

Zorgovereenkomst
Medisch Specialistische Zorg
2015
Multizorg VRZ
en
«ANaam»

Zorgovereenkomst Medisch Specialistische Zorg (MSZ) 2015

Partijen:

De zorgverzekeraars, genoemd in Bijlage 1, rechtsgeldig vertegenwoordigd door de besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid, Multizorg VRZ B.V., statutair gevestigd te Utrecht en kantoorhoudende te (3401 MX) IJsselstein aan de Lorentzlaan 3, hierna te noemen: de zorgverzekeraars;

«**ANaam**», gevestigd te «Plaatsnaam», hierna te noemen: de zorgaanbieder, waarvan de verdere gegevens als volgt luiden:

AGB-code : «IPZCode_Inst»
Correspondentieadres : «Straat» «Huisnummer» «HuisnummerToevoeging»
Postcode en Plaats : «PC» «Plaatsnaam»

Financiële gegevens

IBAN : «IBAN»
Tenaamstelling : «Naam_bankgegevens»

Vestigingsadres(sen):

| | | |
|----------------|-------------------|-----------------|
| «Loc_adres_1» | «Loc_postcode_1» | «Loc_plaats_1» |
| «Loc_adres_2» | «Loc_postcode_2» | «Loc_plaats_2» |
| «Loc_adres_3» | «Loc_postcode_3» | «Loc_plaats_3» |
| «Loc_adres_4» | «Loc_postcode_4» | «Loc_plaats_4» |
| «Loc_adres_5» | «Loc_postcode_5» | «Loc_plaats_5» |
| «Loc_adres_6» | «Loc_postcode_6» | «Loc_plaats_6» |
| «Loc_adres_7» | «Loc_postcode_7» | «Loc_plaats_7» |
| «Loc_adres_8» | «Loc_postcode_8» | «Loc_plaats_8» |
| «Loc_adres_9» | «Loc_postcode_9» | «Loc_plaats_9» |
| «Loc_adres_10» | «Loc_postcode_10» | «Loc_plaats_10» |
| «Loc_adres_11» | «Loc_postcode_11» | «Loc_plaats_11» |
| «Loc_adres_12» | «Loc_postcode_12» | «Loc_plaats_12» |
| «Loc_adres_13» | «Loc_postcode_13» | «Loc_plaats_13» |
| «Loc_adres_14» | «Loc_postcode_14» | «Loc_plaats_14» |
| «Loc_adres_15» | «Loc_postcode_15» | «Loc_plaats_15» |

komen overeen als volgt:

Artikel 1 – Definities

Verstaan wordt onder:

1. Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA): instituut dat medische beroepsgroepen faciliteert bij het ontwikkelen van kwaliteitsregistraties met het doel de kwaliteit van zorg inzichtelijk en tussen zorgaanbieders vergelijkbaar te maken en daarmee te verbeteren.
2. Early Warning Systeem: een instrument voor zorgverzekeraars met als doel het tijdig signaleren van situaties bij de zorgaanbieder die risicovol zijn voor de continuïteit en de kwaliteit van de zorgverlening;
3. Gepast gebruik: de zorg is medisch noodzakelijk, effectief, doelmatig, voldoet aan de indicatievoorwaarden zoals gesteld in de Zorgverzekeringswet en de stand van wetenschap en praktijk.
4. Kwaliteitsindicatoren: voorheen JMV-kwaliteitsindicatoren; indicatoren die moeten worden aangeleverd voor de kwaliteitsparagraaf van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV). Het jaardocument is vastgesteld door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) op grond van artikel 8a van de Regeling Verslaggeving WTZi;
5. Landelijk Schakelpunt: de spil van de ICT-basisinfrastructuur voor de zorg (AORTA) die de inzage regelt in patiëntinformatie die lokaal opgeslagen ligt bij zorgaanbieders. Zorgaanbieders vragen hiermee betrouwbaar, veilig en snel actuele informatie op uit systemen van collega-zorgaanbieders;
6. Omzetplafond: een tussen partijen bij het aangaan van deze overeenkomst afgesproken, door de zorgaanbieder maximaal in rekening te brengen omzet voor het geheel van de zorg, verleend in het kader van de in een kalenderjaar geopende zorgtrajecten of subtrajecten en tot uiting komend in een geopend DBC-zorgproduct of een overig zorgproduct;
7. Onderhanden Werk (OHW): de in geld uitgedrukte waarde van zorgactiviteiten welke nog niet zijn afgesloten, berekend tegen de tussen partijen overeengekomen tarieven;
8. Onderhanden Werk Grouper (OHWG): de door de Stichting DBC Onderhoud onderhouden applicatie die uit de door de aangesloten zorgaanbieders aangeboden data de waarde van het Onderhanden Werk afleidt overeenkomstig de door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgestelde beslisbomen van de DOT-productstructuur;
9. Profiel van de zorgaanbieder: de organisatiestructuur en het aangeboden zorgpakket, waaronder begrepen de aangeboden medische specialismen, de infrastructurele en personele capaciteit en de medische staf;
10. Zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden: zorg zoals omschreven in artikel 2.4 lid 1 in samenhang met artikel 2.1 lid 2 van het Besluit zorgverzekering en omvat mede goede en verantwoorde zorg;
11. ZiNL: Zorginstituut Nederland;
12. Zorgprofiel: alle geregistreerde zorgactiviteiten binnen een DBC-zorgproduct;
13. Zorginkoopportaal van VECOZO: een web-applicatie die zorgverzekeraars en zorgaanbieders elektronische ondersteuning biedt bij de totstandkoming van contractafspraken over DBC-zorgproducten en overige producten.

