

Overeenkomst Zilveren Kruis – Praktijk voor Bijzondere Zorggroepen 2024

A. DE ZORGVERZEKERAAR

De zorgverzekeraars die de Zorgverzekeringswet uitvoeren:

- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Utrecht (inclusief De christelijke zorgverzekeraar) (3311);
- Interpolis Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Utrecht (3313);
- FBTO Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Leeuwarden (3351);
- De Friesland Zorgverzekeraar N.V., statutair gevestigd te Leeuwarden (3358),

hierna te noemen: **Zilveren Kruis**, rechtsgeldig vertegenwoordigd door Peter Langenbach, Directeur Zorginkoop

en

B. DE CONTRACTANT

Naam :
Adres :
Postcode/Plaats :
AGB-code :
Rechtsgeldig vertegenwoordigd door :

hierna te noemen: **de zorgaanbieder**

en gezamenlijk te noemen: **partijen**

nemen in overweging:

- Zilveren Kruis heeft voor haar verzekerden een zorgplicht. Zilveren Kruis zorgt dat haar verzekerden (vergoeding van de kosten van) de zorg krijgen waarvoor ze verzekerd zijn. Daarom maken partijen afspraken in deze overeenkomst.
- In deze overeenkomst regelen partijen de onderlinge rechtsverhouding. Deze bevat ook de met deze overeenkomst onlosmakelijk verbonden onderdelen/bijlagen, toepasselijke wet- en regelgeving en de relevante beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- Bij de toepassing van deze overeenkomst wordt uitgegaan van redelijkheid en billijkheid.

komen het volgende overeen:

C. DE ONLOSMAKELIJK MET DEZE OVEREENKOMST VERBONDEN BIJLAGEN ZIJN:

- Algemeen deel behorende bij de Overeenkomst Zilveren Kruis – Praktijk voor Bijzondere Zorggroepen 2024;
- Het vigerende Declaratieprotocol Mondzorg behorend bij de Overeenkomst Zilveren Kruis – Aanbieder Mondzorg zoals gepubliceerd op onze website <https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/mondzorg/documenten>;
- Het vigerende inkoopbeleid Mondzorg en de aanvullingen zoals gepubliceerd op onze website <https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/mondzorg/beleid-en-contract>;
- De vigerende lijst maximum techniek- en materiaalkosten zoals gepubliceerd op onze website <https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/mondzorg/documenten>.

D. DUUR

Deze overeenkomst treedt in werking op <ingangsdatum> 2024 en eindigt op 31 december 2024. De overeenkomst wordt maximaal éénmaal met één jaar stilzwijgend verlengd.

De overeenkomst kan – om stilzwijgende verlenging te voorkomen – door één der partijen schriftelijk worden opgezegd, met ingang van de eerste dag na de einddatum van de overeenkomst (d.w.z. met ingang van 1 januari 2025) met inachtneming van een opzegtermijn van vier maanden (dat betekent dat er dient te worden opgezegd vóór 1 september 2024).

Ondertekening

Zilveren Kruis,

De zorgaanbieder,

Peter Langenbach, Directeur Zorginkoop

V – Wb02 - Werklocatie

Datum:

Datum:

Algemeen deel behorende bij de Overeenkomst Zilveren Kruis – Praktijk voor Bijzondere Zorggroepen 2024

