

## ALGEMENE BEPALINGEN MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

(Bij deze overeenkomst is een toelichting opgesteld)

### De ondergetekenden

Partijen zoals voornoemd.

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

### Nemen het volgende in overweging:

- De Zorgverzekeraar koopt zorg in bij de Zorgaanbieder en sluit daartoe een overeenkomst Medisch Specialistische Zorg met de Zorgaanbieder om te voldoen aan de wettelijke zorgplicht die de Zorgverzekeraar tegenover haar (natura)verzekerden heeft;
- De overeenkomst Medisch Specialistische Zorg bestaat uit de Algemene bepalingen Medisch Specialistische Zorg (Deel I) en een Zorgverzekeraar-specifiek deel (Deel II en Bijlagen);
- De Algemene bepalingen Medisch Specialistische Zorg (Deel I) bevatten het landelijk geüniformeerde deel. Het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg 2019 t/m 2022 en het uit het Hoofdlijnenakkoord Medische specialistische Zorg 2014 – 2017 voortvloeiende 'Traject optimalisering contractering MSZ' liggen aan deze Algemene bepalingen ten grondslag;
- In het Zorgverzekeraar-specifieke deel (Deel II en Bijlagen) zijn de specifieke afspraken, waaronder de financiële afspraken, tussen de Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar opgenomen die niet in de geüniformeerde Algemene bepalingen zijn vastgelegd;
- In het Zorgverzekeraar-specifieke deel (Deel II en Bijlagen) kan niet worden afgeweken van de bepalingen die zijn opgenomen in het landelijk geüniformeerde deel. De Algemene bepalingen Medisch Specialistische Zorg (Deel I) kunnen in het Zorgverzekeraar-specifieke deel (Deel II en Bijlagen) wel worden aangevuld;
- Partijen volgen bij de uitvoering van de overeenkomst Medisch Specialistische Zorg de van toepassing zijnde bestuurlijke en landelijke afspraken. Het gaat hierbij onder andere maar niet uitsluitend om het geldende *Convenant ketenprocessen medisch specialistische zorg en kaakchirurgie*, het geldende *Convenant gezamenlijke aanpak controles medisch specialistische zorg*, de geldende *Handreiking Rechtmatigheidscontroles medisch specialistische zorg*, het geldende *Convenant Certificering declaraties van revalidatiecentra voor zorgverzekeraars* en de geldende *Zorgbrede Governancecode*.

### Verklaren te zijn overeengekomen:

#### Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

- a. **(Bedrijfs)vertrouwelijke informatie**  
Alle bedrijfs- en fabricagegegevens en/of overige informatie die de ene Partij vertrouwelijk aan de andere Partij ter beschikking stelt of waarvan de andere Partij het vertrouwelijke karakter zonder die mededeling redelijkerwijs dient te begrijpen. Informatie in het publiek domein valt niet onder deze definitie.
- b. **DBC-zorgproduct**  
Een declarabele prestatie welke is afgeleid uit een subtraject en zorgactiviteiten, zoals omschreven in de geldende NZa-beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'.
- c. **Formele controle**  
Een onderzoek als bedoeld in artikel 1 lid 1 sub t van de Regeling zorgverzekering en artikel 1 sub f van de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen WMG.
- d. **Fraude**  
De situatie waarin de Zorgaanbieder bewust valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden of verduistering pleegt of tracht te plegen ten nadele van de bij de totstandkoming of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties met het

doel een prestatie, vergoeding, betaling of ander voordeel te krijgen waarop de verzekerde dan wel de Zorgaanbieder geen recht heeft of recht kan hebben.

- e. **Fraudeonderzoek**  
Een onderzoek als bedoeld in artikel 1 lid 1 sub v van de Regeling zorgverzekering en artikel 1 sub h van de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen WMG.
- f. **Machtiging**  
Iedere vorm van voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar aan een Verzekerde voor bepaalde zorg.
- g. **Materiële controle**  
Een onderzoek als bedoeld in artikel 1 lid 1 sub u van de Regeling zorgverzekering en artikel 1 sub g van de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen WMG.
- h. **Medisch specialist**  
Een arts die voor zijn specialisme is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 juncto artikel 14 wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG).
- 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 MSB 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 op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG).
- o. **Treknormen**  
De maximaal aanvaardbare wachttijden ziekenhuiszorg zoals vastgesteld in overleg tussen Zorgaanbieders en Zorgverzekeraars en openbaar gemaakt door de Minister van VWS.
- p. **VECOZO Zorginkoopportaal**  
Een webapplicatie die Zorgverzekeraars en Zorgaanbieders elektronische ondersteuning biedt bij de totstandkoming en vastlegging van contractafspraken over de Overeengekomen prestaties.
- q. **Veiligheid Management Systeem**  
Systeem waarmee Zorgaanbieders continue risico's signaleren, verbeteringen doorvoeren en beleid vastleggen, evalueren en aanpassen.