Artikel 2 – Inhoud van de zorgovereenkomst

1. De zorgaanbieder en de zorgverzekeraars conformeren zich aan het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 d.d. 4 juli 2011 en aan het Convenant ketenprocessen medisch specialistische zorg, waarvan deel uitmaakt de Uniforme Declaratieparagraaf.

2. Op deze zorgovereenkomst zijn tevens de Algemene Inkoopvoorwaarden (AIV) van Multizorg VRZ van toepassing. De zorgaanbieder verklaart een exemplaar van deze voorwaarden te hebben ontvangen en daarvan te hebben kennisgenomen. Daar waar onduidelijkheden of tegenstrijdigheden zouden zijn tussen de AIV en de zorgovereenkomst prevaleert de zorgovereenkomst boven de AIV.
3. De volgende bijlagen maken deel uit van deze zorgovereenkomst:
Bijlage 1: Zorgverzekeraars 2015
Bijlage 2: Opbouw Omzetplafond 2015
Bijlage 3: Aanvullende afspraken 2015
Bijlage 4: Betaalafspraken 2015

Artikel 3 – Zorg

1. De zorgaanbieder is jegens zorgverzekeraars gehouden de verzekerden van de zorgverzekeraars zorg te verlenen zoals omschreven in artikel 3 van de AIV, waaronder in ieder geval begrepen zorg die medisch specialisten plegen te bieden alsmede verblijf en verpleging, zoals omschreven in de artikelen 2.4 , 2.10 en 2.11 van het Besluit zorgverzekering.
2. De zorg omvat mede farmaceutische begeleiding en verstrekking van geneesmiddelen en 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', publicatienummer 280 van het Zorginstituut Nederland (ZiNL) en alle eventuele vervolgrapporten.
3. De zorgaanbieder informeert de zorgverzekeraars over de nevenvestigingen en de prestaties die vanuit deze vestigingen geleverd kunnen worden.

Artikel 4 – Kwaliteit

1. In aanvulling op artikel 6.1 van de AIV draagt de zorgaanbieder er zorg voor dat de zorg die geleverd wordt ten minste voldoet aan de laatste eisen en standaarden van de beroepsgroep en de eisen van de Inspectie voor de Volksgezondheid. Daarbij dient de zorgaanbieder de zorg te leveren met inachtneming van de Wet bijzondere medische verrichtingen dan wel de daarvoor in de plaats tredende wet- en/of regelgeving.
2. De zorgaanbieder neemt daarbij de wet- en regelgeving en overeenkomstig de Zorgbrede Governancecode 2010¹ in acht.
3. De zorgaanbieder beschikt over een geaccrediteerd/gecertificeerd integraal kwaliteitssysteem (zoals NIAZ, JCI, ISO, HKZ of ZKN).
4. De zorgaanbieder beschikt over een geïmplementeerd Veiligheid Management Systeem (VMS), ziet toe op visitatie van de medisch specialisten door de desbetreffende beroepsvereniging en heeft de basisprincipes van de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling KNMG geborgd.
5. De zorgaanbieder zal bij het verlenen van zorg handelen conform de 'Convenanten gepast gebruik van zorg'.
6. De ten behoeve van de zorgaanbieder werkzame medisch specialisten volgen de Leidraad 'Doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen door Medisch specialisten (OMS)'. Een van de uitgangspunten hierbij is dat de vigerende landelijke richtlijnen worden gevolgd. Bij de keuze voor een geneesmiddel, kiest de medisch specialist de meest kosteneffectieve behandeling. Daaronder wordt verstaan het geneesmiddel/de geneesmiddelencombinatie dat/die leidt tot een optimale behandeling met de laagst mogelijke kosten. De geneesmiddelen worden in principe op stofnaam voorgeschreven en bij voorkeur wordt de generieke variant gekozen. In plaats van een standaard hoeveelheid wordt er een reële - op maat - benodigde hoeveelheid voorgeschreven, in de meeste gepaste afleveringsvorm. Afwijken van deze uitgangspunten is alleen toegestaan als de zorgaanbieder de (medische)

¹ Voor UMC's geldt de UMC-governancecode.
Paraaf Multizorg VRZ

noodzaak van het afwijken hiervan kan onderbouwen en de zorgaanbieder deze onderbouwing heeft gedocumenteerd.