Artikel 1 Definities

- a. **Praktijk voor Bijzondere Zorggroepen:** een Praktijk voor Bijzondere Zorggroepen is gevestigd in een ziekenhuis of Wlz-instelling en de zorg wordt verleend door één of meer tandartsen met specifieke deskundigheden alsmede ondersteuning door andere disciplines (zoals psychologie, fysiotherapie, logopedie, etc.). In een Praktijk voor Bijzondere Zorggroepen wordt consultatie, diagnostiek en behandeling verleend aan patiënten met bijzondere (tandheelkundige) problematiek.
- b. **Formele controle:** een onderzoek waarbij Zilveren Kruis nagaat of het tarief dat door een zorgaanbieder voor een prestatie in rekening is gebracht:
 - een prestatie betreft, welke is geleverd aan een bij die zorgverzekeraar verzekerde persoon;
 - een prestatie betreft, welke behoort tot het verzekerde pakket van die persoon;
 - een prestatie betreft, tot levering waarvan de zorgaanbieder bevoegd is, en;
 - het tarief betreft, dat voor die prestatie krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld of een tarief is dat voor die prestaties met de zorgaanbieder is overeengekomen.
- c. **Fraude:** het opzettelijk en doelbewust in strijd met de wet- en regelgeving handelen en daarmee valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden of verduistering (proberen te) plegen ten nadele van bij de totstandkoming of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties met het doel een prestatie met het oog op eigen of andermans (financieel) gewin.
- d. **Materiële controle:** een onderzoek waarbij Zilveren Kruis nagaat of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van verzekerde.
- e. **Polis:** de akte waarin de tussen een verzekeringnemer en Zilveren Kruis gesloten zorgverzekering is vastgelegd.
- f. **Tarieven:** de tussen Zilveren Kruis en de zorgaanbieder overeengekomen prijzen voor prestaties dan wel geheel van prestaties.
- g. **Verzekerde:** de persoon die een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet heeft gesloten met Zilveren Kruis, en die recht heeft op de in onderhavige overeenkomst omschreven zorg in natura dan wel op gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten van de zorg.
- h. **Zorg:** de door partijen gecontracteerde en door de zorgaanbieder te leveren zorg waarop de verzekerde krachtens de Zorgverzekeringswet en met inachtneming van zijn polis recht heeft en die wordt geleverd conform de erkende professionele standaarden van de beroepsgroep alsmede conform de normen die volgens de stand van wetenschap en de gangbare opvattingen binnen de beroepsgroep gelden.
- i. **Zorgaanbieder:** de Praktijk voor Bijzondere Zorggroepen die deze overeenkomst is aangegaan.

Artikel 2 Inhoud van de overeenkomst

In deze overeenkomst wordt geregeld op welke wijze en onder welke voorwaarden de zorgaanbieder tandheelkundige hulp/zorg levert of doet leveren aan verzekerden van Zilveren Kruis. De contractuele relatie tussen Zilveren Kruis en de zorgaanbieder gaat uit van een naturasysteem dat geldt voor behandelingen ten laste van de Zorgverzekeringswet – dat wil zeggen, voor zover dit behandelingen betreft waarbij de verzekerde aanspraak heeft op bijzondere tandheelkunde op grond van artikel 2.7 lid 1 sub a, b en/of c van het Besluit zorgverzekering (Bzv) – en wordt beheerst door de bepalingen uit de onderhavige overeenkomst.

Artikel 3 Eisen aan de Praktijk voor Bijzondere Zorggroepen

De zorgaanbieder voldoet aan de definitie van een Praktijk voor Bijzondere Zorggroepen zoals omschreven in artikel 1 sub a en aan onderstaande voorwaarden:

- De zorgaanbieder is gevestigd in een ziekenhuis of Wlz-instelling;
- De zorgaanbieder richt zich op minimaal één van de volgende disciplines: angst/gehandicapten, pedodontologie, gerodontologie, gnathologie, maxillofaciale prothetiek of mondzorg in het kader van oncologie;
- De zorg wordt verleend door (een) tandarts(en) met specifieke deskundigheden;
- Er is ondersteuning van andere disciplines beschikbaar zoals psychologie, fysiotherapie, logopedie, etc.;
- Er wordt consultatie, diagnostiek en behandeling verleend aan patiënten met bijzondere (tandheelkundige) problematiek.