- r. **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.
- s. **Zorgaanbieder**  
De overeenkomstig de Wet Toelating Zorginstellingen toegelaten instelling voor medisch-specialistische zorg die deze overeenkomst is aangegaan.
- t. **Zorgactiviteitentabel**  
Bijlage bij de meest recente versie van de Regeling Medisch Specialistische Zorg van de NZa waarin consumentenbeschrijvingen zijn opgenomen van medisch-specialistische behandelingen die tot het verzekerde basispakket behoren.
- u. **Zorgverzekeraar**  
De Zorgverzekeraar die deze overeenkomst is aangegaan en die zorgverzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet of aanvullende zorgverzekeringen aanbiedt.
- v. **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 op de 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 vastgelegd in [voorblad/bijlage].

### **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 ZiNL en alle eventuele vervolgrapporten en duidingen. De Zorgaanbieder declareert deze middelen niet omdat de kosten ervan begrepen zijn in de zorgproductprijs.

### **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 geregistreeerde 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 volumenormenten hanteren.
2. Indien van toepassing is in Bijlage B een nadere onderbouwing gegeven van de gemaakte afspraken en zijn eventuele aanvullende bepalingen opgenomen in verband met het selectieve inkoopbeleid van de Zorgverzekeraar en/of minimumnormen van de beroepsgroepen en eventueel andere uitgesloten zorg (behandelingen).

#### **Artikel 5. Doelmatige Zorg en gepast gebruik**

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

#### **Artikel 6. Voorwaardelijke pakkettoelating**

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

#### **Artikel 7. Weigering zorgverlening**

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

#### **Artikel 8. Bereikbaarheid en toegankelijkheid**

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

#### **Artikel 9. Continuïteit**

1. De Zorgaanbieder waarborgt de continuïteit en kwaliteit van de Zorg.
2. De Zorgaanbieder is verplicht om bij risicovolle omstandigheden die de continuïteit dan wel kwaliteit van de Zorg op enigerlei wijze (kunnen) bedreigen, in het bijzonder maar niet uitsluitend op financieel en zorginhoudelijk gebied, de Zorgverzekeraar zo snel mogelijk van die omstandigheden schriftelijk in kennis te stellen.
3. De continuïteit van de Zorg wordt in ieder geval beschouwd als risicovol indien:
  - a. er sprake is van (het ontstaan van) een solvabiliteit < 8% (eigen vermogen / totaal vermogen), en/of
  - b. er gedurende de laatste 3 jaar sprake is (geweest) van materiële negatieve exploitatieresultaten, en/of
  - c. er sprake is van (het ontstaan van) liquiditeitsproblemen.
4. Desgevraagd geeft de Zorgaanbieder 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 verleend door een Onderaannemer bij de Zorgverzekeraar declareert; en
- de Zorgaanbieder aansprakelijk is voor klachten, uitkomsten van inspectierapporten en achterafcontroles, betrekking hebbende op Verzekerden waarbij een Onderaannemer de daadwerkelijke Zorg heeft verleend.

## Artikel 11. Verwijzing

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

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

1) Jeugdartsen mogen doorverwijzen conform protocol van de beroepsgroep jeugdartsen.

2) Bedrijfsartsen mogen doorverwijzen voor arbeidsgerelateerde aandoeningen. Zie uitgebreide leidraad op de site van de NVAB.

## Artikel 12. Voorafgaande toestemming (Machtiging)

1. Voor bepaalde DBC-zorgproducten en/of Overige zorgproducten ontstaat het recht van de Verzekerde op Zorg nadat de Zorgverzekeraar hiervoor toestemming heeft gegeven (machtigingsprocedure).

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

## **Hoofdstuk 2 Declareren en financiële afspraken**

### **Artikel 13. Controle identiteit en verzekeringsgerechtigdheid**

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

### **Artikel 14. Declareren**

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

### **Artikel 15. Informatieverstrekking onderhanden werk**

De Zorgaanbieder levert [eigen termijn opnemen] informatie over het onderhanden werk via de meest recente standaard van de OHW-Grouper aan.