7. Om wisseling van geneesmiddelen bij opname of ontslag (transmurale knip) zoveel mogelijk te vermijden, wordt voorschrijfbeleid van medisch specialisten/arts-assistenten zoveel mogelijk afgestemd op extramurale doelmatigheid en extramuraal voorschrijfbeleid.
8. Substitutie vanuit de tweedelijns naar de eerstelijns en taakherschikking zullen worden bevorderd en de zorgaanbieder speelt daarbij een actieve rol en formuleert concrete doelstellingen hieromtrent.
9. Specifieke en/of aanvullende kwaliteitsafspraken zijn nader overeengekomen in bijlage 3 aanvullende afspraken van deze zorgovereenkomst.

Artikel 5 - Kwaliteitsinformatie

1. De zorgaanbieder levert aan Multizorg VRZ, via het daarvoor landelijk bestemde aanleverloket (www.ziekenhuizen transparant.nl) de kwaliteitsindicatoren en de IGZ-kwaliteitsindicatoren betreffende het verslagjaar 2014 aan. De zorgaanbieder neemt, voor zover de betreffende zorg wordt verleend, ten minste deel aan de volgende deelregistraties van DICA (Dutch Institute for Clinical Auditing)-registraties: CVAB, DACI, DGOA, DLRA, DLSA, DMTR, DPCA, DSAA, DSCA, DUCA, NBCA, DSSR, DATO, DPIA, tenzij de desbetreffende registratie negatief wordt beoordeeld op basis van het 'toetsingskader landelijke kwaliteitsregistraties medisch-specialistische zorg' van de gezamenlijke NFU, NVZ, ZKN, OMS, NPCF en ZN.
 - a. De zorgaanbieder vult per verzekerde de registraties volledig in.
 - b. De zorgaanbieder geeft DICA toestemming voor het aan alle zorgverzekeraars doorleveren van de externe kwaliteitsindicatoren, door dit in de bijbehorende autorisatiematrix aan te vinken.
 - c. Deze externe kwaliteitsindicatoren kunnen door zorgverzekeraars worden gebruikt als:
 - I. inkoopinformatie;
 - II. keuze-informatie voor verzekerden.
2. De zorgaanbieder neemt deel aan de registraties (zowel de verplichte als de niet-verplichte set) voor cerebrovasculair accident (vastgesteld door Kennisnetwerk CVA), Parkinson (vastgesteld door ParkinsonNet), gynaecologische oncologie (DGOA), wervelkolomchirurgie (DSSR), vaatchirurgie en morbide obesitas Zichtbare Zorg-indicatoren.
3. De zorgaanbieder levert de Zichtbare Zorg indicatoren over verslagjaar 2014 aan via de webportal van DESAN (www.desan.nl). De in de web-portal ingevoerde gegevens zullen na akkoord van de Raad van Bestuur aan Zorgverzekeraars Nederland worden aangeleverd.
4. Indien Zorgverzekeraars Nederland (ZN) voor het verslagjaar 2014 overige kwaliteitsindicatoren ('ZN indicatoren') heeft ontwikkeld, registreert de zorgaanbieder deze 'ZN-indicatoren' en levert deze digitaal bij de aan Multizorg VRZ deelnemende zorgverzekeraars aan, eventueel via ZN.
5. De zorgaanbieder registreert alle ICD's en pacemakers via de Dutch ICD and Pacemaker Registry (DIPR); alle orthopedische heup- en knie-implantaten via de Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten (LROI); en alle implantaten voor plastische chirurgie (inclusief PIP-vervanging) via de landelijke implantatenregistratie.
6. De zorgaanbieder neemt deel aan de registraties PREZIES (PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance), HSMR (Hospital Standardized Mortality Ratio) en aan complicatieregistraties.

