zorgverzekeraar gedurende het jaar doorgegeven.

7. Zorgverzekeraars sturen vóór 15 maart van ieder jaar een vooraankondiging naar de betreffende contactpersoon van de zorgaanbieder. 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 aan de zorgaanbieder.
8. 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 (minimaal 95% betrouwbaarheid). Onder betrouwbaarheid wordt hier verstaan dat de zorgverzekeraar ervoor zorgt dat alleen die declaraties in het controlebestand worden opgenomen waarbij er een aannemelijke kans is dat er sprake is van:
 - een onrechtmatigheid in de DBC- en verrichtingenregistratie en/of declaratie;
 - minimaal de elementen die bij art. 4.4 zijn opgenomen maken deel uit van het bestand;
 - de declaraties die in het controlebestand zijn opgenomen niet betrekking hebben op schadejaren die reeds op andere wijze zijn afgehandeld, bijvoorbeeld door middel van een eindafrekening over het betreffende jaar.
 - d. Indien de zorgaanbieder constateert dat het controlebestand niet voldoet aan het hiervoor bij lid 1.8.c genoemde betrouwbaarheidspercentage van 95% (bijvoorbeeld als (credit)declaratieregels door de Zorgverzekeraar niet verwerkt zijn of doordat het uitgangspunt van de controle niet in overeenstemming is met de geldende wet- en regelgeving), neemt de zorgaanbieder hierover contact op met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder overleggen gezamenlijk hoe dan om te gaan met de betreffende controle.

Artikel 2 Totstandkoming controles

1. De zorgaanbieder registreert en declareert volgens landelijke wet- en regelgeving, instructies (van de wetenschappelijke verenigingen), 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 zorgaanbieder en zorgverzekeraar over de toepassing van eerdergenoemde regelgeving wordt de vraag ingebracht in het maandelijkse Technische Overleg van de NZa.

3. Registratie, declaratie en controle dienen plaats te vinden aan de hand van de landelijke wet- en regelgeving, instructies (van de wetenschappelijke verenigingen), landelijke declaratiebepalingen en eventueel bilateraal gemaakte afspraken die geldig zijn op het moment van de begindatum (openingsdatum DBC/DBC zorgproduct of behandeldatum overige zorgproducten) van de te controleren prestatie.

Artikel 3 Informatievoorziening en communicatie over (achteraf)controles

Zie hiervoor Regeling Zorgverzekering.

Artikel 4 Gegevensuitwisseling tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders

1. De gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar moet voldoen aan de AVG. Voor zorgverzekeraars wordt ook voldaan 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 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. Als 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 men, 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 controlesignaalbestanden wordt door de zorgverzekeraar contact opgenomen met de zorgaanbieder. In onderling overleg wordt afgesproken hoe om te gaan met de aanpassingen.
6. Als 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 zelf aanpassingen in het bestand doorvoert.

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

1. Aanspreekpunt

1. Zorgaanbieders hebben één of meerdere aanspreekpunten voor zorgverzekeraars voor de formele en/of materiële controle.
2. Zorgverzekeraars hebben één of meerdere aanspreekpunten voor zorgaanbieders voor de formele en/of materiële controle.
De gegevens van de contactpersonen worden ingevuld in bijlage 2, art 9, Wederzijdse contactgegevens.

2. Reactietermijnen (incl. DCM)

1. Zorgaanbieders reageren binnen 1 maand (na dagtekening van het verstrekken van het controlebestand).
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. Als de zorgverzekeraar niet akkoord gaat, motiveren zij dit per controleregel.
3. Als 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. Als 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.

Als de zorgaanbieder na het verstrijken van 1 maand géén doeltreffende reactie heeft ontvangen, verzoekt zij schriftelijk de zorgverzekeraar om alsnog binnen 2 weken aan te geven of de zorgverzekeraar akkoord gaat met de bevindingen van de zorgaanbieder op de achteraf controle.