Artikel 4 Zorgverlening

1. De zorgaanbieder verleent in het kader van deze overeenkomst aan verzekerden van Zilveren Kruis de bijzondere tandheelkundige zorg waarop zij bij of krachtens de Zorgverzekeringswet – dat wil zeggen op grond van artikel 2.7 lid 1 sub a, b en c van het Besluit zorgverzekering – met inachtneming van hun polis, aanspraak hebben. Voor de behandeling is bijzondere deskundigheid vereist en zo nodig ondersteuning van andere disciplines beschikbaar.
2. De zorg kan eventueel in samenwerking met (een) andere mondzorgverlener(s) met specifieke deskundigheden verleend worden.
3. Bij alle behandelingen uitgevoerd door de zorgaanbieder in het kader van deze overeenkomst is er sprake van bijzondere tandheelkunde.
4. De zorgaanbieder voert alleen behandelingen onder algehele anesthesie en/of met lachgas uit als Zilveren Kruis expliciet aangegeven heeft dat de zorgaanbieder voldoet aan de eisen van Zilveren Kruis voor deskundigheid, organisatie en veiligheid rondom behandelingen onder algehele anesthesie en/of met lachgas.
5. De zorgaanbieder handelt volgens de professionele standaard, praktijkrichtlijnen en in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving (waaronder privacywetgeving, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo), de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG), de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de daarop gebaseerde besluiten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)). De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de aangeboden zorg doelmatig, niet onnodig kostbaar en niet onnodig gecompliceerd is.
6. De zorgaanbieder kan slechts weigeren aan een verzekerde zorg dan wel nog langer zorg te verlenen indien er sprake is van gewichtige redenen. In dat geval stelt hij de verzekerde daarvan in kennis.
7. Bij weigering van de zorg is de zorgaanbieder, naar vermogen en rekening houdend met de individuele mogelijkheden van de verzekerde, de verzekerde behulpzaam bij het vinden van andere mogelijkheden van zorgverlening. De zorgaanbieder beëindigt de zorg voor de verzekerde niet voordat op een andere wijze in de benodigde zorg is voorzien (zo zorgt de zorgaanbieder bij beëindiging van de praktijk voor opvang van de patiënten elders), voor zover dat in redelijkheid van de zorgaanbieder gevergd kan worden.
8. Van een weigering of beëindiging van de behandeling doet de zorgaanbieder onverwijld mededeling aan de verzekerde en – schriftelijk – aan Zilveren Kruis.
9. De zorgaanbieder informeert Zilveren Kruis zo snel mogelijk wanneer de continuïteit van de zorg in het gedrang komt. Daarbij kan gedacht worden aan extreme wachttijden of een patiëntenstop voor specifieke behandelingen.
10. Behoudens overmacht informeert de zorgaanbieder Zilveren Kruis zo snel mogelijk, doch uiterlijk 3 maanden voor een voorgenomen beëindiging van de praktijk over die voorgenomen beëindiging.

Artikel 5 Machtigingen

1. Voor tandheelkundige hulp/zorg onder artikel 2.7 lid 1 sub a, b en c van het Besluit zorgverzekering kan de zorgaanbieder zonder voorafgaande machtiging van Zilveren Kruis verzekerden behandelen, tenzij in dit artikel anders is overeengekomen.
2. De zorgaanbieder vraagt in de volgende gevallen een machtiging aan:

- Orofaciale pijn en disfunctie (OPD)-behandelingen. OPD-behandelingen worden overigens alleen gemachtigd en vergoed in het kader van de bijzondere tandheelkunde als er sprake is van OPD-B en de behandeling uitgevoerd wordt door een door de Nederlandse Vereniging voor Gnathologie en Prothetische Tandheelkunde (NVGPT) erkende tandarts-gnatholoog;
 - Behandeling onder algehele anesthesie als de vorige tandheelkundige behandeling onder algehele anesthesie minder dan 12 maanden geleden was of als de kosten voor de algehele anesthesie hoger zijn dan het vigerende integrale maximum NZa-tarief behorende bij het overige zorgproduct (OZP) dat bij de tijdsduur past (afhankelijk van de tijdsduur is dat OZP 039108, 039109 of 039110)¹. Er kan overigens alleen een behandeling onder algehele anesthesie worden uitgevoerd en een machtiging worden aangevraagd als Zilveren Kruis op grond van artikel 4 lid 4 überhaupt expliciet heeft aangegeven dat de zorgaanbieder voldoet aan de eisen van Zilveren Kruis voor deskundigheid, organisatie en veiligheid rondom behandelingen onder algehele anesthesie;
 - Behandelingen implantologie;
 - Kroon- en brugwerk;
 - Slijtage behandelingen;
 - Behandelingen orthodontie.
3. Zilveren Kruis hanteert maximum techniek- en materiaalkosten voor gebitsprothesen, mesostructuren en overkappingsprothesen op implantaten (zie de vigerende lijst maximum techniek- en materiaalkosten zoals gepubliceerd op de website van Zilveren Kruis en die bijlage is van deze overeenkomst). Bij overschrijding van de maximum techniek- en materiaalkosten kan de zorgaanbieder voor aanvang van de behandeling een gemotiveerde machtigingsaanvraag indienen. Deze wordt alleen gehonoreerd als er specifieke omstandigheden zijn die de meerkosten rechtvaardigen. De maximum techniek- en materiaalkosten zijn niet van toepassing op prothesen die gemaakt worden in het geval van schisis of een oncologisch defect.
 4. Voor een eerste consult dat naar de mening van de tandarts niet leidt tot aanspraak op bijzondere tandheelkunde kan maximaal een 0,5 uur (6x U05) in rekening worden gebracht. Hiervoor is geen machtiging nodig.
 5. De zorgaanbieder vermeldt alle gegevens, die gevraagd worden in gangbare formulieren voor machtigingsaanvragen, in zijn dossiers. Zilveren Kruis kan een dossiercontrole verrichten.
 6. De zorgaanbieder vraagt bij twijfel of de behandeling een aanspraak is op grond van de Zorgverzekeringswet, een machtiging aan bij Zilveren Kruis.
 7. Het recht om machtigingsvrij te declareren vervalt, indien na controle blijkt dat de zorgaanbieder niet handelt volgens deze overeenkomst.
 8. Machtigingsaanvragen dienen voorzien te zijn van de volledige patiëntgegevens van de verzekerde, een behandelplan voorzien van elementnummers, een begroting met aan te vragen tijd c.q. prestatiecodes, hoogte van de techniekkosten, hoogte van de eigen bijdrage die bij verzekerde in rekening wordt gebracht, eventuele foto's en relevante behandelhistorie en documenten.
 9. De zorgaanbieder gebruikt voor het indienen van machtigingsaanvragen het machtigingenportaal van VECOZO.
 10. Zilveren Kruis handelt de machtigingsaanvraag af binnen 10 werkdagen, tenzij aanvullende informatie of nadere beoordeling op het tandheelkundig spreekuur noodzakelijk is.
 11. Bij onenigheid tussen de zorgaanbieder en de verzekerde over het recht op een aanspraak verwijst de zorgaanbieder de verzekerde naar Zilveren Kruis.

Artikel 6 Verplichtingen van Zilveren Kruis

1. De zorgaanbieder kan vragen aan Zilveren Kruis stellen onder meer met betrekking tot de uitvoering van de overeenkomst via het e-mailadres zorginkoop.mondzorg@zilverenkruis.nl.
2. Discussie over het beleid van Zilveren Kruis of van de zorgaanbieder wordt tussen de zorgaanbieder en Zilveren Kruis gevoerd. De verzekerde wordt daarin niet betrokken.