Artikel 6 - Uitsluitingen met betrekking tot hoogcomplexere zorgproducten

1. De aangeboden zorg moet voldoen aan de minimumnormen van de beroepsgroep, zoals deze worden gepubliceerd door ZN (www.minimumkwaliteitsnormen.nl). Dit betreft normen van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), de Nederlandse Vereniging van Radiotherapie en Oncologie (NVRO), de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVvU), Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) en van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Indien de normen van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) in het jaar 2015 landelijk worden vastgesteld als minimumnorm worden deze hieraan toegevoegd.
2. Indien uit de in lid 1 genoemde inventarisatie blijkt dat de zorgaanbieder niet (meer) voldoet aan de normen voor één of meerdere behandelingen, dan treden de zorgverzekeraars en de zorgaanbieder in overleg over de (mogelijke) voortzetting van die behandelingen en (financiële) consequenties ervan voor de zorgaanbieder.
3. Indien de toepassing van lid 2 leidt tot het niet langer verrichten van de betreffende behandelingen zullen de zorgverzekeraars het omzetplafond naar evenredigheid verlagen.

Artikel 7 - Tijdigheid van de zorg

1. De zorgaanbieder spant zich tot het uiterste in om de zorg binnen de Treeknormen te (blijven) leveren, waarmee wordt voorkomen dat wachtlijsten zullen ontstaan.
2. De zorgaanbieder informeert de zorgverzekeraars zodra te voorzien is dat de Treeknormen zullen worden overschreden. Tevens informeert de zorgaanbieder de zorgverzekeraars over de maatregelen die hij heeft genomen of zal nemen om deze overschrijding te voorkomen of de gevolgen daarvan te beperken.

Artikel 8 - Verwijzing en toestemming

1. De zorgaanbieder verleent zorg na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, jeugdgezondheidszorgarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde/verpleeghuisarts, verloskundige of tandarts, tenzij er sprake is van een acute zorgvraag. De zorgaanbieder verleent zorg na verwijzing door een andere zorgaanbieder dan hiervoor genoemd, als dit blijkt uit de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraar. De zorg wordt aan verzekerden van de zorgverzekeraar alleen verleend als de verzekerde een geldige schriftelijke of elektronische verwijzing heeft.
2. Voor de behandelingen die staan op de Limitatieve lijst machtigen medisch specialistische zorg van Zorgverzekeraars Nederland vraagt de zorgaanbieder voordat de behandeling plaatsvindt toestemming aan de zorgverzekeraar voor de verlening van zorg aan de verzekerde.
3. De zorgaanbieder vraagt de toestemming digitaal via het machtigenportaal van VECOZO.

Artikel 9 - Prestaties en Tarieven

1. De zorg bedoeld in artikel 3 lid 1 omvat de zorgproducten en de daarvoor geldende tarieven. Deze zijn vastgelegd via het zorginkoopportaal van VECOZO.
2. De (DBC-) zorgproducten bevatten géén dure- en weesgeneesmiddelen. Deze zijn als add-on separaat overeengekomen. Indien blijkt dat er vooralsnog dure- en weesgeneesmiddelen zijn opgenomen in zorgproducten kan, achteraf via materiële controle, terugvordering plaatsvinden.
3. Add-on declaraties voor dure- en weesgeneesmiddelen komen alleen voor bekostiging in aanmerking als deze worden voorgeschreven/toegepast voor geregistreerde indicaties die bovendien als vergoede indicaties zijn opgenomen in de toepasselijke lijst dure en weesgeneesmiddelen van de NZa. Bovendien kunnen indicaties die door het ZiNL zijn beoordeeld en rationeel zijn bevonden én opgenomen op de Nza-lijst eveneens voor bekostiging in aanmerking komen. Dit betekent dat declaraties van toepassingen buiten de geregistreerde of door ZiNL als doelmatig erkende indicaties en door de Nza opgenomen indicaties niet voor bekostiging in aanmerking komen en niet mogen worden gedeclareerd.

4. Indien de NZa gedurende de looptijd van deze zorgovereenkomst de maximum tarieven aanpast, dan zullen de overeengekomen tarieven zo nodig worden aangepast. Aanpassing laat het vastgestelde omzetplafond en de zorgprofielen intact.
5. Aanpassing van de tarieven door zorgverzekeraars vindt plaats:
 - a. op basis van Beleidsregel AL/BR-0004 van de NZa en opvolgende toepasselijke beleidsregels;
 - b. uiterlijk één maand nadat de NZa de gewijzigde tarieven heeft gepubliceerd.
6. Indien de zorgaanbieder aan passanten voor met de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgproducten lagere tarieven in rekening brengt dan de tarieven overeengekomen met de zorgverzekeraars, gelden deze lagere tarieven ook voor de zorgverzekeraars.

Artikel 10 - Controle/Fraude

Partijen conformeren zich aan de door ZN, NVZ en NFU opgestelde Uniforme omgangsregels (achteraf) controles, versie 1, december 2011.