### **Artikel 16. Specifieke afspraken**

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

### **Hoofdstuk 3: Controle**

#### **Artikel 17. Controle**

1. De Zorgverzekeraar kan (periodiek) controleren of de Zorgaanbieder zijn verplichtingen uit deze overeenkomst op een juiste wijze nakomt en de Zorgaanbieder verleent hieraan zijn medewerking.
2. De Zorgverzekeraar kan een Formele of Materiële controle uitvoeren bij de Zorgaanbieder zoals hierna omschreven.
3. 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 aanvullende ziektekostenverzekeringen WMG.
4. Bijlage 2 'Uniforme omgangsregels achterafcontrole' 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 Y aan onderhavige overeenkomst toegevoegd.
5. Indien door ZN met de NVZ en/of NFU aanvullende, afwijkende of vervangende afspraken worden gemaakt ten aanzien van de in bijlage Y opgenomen 'Uniforme omgangsregels achterafcontrole' maken deze afspraken automatisch onderdeel uit van deze overeenkomst c.q. vervangen deze afspraken de eerder gemaakte afspraken.
6. 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.
7. 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.
8. Een controle kan, naast terugvordering van de ten onrechte in rekening gebrachte 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 Zorgverzekeraars;
  - c. melding van geconstateerde tekortkomingen in de kwaliteit van zorg bij de IGJ;
  - d. terugvordering van redelijke onderzoekskosten van de Zorgverzekeraar.
9. 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. Gegevens ten behoeve van transparantie van de kwaliteit van zorg**

#### **1. Algemeen**

1. De Zorgaanbieder voldoet, voor zover zij de betreffende zorg levert, aan de normen die door de wetenschappelijke beroepsverenigingen zelf zijn opgesteld.
2. De Zorgaanbieder participeert op verzoek van de in dit artikel opgenomen registratie (en bij voldoende mogelijkheden vanuit de registratie) aan dataverificatie conform landelijke afspraken.

#### **2. Transparantiekalender**

1. De Zorgaanbieder levert, voor zover zij de betreffende Zorg levert, de volgens de Transparantiekalender verplichte landelijke indicatoren op aan het Zorginstituut. De Zorgaanbieder levert indicatoren aan via de webportal van OmniQ ([www.dhd.nl/omniq](http://www.dhd.nl/omniq)). De in de webportal ingevoerde gegevens worden na akkoord van de raad van bestuur van de Zorgaanbieder geleverd aan het Zorginstituut Nederland die de levering publiceert, waarmee de levering ook voor Zorgverzekeraars inzichtelijk wordt.
2. Het Zorginstituut stelt jaarlijks in het najaar (t=0) vast welke verplichte indicatoren het volgende jaar (t=1) staan op de Transparantiekalender. Deze indicatoren moeten door de Zorgaanbieder en het jaar dáárop (t=2) in het voorjaar worden opgeleverd. Zie hiervoor de 'Transparantiekalender' op [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl).
3. De Zorgaanbieder draagt zorg voor een tijdige aanlevering van de verplichte landelijke indicatoren van de Transparantiekalender.
4. De Zorgaanbieder draagt verantwoordelijkheid voor het aanleveren van correcte waarden voor indicatoren op de Transparantiekalender. Hierbij is het uitgangspunt dat de Zorgaanbieder de 'minimale dataset' aanlevert, die nodig is voor het aanleveren van de correcte indicatorwaarden voor de Transparantiekalender.
5. De door kwaliteitsregistraties berekende indicatoren worden voor het aanleveren van de correcte waarden voor indicatoren op de Transparantiekalender als uitgangspunt genomen, voor zover de Zorgaanbieder aan deze kwaliteitsregistraties deelneemt. Afwijking van de door de kwaliteitsregistraties berekende waarden, geschiedt alleen op basis van de wettelijke plicht om correcte waarden aan te leveren en dient door de Zorgaanbieder toegelicht te worden in het opmerkingenveld in de webportal van 'OmniQ'.
6. De Zorgaanbieder geeft de betreffende kwaliteitsregistraties toestemming voor het volgens landelijke afspraken doorleveren van indicatoren aan de webportal van 'OmniQ'.
7. Als een Zorgaanbieder vrijwillige indicatoren wil aanleveren aan Zorgverzekeraars, dan kan dit via de webportal van 'OmniQ' of via de registratie zelf, als de Zorgaanbieder daar toestemming voor verleent.
8. De kwaliteitsindicatoren kunnen door Zorgverzekeraars worden gebruikt in kwaliteitsgesprekken, als inkoopinformatie en als keuze-informatie voor Verzekerden.