¹ Zie de volgende link voor de betreffende tarieven: <https://zorgproducten-test.nza.nl/Home.aspx>

Artikel 7 Verplichtingen van de zorgaanbieder

1. De zorgaanbieder overtuigt zich van het recht van de verzekerde op zorg voor rekening van Zilveren Kruis. De zorgaanbieder raadpleegt daarvoor VECOZO (COV-module).
2. De zorgaanbieder geeft informatie aan de verzekerde over de behandeling en de daaraan verbonden kosten en vraagt aan de verzekerde toestemming voor de behandeling.
3. De zorgaanbieder stelt een behandelplan op volgens de in de beroepsgroep gebruikelijke praktijk(richtlijnen).
4. De verzekerde heeft op grond van deze overeenkomst recht op zorg in natura, waarbij ook vergoedings- en betalingsafspraken zijn gemaakt. Het is de zorgaanbieder dan ook niet toegestaan (bij)betalingen van de verzekerde te ontvangen tenzij in deze overeenkomst inclusief bijlagen anders is bepaald.
5. De zorgaanbieder geeft door ondertekening van deze overeenkomst toestemming aan Zilveren Kruis dat gegevens van de praktijk gepubliceerd kunnen worden op de website van Zilveren Kruis waardoor duidelijk wordt voor haar verzekerden met welke partijen Zilveren Kruis een overeenkomst heeft.
6. Discussie over het beleid van Zilveren Kruis of van de zorgaanbieder wordt tussen de zorgaanbieder en Zilveren Kruis gevoerd. De verzekerde wordt daarin niet betrokken.
7. De zorgaanbieder dient voor zichzelf en voor de verzekerde tijdig na te gaan of er reeds een andere financiering voor de gevraagde mondzorg geldt. Dat is bijvoorbeeld het geval indien de verzekerde een Wlz-indicatie met verblijf en behandeling heeft en in een Wlz-instelling verblijft en van diezelfde Wlz-instelling ook de behandeling ontvangt. De behandelingen mondzorg mogen dan niet door de zorgaanbieder bij Zilveren Kruis in rekening worden gebracht. Eventueel reeds uitgekeerde bedragen worden door Zilveren Kruis bij de zorgaanbieder teruggevorderd.

Artikel 8 Honorering

Partijen komen overeen dat Zilveren Kruis de zorgaanbieder voor de aan verzekerden verleende zorg, zoals omschreven in de voorgaande artikelen, zal honoreren conform de vigerende Prestatie- en tariefbeschikking tandheelkundige zorg van de NZa.

De zorgaanbieder declareert de zorg die onder deze overeenkomst valt in de vorm van een 5-minutentarieef (U05).

In aanvulling hierop wordt afgesproken:

1. dat voorzieningen die niet onder de zorgafspraken vallen, niet voor vergoeding in aanmerking komen. Hieronder wordt bijvoorbeeld verstaan: voorzieningen die voor het functioneren van een volledige uitneembare prothese niet van wezenlijk belang zijn zoals het op verzoek van de verzekerde aanbrengen van restauraties, gouden elementen respectievelijk transparant palatum. Indien op uitdrukkelijk verzoek van de verzekerde dergelijke extra's worden aangebracht, komen de meerkosten niet ten laste van de basisverzekering noch van de aanvullende verzekering;
2. dat, indien er sprake is van een wettelijke eigen bijdrage, de zorgaanbieder deze bij de verzekerde declareert en niet bij Zilveren Kruis;
3. dat er naast prestaties U05 voor dezelfde behandeling in het kader van de tandheelkundige zorg, geen andere prestaties gedeclareerd mogen worden, met uitzondering van de prestatie J057, kosten van intraveneuze sedatie en algehele anesthesie (A20), röntgenonderzoek (X10, X21, X22, X24 en X25) en de kostentarieven (B12, H21, E04, J001, J002 en J050). Dit met inachtneming van het bepaalde in artikel 4 lid 4 en artikel 5 lid 2 onder het tweede bolletje;
4. dat de kosten voor tandtechniek (voor zover uitbesteed aan een tandtechnisch laboratorium) separaat kunnen worden doorberekend tegen de werkelijke kosten tot maximaal de maximum techniek- en materiaalkosten van Zilveren Kruis (zie bijlage bij deze overeenkomst); dit met inachtneming van hetgeen de NZa daarover in haar van toepassing zijnde regelgeving heeft bepaald. De kosten voor tandtechniek in eigen beheer kunnen in rekening worden gebracht door middel van de prestaties uit en conform de vigerende Prestatie- en tariefbeschikking tandtechniek in eigen beheer van de NZa. Hogere kosten/tarieven dan de betreffende maximumtarieven voor tandtechniek in eigen beheer kunnen niet in rekening worden gebracht;