Artikel 11 - Omzetplafond

1. De zorgverzekeraars en de zorgaanbieder komen voor het schadejaar 2015 een omzetplafond overeen van in totaal € invoeren,-. Zie bijlage 2 voor de opbouw van het omzetplafond 2015.
2. De zorgaanbieder brengt aan de zorgverzekeraars voor elk geleverd zorgproduct dat in 2015 is geopend het tarief in rekening dat is overeengekomen op grond van deze zorgovereenkomst. Met de tariefstelling wordt beoogd te komen tot een prijsstelling die passend is binnen het omzetplafond en die in verhouding staat tot de gemaakte kosten.
3. Indien het omzetplafond wordt overschreden, laat dit de verplichting van de zorgaanbieder om zorg aan verzekerden van de zorgverzekeraars te verlenen en/of te continueren onverlet.
4. Verlaging van het omzetplafond tijdens de zorgverzekeraars is mogelijk in het geval:
 - a. uitkomsten op grond van materiële controle hiertoe aanleiding geven;
 - b. uitkomsten op grond van het door de zorgaanbieder in 2014 uitgevoerde zelfonderzoek in kader van het Controle Plan Correct Declareren d.d. 10 juni 2014 hiertoe aanleiding geven;
 - c. de zorgaanbieder niet in staat is het zorgvolume te realiseren waar bij aanvang van de zorgovereenkomst redelijkerwijs op gerekend mocht worden. De (rechts)feiten of omstandigheden die in dit kader uitsluitend aanleiding kunnen geven tot aanpassing van het omzetplafond worden hieronder nader beschreven:
 - I. aanzienlijke wijziging in het profiel van de zorgaanbieder ten opzichte van 2014;
 - II. calamiteiten zoals natuurrampen en terroristische aanslagen waardoor meer dan 30 dagen (een deel van) de zorg niet in het bij de aanvang van de zorgovereenkomst verwachte volume geleverd kan worden. Na het verstrijken van de 30 dagen wordt het omzetplafond verlaagd naar rato van de daling van het bij aanvang van de zorgovereenkomst verwachte zorgvolume;
 - III. feiten of omstandigheden die in de risicosfeer van de zorgaanbieder liggen en waardoor (een deel van) de zorg niet in het bij aanvang van de zorgovereenkomst verwachte volume geleverd kan worden (voorbeelden zijn: sluiting van (een deel van) de zorginstelling wegens een gevaarlijke bacterie, brand en waterschade). Het omzetplafond wordt verlaagd naar rato van de daling van het verwachte zorgvolume;
 - IV. tussentijdse beëindiging van de zorgovereenkomst zoals geregeld in artikel 20 van de AIV. Het omzetplafond wordt verlaagd naar rato van het aantal dagen dat de zorgovereenkomst niet meer van kracht is.
5. De gemiddelde kosten per verzekerde nemen ten opzichte van voorgaande jaren, met inachtneming van een jaarlijkse indexatie, niet toe.