5. Als de zorgverzekeraar na het verstrijken van de tweede termijn opnieuw geen inhoudelijke reactie heeft ontvangen, zonder dat de zorgaanbieder hierover contact heeft gezocht met de zorgverzekeraar, stuurt de zorgverzekeraar een aanmaning. In de aanmaning staat onder andere dat de zorgaanbieder na herhaaldelijk verzoek niet inhoudelijk heeft gereageerd op de door de zorgverzekeraar verstrekte controle en dat de zorgverzekeraar voornemens is om binnen 14 kalenderdagen na dagtekening van de aanmaning het bedrag van de controle om te zetten in een terugvordering. Het is de zorgverzekeraar vervolgens toegestaan om na 14 kalenderdagen ten opzichte van de aanmaning het bedrag te verrekenen met openstaande of toekomstige declaraties van de zorgaanbieder. Na verrekening wordt de controle door de zorgverzekeraar als afgehandeld beschouwd.

6. Als 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. Als uit de bevindingen door de zorgaanbieder fouten naar voren zijn gekomen, zal de zorgaanbieder deze fouten corrigeren (zie Administratieve en financiële afhandeling).

7. Zorgaanbieders zetten voldoende capaciteit in om controles te verwerken. Als het desondanks voor de zorgaanbieder niet mogelijk is om binnen de gestelde termijnen inhoudelijk te reageren, neemt zij hierover binnen 1 week na ontvangst van de controle contact op met de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder en de zorgverzekeraar maken vervolgens afspraken over de termijn waarbinnen het voor de zorgaanbieder wel mogelijk is om inhoudelijk te reageren.
8. Zorgverzekeraars zetten voldoende capaciteit in om controles te verwerken. Als 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 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 aan de zorgaanbieder.
5. Als er sprake is van een macrorestitutie (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 van 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 III

ZORGVERZEKERAAR SPECIFIEKE BEPALINGEN

Algemeen: Dit deel van de overeenkomst is het zorgverzekeraar specifieke deel van de overeenkomst medisch specialistische zorg. Passages die betrekking hebben op prestaties die niet zijn overeengekomen met de Zorgaanbieder zijn niet van toepassing.

HOOFSTUK 3.1: ZORGVERLENING

Artikel 3.1 Integraal Zorgakkoord

In 2022 hebben veldpartijen met elkaar het Integraal Zorgakkoord (IZA) ondertekend. De Zorgaanbieder spant zich in om, waar van toepassing, de ambities en doelstellingen uit het IZA te behalen in het daarvoor geldende tijdspad. Belangrijke onderwerpen zijn onder andere passende zorg, regionale samenwerking, de arbeidsmarkt, digitalisering, gegevensuitwisseling en duurzaamheid.

Artikel 3.2 Passende Zorg

1. De Zorgaanbieder handelt in de geest van de programma's 'Doen of laten', 'Verstandige keuzes', 'Uitkomstgerichte Zorg' en 'Zorgevaluatie & Gepast gebruik' in het kader van gepast gebruik en doelmatige zorg.
2. De Zorgaanbieder spant zich in om de transformatie naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek te realiseren.
3. Digitale en hybride zorg wordt gezien als onderdeel van het regulier behandelaanbod. Uitgangspunt hierbij is: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan. De afweging of digitale zorg passend is binnen de behandeling wordt door de Zorgaanbieder, in overleg met de verzekerde en diens naasten, bepaald.
4. De zorgaanbieder spant zich in om reeds bewezen effectieve digitale innovaties te adopteren.

Artikel 3.3 Minimumnormen

Als, in aanvulling op artikel 3, lid 2, van Deel II, 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 Salland en de zorgaanbieder in overleg over de (mogelijke) voortzetting van die behandelingen en (financiële) consequenties ervan voor de zorgaanbieder zoals bepaald in Deel III van deze zorgovereenkomst.

Artikel 3.4 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 3.5 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 Salland of de verzekerde.

Artikel 3.6 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.