5. dat, indien een reparatie nodig is als gevolg van een tandtechnische tekortkoming als bedoeld in de leveringsvoorwaarden van het tandtechnisch laboratorium de kosten hiervan niet bij Zilveren Kruis in rekening worden gebracht;
6. dat de kosten voor OPD-B behandelingen gedeclareerd worden volgens de vigerende Prestatie- en tariefbeschikking voor tandheelkundige zorg (G-codes) en niet op de prestatie U05;
7. dat de kosten voor orthodontische behandelingen gedeclareerd worden volgens de vigerende Prestatie- en tariefbeschikking Orthodontische zorg (F-codes) en niet op de prestatie U05.

Artikel 9 Eigen bijdrage

Voor zorg als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering betaalt de verzekerde van achttien jaar of ouder, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering niet van toepassing is. Dat wil zeggen de bedragen van de prestaties met bijbehorende prestatiecodes die in rekening zouden zijn gebracht als er geen sprake was van bijzondere tandheelkunde in een Praktijk voor Bijzondere Zorggroepen.

Bij zorg aan volwassen angstpatiënten (18 jaar en ouder) geldt bijvoorbeeld altijd een eigen bijdrage voor de tandheelkundige behandelingen die uitgevoerd zijn (de bedragen van de reguliere prestaties met bijbehorende prestatiecodes).

Voor een mesostructuur, volledige (overkappings-)prothese en wijzigingen en herstel is de eigen bijdrage voor de verzekerde net zo hoog als in het geval dat de behandeling op basis van reguliere prestatiecodes uitgevoerd zou zijn:

- 25% van de kosten (P-codes en techniekkosten) voor een conventionele uitneembare volledige prothese.
- 10% van de kosten (J-codes en techniekkosten) voor een implantaatgedragen onderprothese en voor een implantaat-mesostructuur in de onderkaak.
- 8% van de kosten (J-codes en techniekkosten) voor een implantaatgedragen bovenprothese en voor een implantaat-mesostructuur in de bovenkaak.
- 17% van de kosten (J080 en techniekkosten) voor een combinatie van een prothese op implantaten en een niet implantaat-gedragen prothese.
- 10% van de totale kosten bij een reparatie, relining of rebasings van iedere prothetische voorziening (P- of J-codes en techniekkosten).

Andere situaties waarvoor een eigen bijdrage geldt, zijn hier niet verder toegelicht.

Artikel 10 Declareren

1. Partijen verplichten zich hetgeen is vastgelegd in het vigerende Declaratieprotocol Mondzorg behorend bij de Overeenkomst Zilveren Kruis – Aanbieder Mondzorg na te leven. Het declaratieprotocol is te raadplegen via de website van Zilveren Kruis. Bij eventuele tegenstrijdigheden geldt dat onderhavige overeenkomst voorgaat op het declaratieprotocol.
2. In de declaratie voor bijzondere tandheelkunde wordt de volgende voorloopcode meegegeven: 002 Implantologie, 003 Bijzondere tandheelkunde, tandheelkundige afwijkingen, 004 Handicap of anders medisch gecompromitteerd.
3. Het bedrag voor de wettelijke eigen bijdrage wordt ingevuld in rubriek 0428 (bedrag vermindering bijzondere tandheelkunde) van de externe integratie standaard van VECOZO (MZ301). Meer informatie daarover is te vinden in de invulinstructies op <https://www.vektis.nl/standaardisatie/standaarden/MZ301-1.3>.
4. Op de mondzorg die buiten het kader van deze overeenkomst voor vergoeding in aanmerking komt, zijn de Algemene voorwaarden mondzorg van toepassing (te raadplegen via www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders;

zie achtereenvolgens onder 'Mondzorg', 'Beleid & contract', 'Vragen & antwoorden' en 'Hanteert Zilveren Kruis algemene voorwaarden?').