Artikel 12 - Opbrengstverrekening

1. De zorgverzekeraars maken aan de hand van de declaratiegegevens op 1 maart 2016 en op 1 maart 2017 een vergelijking tussen het omzetplafond en de daadwerkelijke declaraties ten behoeve van de voorlopige opbrengstverrekening respectievelijk de definitieve opbrengstverrekening. De daadwerkelijke declaraties bevatten de uitbetaalde declaraties, aangevuld met de op dat moment betaalbaar gestelde declaraties. De bepaling van de daadwerkelijke declaraties is dus exclusief Onderhanden Werk en nog niet gedeclareerde declaraties. Indien de zorgaanbieder zich niet in de resultaten herkent, dan worden gegevens van de zorgaanbieder naast de declaratiegegevens gelegd ter vergelijking. Wanneer dit niet tot herkenning leidt, dan wordt een onafhankelijke partij (bijvoorbeeld een accountant) ingeschakeld ter verificatie van de gegevens en wordt een beslissing genomen door de partijen welke gegevens leidend zijn.
2. Als uit de vergelijking als bedoeld in lid 1, blijkt dat de daadwerkelijke declaraties afwijken van het omzetplafond, wordt per zorgverzekeraar een voorlopige opbrengstverrekening respectievelijk een definitieve opbrengstverrekening uitgevoerd volgens de werkwijze als geregeld in lid 3.
3. De zorgverzekeraars stellen de voorlopige opbrengstverrekening 2015 en de definitieve opbrengstverrekening 2015 vast door de daadwerkelijke declaraties te vergelijken met de afspraak zoals deze is vastgelegd in artikel 9 van deze zorgovereenkomst. Het te verrekenen saldo per zorgverzekeraar wordt vervolgens op basis van het marktaandeel binnen Multizorg VRZ vastgesteld. De voorlopige opbrengstverrekening wordt uiterlijk één maand na vaststelling van het te verrekenen saldo per zorgverzekeraar verrekend met de zorgaanbieder, doch uiterlijk op 1 juni 2016 voor de voorlopige opbrengstverrekening en uiterlijk op 1 juni 2017 voor de definitieve opbrengstverrekening. De zorgverzekeraars houden bij het vaststellen van de definitieve opbrengstverrekening rekening met het bedrag dat in het kader van de voorlopige opbrengstverrekening al verrekend is.
4. Indien de daadwerkelijke declaraties als bedoeld in lid 1 hoger zijn dan het omzetplafond, is de zorgaanbieder het verschil van deze beide bedragen verschuldigd aan de zorgverzekeraars, al naar gelang ieders aandeel in de som van de tarieven.
5. De zorgverzekeraars informeren de zorgaanbieder schriftelijk over de bedragen die de zorgaanbieder in het kader van de opbrengstverrekening verschuldigd is, met vermelding van de wijze van voldoening van de vordering. Indien de voldoening van de vordering niet of niet volledig na 30 dagen na de vaststelling van het te verrekenen bedrag is gerealiseerd, is de eisende partij gerechtigd om de vordering te verrekenen met openstaande vorderingen van de schuldenaar op de eisende partij, een en ander onverminderd de overige (rechts)middelen die hem daarbij ten dienste staan.
6. De data genoemd in lid 1 en lid 3 kunnen wijzigen indien landelijke wijzigingen hiertoe aanleiding geven.

Artikel 13 – Declareren

1. De zorgaanbieder declareert de zorgproducten overeenkomstig de toepasselijke NZa Nadere Regel 'Regeling medisch specialistische zorg' (thans: NR/CU-247) en conformeert zich aan de uniforme declaratieparagraaf van het convenant ketenprocessen medisch specialistische zorg (MSZ).
2. De zorgverzekeraar gaat tot voorlopige betaling van 90% van de correct ingediende declaratie over indien de zorgverzekeraar de declaratie niet binnen de overeengekomen betaaltermijn kan vergoeden. Betaling houdt op geen enkele wijze in dat de betreffende zorgverzekeraar instemt met de rechtmatigheid, juistheid en doelmatigheid van de declaratie.
3. Indien blijkt dat het bedrag van de voorlopige betaling hoger is dan waarop de zorgaanbieder aanspraak had, betaalt de zorgaanbieder het teveel betaalde zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen veertien kalenderdagen nadat de zorgverzekeraar dit schriftelijk heeft aangegeven, terug. De zorgverzekeraar geeft schriftelijk aan onder welk kenmerk en op welk bankrekeningnummer het te veel betaalde terug betaald dient te worden.

4. Indien de terugbetaling, bedoeld in lid 3, niet binnen veertien kalenderdagen plaatsvindt, is de zorgverzekeraar gerechtigd al zijn vorderingen op de zorgaanbieder te verrekenen met al hetgeen de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder verschuldigd is.
5. Indien elektronisch declareren onverhoopt niet mogelijk blijkt, dienen daarover separaat afspraken tussen de zorgaanbieder en de betrokken zorgverzekeraars gemaakt te worden.
6. In aanvulling op artikel 8 van de AIV kan de zorgaanbieder op grond van een schriftelijke afspraak tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraars een papieren declaratiebericht indienen. Een papieren declaratiebericht, waaronder mede begrepen een declaratie aan de verzekerde, bevat ten minste een aantal gegevenselementen. Deze voldoen aan de definities zoals die in de externe integratie standaard zijn vastgesteld.
7. De zorgaanbieder declareert op basis van de lijst 'Verboden-Toegestaan', volgens de uitleg van de NZa over de regels voor correct declareren (zie ook <http://www.nza.nl/95826/dbc-dossier/282263/Verboden-toegestaanlijst.pdf>).
8. De zorgaanbieder heeft jegens de zorgverzekeraar geen recht op voldoening van de declaratie indien en voor zover hij door een tekortkoming in de nakoming van deze zorgovereenkomst het bepaalde onder artikel 4 en artikel 9 niet in acht heeft genomen, tenzij de tekortkoming van dusdanige aard is, dat zij het verval van het recht op declaratie niet rechtvaardigt.
9. De zorgaanbieder en zorgverzekeraars handelen overeenkomstig de bepalingen in het 'Convenant Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake registratie en facturering'.