Artikel 3.7 Duurzaamheid

1. De zorgaanbieder committeert zich aan de doelen van de Green Deal Duurzame zorg 3.0 (GDDZ 3.0) die op 4 november 2022 tussen zorgpartijen is overeengekomen voor de periode tot en met 2026;
2. De zorgaanbieder verankert duurzaamheid in diens strategie;
3. Zorgverzekeraars, en ten minste de marktleider-zorgverzekeraar, gaan met ziekenhuizen in gesprek over hun duurzaamheidsprestaties. Daarbij focussen we op de volgende onderwerpen en sectorbrede doelstellingen uit de uitvoeringsplannen van de NVZ/NFU:
 - De voortgang in het verlagen van de CO₂-uitstoot conform de CO₂-routekaart van de instelling, gericht op het behalen van de doelstelling van een verlaging van de CO₂-uitstoot met 30% in 2026 t.o.v. 2018;
 - In kaart brengen van afvalstromen en verminderen van het ongesorteerd restafval met minimaal 25% in 2026 (toewerkend naar maximaal 25% ongesorteerd restafval in 2030);

Artikel 3.8 Transgenderzorg

Indien de zorgaanbieder transgenderzorg levert dan werkt deze aantoonbaar samen in een netwerk van zorgverleners met expertise op het gebied van transgenderzorg.

Artikel 3.9 Gebruik PREM op ZorgkaartNL

De zorgaanbieder spant zich in om diens patiënten te verwijzen naar de kanalen van de Patiëntenfederatie Nederland en ZorgkaartNederland.nl om een recensie achter te laten om zo het aantal en aandeel geverifieerde reviews te doen toenemen.

HOOFDSTUK 3.2: FINANCIËLE BEPALINGEN

Artikel 3.10 Uitwerking afspraak

De afspraakvorm, hoogte en opbouw van de financiële bepalingen zijn opgenomen in deel IV van deze zorgovereenkomst.

Artikel 3.11 Doorleverplicht

Ongeacht de inhoud van financiële bepalingen tussen de zorgaanbieder en Salland, laat dit de verplichting van de zorgaanbieder om zorg aan verzekerden van Salland te verlenen en/of continueren onverlet.

Artikel 3.12 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 3.13 Passantentarieven

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

Artikel 3.14 Het verhalen van schade op derden

De zorgaanbieder verleent desgevraagd medewerking aan Salland 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 3.3: DECLAREREN EN BETALING

Artikel 3.15 Recht op voldoening van de declaratie

In aanvulling op artikel 14, lid 2, van Deel II 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 3.16 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 dan wel 180 dagen na behandel/afgiftedatum van overige zorgproducten en add-ons.. Initiële declaraties na deze termijn komen niet meer voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 3.17 Declaraties door derden

1. In aanvulling op artikel 4 van de Uniforme Declaratieparagraaf (bijlage 1) verstrekt Salland bij declaraties door derden de retourinformatie uitsluitend aan de derde partij.
2. In aanvulling op artikel 4 van de Uniforme Declaratieparagraaf (bijlage 1) kan Salland 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 Salland 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 3.18 Correcte gegevens zorgaanbieder

1. Voor de gegevens van de zorgaanbieder zoals opgenomen in de zorgzoeker van Salland maakt Salland 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 werkelijkheid is de zorgaanbieder aansprakelijk voor eventuele schade die Salland Zorgverzekeraar hierdoor lijdt. Als de gegevens bij Vektis niet overeenkomen met de werkelijkheid is Salland Zorgverzekeraar niet aansprakelijk voor de schade die de zorgaanbieder hierdoor lijdt.

Artikel 3.19 Ultimate Beneficial Owner (UBO)