Artikel 11 Controle

1. Partijen verschaffen elkaar alle inlichtingen die zij redelijkerwijs nodig hebben voor een inzicht in de nakoming van hun, in deze overeenkomst aangegane, verplichtingen.
2. Zilveren Kruis is bevoegd en verplicht om conform de bepalingen van de Zorgverzekeringswet, de Regeling zorgverzekering en de Wet marktordening gezondheidszorg formele en materiële controle uit te oefenen op de zorg verleend door de zorgaanbieder en Zilveren Kruis controleert of de geleverde zorg voldoet aan de overeengekomen kwaliteitseisen.
3. De controle vindt plaats met inachtneming van de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit, het bepaalde in het vorige lid en met inachtneming van het bepaalde in de Zorgverzekeringswet, Regeling zorgverzekering, de (Uitvoeringswet) Algemene Verordening Gegevensbescherming en de Gedragscode voor zorgverzekeraars.
4. Een controle gaat niet verder terug dan 2 kalenderjaren voorafgaand aan het kalenderjaar waarin de controle aan de zorgaanbieder bekend is gemaakt, tenzij op basis van bevindingen van eerdere controles of signalen een verlenging van deze periode gerechtvaardigd is. In dat geval wordt de periode maximaal verlengd tot 5 kalenderjaren. Zodra Zilveren Kruis deze conclusie heeft getrokken, wordt dit zo spoedig mogelijk gemotiveerd medegedeeld aan de zorgaanbieder. De declaraties voor de controle worden geselecteerd op behandeldatum en niet op factuurdatum.
5. Indien sprake is van geconstateerde onrechtmatigheid en/of ondoelmatigheid (waaronder het niet voldoen aan de overeengekomen kwaliteitseisen) in/van de geleverde zorg, kan Zilveren Kruis de zorgaanbieder hierop aanspreken.
6. Afhankelijk van de ernst en zwaarte van het geconstateerde feit kan Zilveren Kruis overwegen één of meer van de volgende stappen te nemen (deze opsomming is niet limitatief):
 - a. het opleggen van een waarschuwing;
 - b. het maken van een verbeterafpraak;
 - c. het registreren van de zorgaanbieder in de door verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
 - d. terugvordering van (een deel) van het bedrag aan onrechtmatig en/of ondoelmatig bestempelde declaraties en de onderzoekskosten al dan niet gevolgd door verrekening met nog openstaande dan wel toekomstige declaraties. Voor de termijn waarbinnen de terugvordering wordt ingesteld wordt aangesloten bij het bepaalde in het Burgerlijk Wetboek;
 - e. een klacht indienen bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg; en/of
 - f. melding c.q. aangifte doen bij de bevoegde opsporingsinstanties (zoals Fiod-ECD, het Openbaar Ministerie);
 - g. opzegging van de overeenkomst.

Artikel 12 Overdracht van rechten

1. De zorgaanbieder mag, met uitzondering van pandrechten en het uit handen geven van een vordering aan een incassobureau, geen rechten en/of plichten uit de overeenkomst overdragen aan derden zonder expliciete voorafgaande schriftelijke toestemming van Zilveren Kruis.
2. Als de zorgaanbieder buiten toestemming van Zilveren Kruis rechten en/of plichten uit deze overeenkomst overdraagt aan één of meer derden, dan vervalt de overeenkomst van rechtswege per datum van de overdracht van de rechten en/of plichten.