Artikel 14 - Herdeclaraties en correcties

Indien er omgangsregels zijn overeengekomen ten aanzien van achterafcontroles, is het de zorgverzekeraar niet toegestaan zelf declaraties te corrigeren als gevolg van achterafcontroles. Slechts wanneer het recht op verrekenen ontstaat conform de omgangsregels voor achterafcontroles, is het de zorgverzekeraar toegestaan declaratiegegevens te corrigeren zonder dat hij daarvoor een creditnota van de zorgaanbieder heeft ontvangen.

Artikel 15 - Betaling

1. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat de verzekerde een eigen risico heeft, zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag volledig aan de zorgaanbieder vergoeden, conform Bijlage 4.
2. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat sprake is van een door de verzekerde te betalen eigen bijdrage en de zorgaanbieder deze niet op de declaratie in mindering heeft gebracht, dan zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag in afwijking van het bepaalde in artikel 14 lid 2 onder c. van de AIV volledig aan de zorgaanbieder vergoeden, indien zulks bepaald is in Bijlage 4.
3. Bij surseance van betaling en/of een – naderend – faillissement van de zorgaanbieder worden uitstaande voorschotten aan de zorgaanbieder direct verrekend met nog openstaande ingediende en/of in te dienen declaraties.

Artikel 16 - Informatie

1. De zorgaanbieder levert informatie via de Onderhanden Werk Groeper (OHWG) aan.
2. Daarnaast informeert de zorgaanbieder Multizorg VRZ in het kader van de Onderhanden Werk (OHW) positie op basis van de met Multizorg VRZ overeengekomen tarieven per kwartaal per zorgproductcode en declaratiecode en per zorgverzekeraar over:
 - a. de aantallen en de omzet per DBC-zorgproduct en overige zorgproducten (inclusief dure- en weesgeneesmiddelen) die zijn gesloten en nog niet zijn gefactureerd;
 - b. de aantallen per DBC-zorgproduct en overige zorgproducten (inclusief dure- en weesgeneesmiddelen) die zijn gesloten en zijn gefactureerd;
3. Indien de zorgaanbieder niet in staat is om rechtstreeks via de OHW-groeper aan te leveren, informeert de zorgaanbieder Multizorg VRZ over de stand van het onderhanden werk, voor zover dit voortvloeit uit in 2014 geopende zorgproducten, op basis van rapportages van de landelijke OHWG van DBC-Onderhoud.

4. De zorgaanbieder verstrekt Multizorg VRZ op 1 oktober 2015 op basis van de met Multizorg VRZ overeengekomen tarieven een prognose van de som van de tarieven voor alle in 2015 geopende en te openen zorgproducten. De zorgaanbieder levert via VECOZO de in lid 1 en 2 bedoelde informatie door middel van de Vektis EI-standaard bij Multizorg VRZ aan.
5. De zorgaanbieder verstrekt binnen één maand na afloop van elk kalenderkwartaal aan de zorgverzekeraars een opgave van de aantallen van de in dat kwartaal gesloten zorgproducten per type hoogcomplexere zorg als vermeld op de website www.minimumkwaliteitsnormen.nl. Deze opgave omvat alle geopende zorgproducten, ongeacht bij welke zorgverzekeraar een verzekerde verzekerd is.
6. De zorgaanbieder werkt mee aan het Early Warning Systeem dat Multizorg VRZ en zorgverzekeraars hanteren en verschaft op verzoek van Multizorg VRZ en de zorgverzekeraars daarvoor nader inzicht in de financiële vermogenspositie en de bedrijfsvoering van de zorgaanbieder.
7. De instelling werkt volledig mee aan data-uitvraag van de aan Multizorg VRZ deelnemende zorgverzekeraars ten behoeve van materiële controle.

Artikel 17 – Elektronische uitwisseling van (medische) informatie van patiënten.

1. De zorgverzekeraars stimuleren en ondersteunen de realisatie van de benodigde infrastructuur voor elektronische uitwisseling van (medische) informatie van patiënten.
2. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor een adequate en veilige elektronische informatie uitwisseling van deze informatie. De zorgaanbieder kan zich rechtstreeks dan wel via een regionale communicatiedienst aansluiten bij de landelijke communicatiedienst. Bij alle elektronische uitwisseling van gegevens houdt de zorgaanbieder zich aan de voor zijn beroepsgroep vastgestelde standaarden (te raadplegen via Nictiz) en neemt hij de regels die gelden ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van patiënten in acht.
3. De zorgaanbieder dient zich bij opname en bij het voorschrijven van medicatie altijd op de hoogte te stellen van de actuele medicatie van de patiënt. Daar waar de patiënt (meerdere) medicijnen gebruikt is verificatie op zijn plaats. Deze verificatie dient te gebeuren op basis van een actueel overzicht dat verkregen is via de stadsapotheek of apothekers. Dit overzicht dient bij voorkeur op elektronische wijze verkregen worden. Deze methodiek van medicatie bewaking en verificatie dient door de zorgaanbieder overal waar dit van belang is toegepast te worden. Voor zover dit nu al niet gebeurt dient de zorgaanbieder een plan te hebben hoe en wanneer zij dit wel gerealiseerd zullen hebben.