#### **3. Data aanlevering aan overige registraties voor medisch specialistische zorg**

1. De Zorgaanbieder levert de gevraagde informatie op aan Zorgverzekeraars via Zorgverzekeraars Nederland aangaande de minimumnormen zoals vastgesteld door SONCOS en de NVvH, voor zover de zorgaanbieder de betreffende zorg levert.
2. Voor zover van toepassing registreert de Zorgaanbieder voor cardiologie alle ICD's en pacemakers via de Dutch ICD and Pacemaker Registry (DIPR); voor orthopedie alle heup- en knie-implantaten via de Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten (LROI); en alle implantaten voor plastische chirurgie (inclusief PIP-vervanging) via de landelijke implantatenregistratie.



3. Voor zover de betreffende Zorg geboden wordt neemt de Zorgaanbieder deel aan:
  - a. de dataregistratie via de QRNS (Quality Registry Neuro Surgery);
  - b. de dataregistraties<sup>1</sup> van de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU), in ieder geval Prozig en Blazib;
  - c. de dataregistratie van de Nederlandse Vereniging voor Schisis en Craniofaciale Afwijkingen (NVSCA);
  - d. de registraties PREZIES (PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance) en HSMR (Hospital Standardized Mortality Ratio);
  - e. de landelijke kwaliteitsregistratie voor de behandeling van hoofd-halstumoren;
  - f. de cardiologieregistraties van de National Cardiovascular Data Registry (NCDR) en het 'Meetbaar Beter-programma' voor hartcentra<sup>2</sup>;
  - g. NICE registratie (Nationale Intensive Care Evaluatie).

#### 4. Het meten van patiëntervaringen via PREM MSZ

Zorgverzekeraars stimuleren de Zorgaanbieders om aandoenings specifieke ervaringsvragenlijsten (via PREMs MSZ) te meten. Vanuit Zorgverzekeraars is het belangrijk dat metingen uniform zijn, zodat als Zorgaanbieders data over metingen willen delen dit benchmarkgegevens oplevert. Daarom financieren Zorgverzekeraars benchmarking van resultaten zodat Zorgaanbieders zich onderling met elkaar kunnen vergelijken.

Bij het generiek inzetten van de PREMs MSZ kunnen Zorgverzekeraars via Zorgverzekeraars Nederland benchmarking financieren. Voorwaarde voor financiering van benchmarking van resultaten is dat voldoende Zorgaanbieders deelnemen, zoals beschreven op [www.patiëntervaringsmetingen.nl](http://www.patiëntervaringsmetingen.nl).

Als de Zorgaanbieders PREMs meten en de resultaten met Zorgverzekeraars, aanvullend op de transparantiekalender, willen delen bijvoorbeeld in het kader van benchmarking, dan geldt:

- a. Voor de PREM metingen wordt gebruikt gemaakt van gevalideerde ontwikkelde vragenlijsten (zoals de PREM MSZ en/of PREM oncologie), beschikbaar via de website [www.patiëntervaringsmetingen.nl](http://www.patiëntervaringsmetingen.nl);
- b. Bij voorkeur sluit ZN een contract af met 1 (collectief vertegenwoordigende) partij. Daar waar dit niet mogelijk is, is de verwachting dat Zorgverzekeraars in hun zorginkoopcontracten met individuele Zorgaanbieders afspraken maken over data aanlevering in het kader van de hierboven genoemde benchmarking;
- c. De Zorgaanbieder is verplicht de meting uit te laten voeren door een ISO 9001 of ISO 20252 gecertificeerde meetorganisatie. De meetorganisatie dient zorg te dragen dat aan alle privacy eisen is voldaan en dient de vragenlijst specifieke werkinstructie te volgen;
- d. De Zorgaanbieder in samenwerking met de meetorganisatie draagt er zorg voor dat de patiënt op de hoogte is dat de resultaten van patiëntervaringsmetingen op geaggregeerd niveau gebruikt kunnen worden voor kwaliteitsgesprekken, verbeterinformatie, zorginkoopinformatie en keuze-informatie;
- e. De Zorgaanbieder meldt zich aan voor de meting(en) via de website [www.patiëntervaringsmetingen.nl](http://www.patiëntervaringsmetingen.nl);
- f. ZN doet vervolgens namens Zorgverzekeraars (via Vektis) een informatieverzoek voor het verkrijgen van een rapportage van de benchmarking, onder voorwaarde dat de Zorgaanbieder het onderzoeksbureau daartoe toestemming heeft gegeven, overeenkomstig waarvoor de patiënt toestemming heeft gegeven.