1. UBO('s) (Ultimate Beneficial Owner(s)) is/zijn de uiteindelijk belanghebbende(n) als bedoeld in artikel 1 van de Wet ter voorkoming van witwassen en financieren van terrorisme (Wwft).
2. De overeenkomst wordt gesloten onder de opschortende voorwaarden dat Salland bekend is met de UBO('s) van de zorgaanbieder en de betreffende UBO('s) blijktens door Salland uitgevoerd onderzoek niet onder een wettelijke sanctieregeling valt.
3. Salland gaat zelf na wie UBO van zorgaanbieder is via het UBO-register van de Kamer van Koophandel. Mocht het UBO-register geen uitsluitsel geven, dan is zorgaanbieder verplicht om op verzoek van Salland Zorgverzekeraar door middel van een gewaarmerkt uittrekstel uit het UBO-register aan te tonen wie UBO('s) van zorgaanbieder is/zijn.
4. Indien de UBO('s) van de zorgaanbieder gedurende de looptijd van deze overeenkomst wijzigt, is de Zorgaanbieder verplicht dit vooraf te melden aan Salland. De melding dient zodanig tijdig te geschieden dat de Zorgverzekeraar in staat is het onderzoek, als bedoeld in lid 2, voorafgaand aan de wijziging af te ronden.
5. Onverminderd de geldigheid van deze overeenkomst betaalt Salland nooit aan een zorgaanbieder, waarvan de UBO niet bekend wordt gemaakt door de zorgaanbieder of de UBO onder een wettelijke sanctieregeling valt.

Artikel 3.20 Informatieverstrekking declaratiedata Zorg en DGM

1. Op verzoek van Salland, levert de zorgaanbieder, met een maximale frequentie van eens per kwartaal, de productiecijfers en prognosecijfers op de wijze zoals partijen dat hebben afgesproken van zowel zorg als add-on geneesmiddelen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de Nalevingsmodule van Vecozo. Daartoe wordt het format gebruikt zoals gepubliceerd op de website van Salland:
<https://www.salland.nl/corporate/zorgaanbieders/msz/nalevingsmodule>.
2. Het staat de zorgaanbieder vrij een derde partij in te schakelen die de data-aanlevering direct of indirect namens de zorgaanbieder verzorgt. Salland wil in dat geval, bij data-aanlevering, weten welke derde partij wordt ingeschakeld.

HOOFDSTUK 3.4: CONTROLE

Artikel 3.21 Steekproeven bij controles

In aanvulling op artikel 17 van Deel II van deze zorgovereenkomst kan Salland in het kader van Formele controle en Materiele controles 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 Salland een eventuele terugvordering, voor de gehele periode waar de steekproef betrekking op heeft, baseren op de uitkomst van deze steekproef.

Artikel 3.22 Horizontaal toezicht

1. Als de zorgaanbieder de status Horizontaal Toezicht heeft behaald, vinden in afwijking van artikelen 17 van Deel II en 3.21 van deel III 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 3.5: GENEESMIDDELEN

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

Artikel 3.23 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. Bij het voorschrijven door de zorgaanbieder van geneesmiddelen is het voorschrift op stofnaam.
6. Wisseling van 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.
7. Intercollegiale werkzaamheden tussen de zorgaanbieder en de poliklinische apotheek kunnen niet gedeclareerd worden bij Salland 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 3.24 Concentratie van add-on geneesmiddelen

1. De Commissie Beoordeling Add-on Geneesmiddelen (CieBAG) van ZN beoordeelt – voor een gekozen set van middelen - welke aanbieders welke middelen uit deze set mogen inzetten voor welke indicatie. Een positieve CieBAG-beoordeling voor inzet van het desbetreffende middel voor een desbetreffende indicatie is een vereiste voor de inkoop door Salland.
2. Salland kan kwaliteitscriteria uitvragen bij verzoek tot inkoop van add-on geneesmiddelen door de zorgaanbieder. Salland hanteert het CieBAG beleid als uitgangspunt, slechts in uitzonderlijke gevallen vraagt Salland om additionele informatie. Bij een negatieve beoordeling zal Salland niet overgaan tot inkoop van het aangevraagde add-on geneesmiddel.
3. Indien geen beoordeling door de CieBAG heeft plaatsgevonden, kan aansluiting bij de voor die zorgaanbieder preferente zorgverzekeraar volstaan. Indien Salland vindt dat er aanleiding toe is, kan Salland een schriftelijke verklaring bij de zorgaanbieder aanvragen waaruit blijkt dat het desbetreffende geneesmiddel wel door de voor de zorgaanbieder preferente zorgverzekeraar ingekocht is.