Artikel 18 – Duur van de zorgovereenkomst

1. De zorgovereenkomst is van kracht vanaf 1 januari 2015 en eindigt op 31 december 2015.
2. De bepalingen uit de AIV en de zorgovereenkomst met betrekking tot kwaliteit(informatie), declaratie(-verkeer), controle/fraude en opbrengstverrekening die voor zover zij naar hun aard bestemd zijn om na beëindiging te blijven werken, blijven van kracht, ook na beëindiging of ontbinding van deze zorgovereenkomst
3. Uiterlijk zes maanden voorafgaand aan het verstrijken van de contractduur, zullen partijen overleg voeren over de eventuele voortzetting van deze zorgovereenkomst.

Aldus in tweevoud opgemaakt te IJsselstein, 16 juli 2014.

Namens de zorgverzekeraars,
Multizorg VRZ B.V.

Namens de zorgaanbieder,
«ANaam»

I.C. Castricum
Directeur a.i.

«Onder_Hand»
«Ondert_Functie»

BIJLAGE 1 ZORGVERZEKERAARS 2015 – MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Zorgverzekeraars met bijbehorende labels:

ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.
gevestigd te Houten

- ONVZ Zorgverzekeraar (Uzovi-code 3343)
- VvAA zorgverzekering (Uzovi-code 3343)
- PNOzorg (Uzovi-code 3343)

ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V.
gevestigd te Amersfoort

- De Amersfoortse Verzekeringen (Uzovi-code 9018)
- Ditzo Zorgverzekering (Uzovi-code 3336)
- BeterDichtbij (Uzovi-code 3339)

Eno Zorgverzekeraar N.V. en Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.
gevestigd te Deventer

- Salland verzekeringen (Uzovi-code 7032)
- HollandZorg (Uzovi-code 7032)
- Energiek (Uzovi-code 7032)
- Salland ZorgDirect (Uzovi-code 7032)

O.W.M. Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.
gevestigd te Leiden

- Zorg en Zekerheid Zorgverzekeraar (Uzovi-code 7085)

Volmachten:

Aevitae B.V.

gevestigd te Heerlen

- Aevitae (ASR Ziektekosten) (Uzovi-code 3328)

IAK Volmacht B.V.

gevestigd te Eindhoven

- IAK Volmacht B.V. (ASR Ziektekosten) (Uzovi-code 8973)

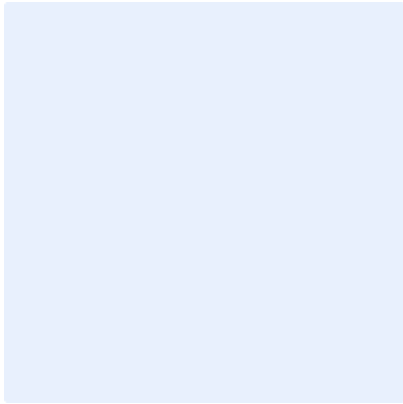
Caresco B.V.

gevestigd te Amersfoort

- Caresco (ASR Ziektekosten) (Uzovi-code 8959)

BIJLAGE 2

OPBOUW OMZETPLAFOND 2015



Controle MZ VRZ Kies een item.

Klik datum controle.

VOORBEELD

BIJLAGE 3 AANVULLENDE AFSPRAKEN 2015

Alle in deze bijlage opgenomen bepalingen wijzigen, vervangen of vormen een aanvulling op hetgeen elders bepaald is in de zorgovereenkomst Medisch Specialistische Zorg 2015 tussen Multizorg VRZ en «ANaam».

Nader te bepalen.

VOORBEELD

BIJLAGE 4 BETAALAFSPRAKEN 2015

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

ONVZ Zorgverzekeraar
VvAA zorgverzekering
PNOzorg

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

Zorg en Zekerheid Zorgverzekeraar

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

Salland verzekeringen
Holland Zorg
Energiek
Salland ZorgDirect

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

De Amersfoortse Verzekeringen
Ditzo Zorgverzekering
BeterDichtbij
Aevitae (ASR Ziektekosten)
IAK Verzekeringen (ASR Ziektekosten)
Caresco (ASR Ziektekosten)

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