#### Artikel 22. 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.

---

<sup>1</sup> Onder de voorwaarde dat deze registraties gefinancierd zijn.

<sup>2</sup> De registratie van de NCDR en Meetbaar Beter worden naar verwachting in 2017 samengevoegd in een nieuwe registratie Nederlandse Hartregistratie (NHR). Vanaf het moment van samenvoegen geldt dat de Zorgaanbieder aan de dan nieuwe registratie deelneemt.

2. De Zorgaanbieder informeert de Zorgverzekeraar desgevraagd op welke manier de Zorgaanbieder de Zorgbrede Governancecode naleeft. De Zorgaanbieder informeert de Zorgverzekeraar als de situatie ontstaat van ontoereikende naleving van de geldende Zorgbrede Governancecode.
3. De Zorgaanbieder stelt de Zorgverzekeraar direct in kennis en verstrekt een (voor zover relevant, geanonimiseerd) afschrift van ieder niet openbaar rapport van de IGJ dat de Zorgaanbieder betreft voor zover relevant voor de uitvoering van de overeenkomst.

**Artikel 23. Informatieverstrekking aan verzekerden**

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

**Hoofdstuk 5: Relatie Zorgverzekeraar – Zorgaanbieder**

**Artikel 24. 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.

**Artikel 25. Aansprakelijkheid en vrijwaring**

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

**Artikel 26. 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 27. Toepasselijk recht**

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

## **Artikel 28. 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 29. 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 Wft of Solvency II van de Zorgverzekeraars wordt ingetrokken, zodanig dat de Zorgverzekeraar het zorgverzekeringsbedrijf niet meer kan uitoefenen.
3. De overeenkomst kan verder met onmiddellijke ingang zonder rechterlijke tussenkomst geheel of gedeeltelijk worden opgezegd:
  - a. door de Zorgverzekeraar indien de Zorgaanbieder zich in staat van kennelijk onvermogen om aan zijn financiële verplichtingen te voldoen bevindt of het onderwerp is van een procedure tot faillissement, (voorlopig) surseance, gerechtelijk akkoord, vereffening, executoriaal beslag waardoor de verlening van Zorg in gevaar komt of van elke andere soortgelijke procedure;
  - b. door een der Partijen, als aan de wederpartij (voorlopige) surseance van betaling is verleend;
  - c. door een der Partijen, als de wederpartij failliet wordt verklaard;
  - d. door de Zorgverzekeraar als de onderneming van de Zorgaanbieder beëindigd wordt dan wel wordt ontbonden of (een deel daarvan) aan een derde wordt overgedragen en hiervoor voorafgaand geen instemming voor is verleend door de Zorgverzekeraar;
  - e. door de Zorgverzekeraar indien de zeggenschapsverhouding binnen de Zorgaanbieder significant wijzigt door bijvoorbeeld overdracht van aandelen, omzetting, splitsing of fusie tenzij de Zorgverzekeraar na voorafgaand overleg hiertegen geen bezwaar heeft;
  - f. door een der Partijen, als de wederpartij in een situatie van overmacht verkeert en aan te nemen is dat deze langer zal duren dan dertig kalenderdagen;
  - g. als een der Partijen zich tegenover de wederpartij schuldig maakt aan (een poging tot) Fraude, misdrijf, dwang of bedreiging;
  - h. door een der Partijen als de wederpartij haar verplichtingen uit deze overeenkomst na een ingebrekestelling (voor zover vereist) niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomt, al dan niet blijkend uit de uitkomsten van een achterafcontrole.
4. Als wijziging in wet- of regelgeving of andere voor Partijen bindende beslissingen aanpassing van deze overeenkomst noodzakelijk maken, treden Partijen zo snel mogelijk met elkaar in overleg om de bepalingen die gewijzigd moeten worden aan te passen. Dit met inachtneming van de oorspronkelijke bedoeling van Partijen. Indien er geen overeenstemming wordt bereikt, kan elk der Partijen de overeenkomst opzeggen met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden. Tussenkomst 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.