Artikel 3.25 Voorschrijven van add-on geneesmiddelen

1. Het geneesmiddel heeft een, door de NZa afgegeven, geldende add-on titel en ZI-nummer.
2. Geneesmiddelen worden – voor geldige indicaties voor het desbetreffende middel – voorgeschreven conform de geldende richtlijnen en adviezen van de officiële wetenschappelijke vertegenwoordiging van de beroepsgroep.
3. 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 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.
4. 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 afgemeten hoeveelheden verstrekt.
5. In afwijking van lid 4 mogen add-on geneesmiddelen voor verzekerden met een chronische aandoening, waarvan het geneesmiddelengebruik stabiel is, per verstrekking voor maximaal 3 maanden ter hand worden gesteld.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. De zorgaanbieder registreert, op patiëntniveau, het gebruik van de add-on geneesmiddelen, inclusief de indicatie.

Artikel 3.26 Tarieven add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren

1. Het tarief van add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren wordt in principe 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. 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.
2. Aanpassing van de tarieven vindt plaats op basis van de vigerende regelgeving van de NZa.

Artikel 3.27 Vergoeding (nieuwe) add-on geneesmiddelen.

1. Add-on geneesmiddelen worden alleen vergoed indien deze vastgelegd zijn in de prijslijst in VECOZO, zoals tussen de zorgaanbieder en Salland overeengekomen. Dit geldt ook voor nieuwe add-on geneesmiddelen.
2. Add-on geneesmiddelen worden alleen vergoed voor indicaties waarover overeenstemming is tussen Salland en de zorgaanbieder. Dit geldt ook voor nieuwe indicaties van bestaande add-on geneesmiddelen.
3. Een positief advies van Commissie Beoordeling Add-on Geneesmiddelen (CieBAG) van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is voor Salland een voorwaarde om een add-on geneesmiddel in de prijslijst op te nemen.
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. Salland 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.
6. Declaraties voor add-on geneesmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als de toegediende geneesmiddelen als add-on geneesmiddel in de G-standaard van de Z-index staan.
7. Add-on geneesmiddelen die de zorgaanbieder kosteloos van de farmaceutische industrie heeft ontvangen, komen niet in aanmerking voor vergoeding bij Salland.

Artikel 3.28 Gezamenlijke inkoop dure geneesmiddelen

De Zorgverzekeraar en Zorgaanbieder kunnen gedurende het jaar besluiten met andere zorgverzekeraars en zorgaanbieders een gemeenschappelijk inkoopverband voor dure geneesmiddelen te formeren en daartoe toe te treden. De Zorgverzekeraar en de Zorgaanbieder zijn daarbij gebonden aan de afspraken gemaakt binnen het gezamenlijk inkoopverband.

1. Zorgverzekeraars maken binnen het gemeenschappelijk inkoopverband van ZN gezamenlijk (prijs)afspraken met de farmaceutische industrie over dure geneesmiddelen. Een actueel overzicht van de middelen waarover de zorgverzekeraars gezamenlijk (prijs)afspraken met fabrikanten hebben gemaakt, zijn te vinden via de website van ZN (www.zn.nl/afspraken).

Artikel 3.29 Aanvullende afspraken add-on geneesmiddelen

1. In deel IV Zorgaanbieder specifieke bepalingen is de financiële overeenkomst voor add-on geneesmiddelen uitgewerkt. Indien van toepassing, zijn hier ook de aanvullende zorgaanbieder specifieke afspraken m.b.t. add-on geneesmiddelen opgenomen.
2. Op verzoek van, en in afstemming met Salland, organiseert de zorgaanbieder gesprekken tussen Salland en (vertegenwoordigers van) medisch specialisten over de doelmatige inzet van add-on geneesmiddelen.
3. 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.
4. De zorgaanbieder levert voor add-on geneesmiddelen elk kwartaal bij Salland de realisatiecijfers en een prognose aan voor het gehele jaar.
5. 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.

Artikel 3.30 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.

Artikel 3.31 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 als:
 - het geen nieuwe generieke of biosimilar variant is, of;
 - het geen 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.