Artikel 13 Fraude

1. De zorgaanbieder kan bij fraude het recht op vergoeding uit hoofde van deze overeenkomst (gedeeltelijk) verliezen. Hierbij neemt Zilveren Kruis de proportionaliteit in acht.
2. In het geval van fraude kan Zilveren Kruis naar eigen keuze en in ieder geval één of meerdere van de hierna beschreven maatregelen treffen:
 - a. de ten onrechte uitgekeerde betaling en de gemaakte onderzoekskosten terugvorderen of verrekenen;
 - b. deze overeenkomst met onmiddellijke ingang beëindigen;
 - c. registratie van fraude doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
 - d. een klacht indienen bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg; en/of
 - e. melding c.q. aangifte doen bij de bevoegde opsporingsinstanties (zoals Fiod-ECD, het Openbaar Ministerie).

Artikel 14 Overig

Door het tot stand komen van deze overeenkomst, komen alle lopende afspraken tussen partijen ter zake van de in deze overeenkomst te regelen zorg, te vervallen. Wijzigingen in deze overeenkomst kunnen slechts worden aangebracht met uitdrukkelijke instemming van de zorgaanbieder en Zilveren Kruis. Zij gaan, tenzij anders overeengekomen, onmiddellijk in na schriftelijke vastlegging in een nieuwe overeenkomst en/of bijlagen. Mondelinge afspraken, onverschillig van welke aard door wie of wanneer zij gemaakt zijn, missen zonder schriftelijke bevestiging elke rechtskracht.

Artikel 15 Vrijwaringen

1. De zorgaanbieder sluit een aansprakelijkheidsverzekering af die een dekking biedt tot een bedrag en onder voorwaarden zoals die binnen de beroepsgroep gebruikelijk is. De zorgaanbieder geeft op eerste verzoek, indien daar een aanleiding toe bestaat, aan Zilveren Kruis een kopie van de polis en de voorwaarden van de in dit kader relevante verzekering.
2. Indien Zilveren Kruis door een verzekerde aansprakelijk wordt gesteld voor toerekenbare tekortkomingen in de zorgverlening, zal de zorgaanbieder Zilveren Kruis vrijwaren voor schade die de verzekerde lijdt als gevolg van een tekortkoming in de nakoming van enige verbintenis die op de zorgaanbieder rust.

Artikel 16 Geschillen

1. In geval van een geschil tussen partijen zal worden getracht dit eerst in onderling overleg op te lossen.
2. Geschillen die niet in onderling overleg kunnen worden opgelost, kunnen worden voorgelegd aan de Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering zoals ondergebracht bij het Nederlands Arbitrage Instituut dan wel aan de bevoegde rechtbank te Den Haag.
3. Een geschil is aanwezig zodra één der partijen dit schriftelijk aan de andere partij kenbaar maakt.

Artikel 17 UBO's

1. Indien gedurende de looptijd van de overeenkomst wijzigingen optreden ten aanzien van de Ultimate beneficial owner(s) (UBO('s)) van de zorgaanbieder dan is de zorgaanbieder verplicht dit onverwijld mede te delen aan Zilveren Kruis.
2. De zorgaanbieder is verplicht zich te houden aan alle relevante wet- en regelgeving, waaronder maar niet beperkt tot de Sanctiewet 1977.
3. Zilveren Kruis is gerechtigd deze overeenkomst tussentijds met onmiddellijke ingang dan wel op een door Zilveren Kruis nader te bepalen datum op te zeggen indien Zilveren Kruis schending van de verplichtingen genoemd in voorgaande leden constateert. Betalingen aan de zorgaanbieder kunnen bij voornoemde schending per direct worden opgeschort.

Artikel 18 Duur en (tussentijdse) beëindiging van de overeenkomst

1. Deze overeenkomst eindigt door het verstrijken van de overeengekomen tijdsduur of door het verstrijken van de tijdsduur waarmee de overeenkomst stilzwijgend is verlengd en eindigt tussentijds:
 - a. met wederzijds goedvinden;
 - b. door ontbinding van de overeenkomst in of buiten rechte;
 - c. door opzegging van de overeenkomst (per onmiddellijke ingang) door Zilveren Kruis, als met het oog op de wettelijke zorgplicht van Zilveren Kruis of financiële situatie van de zorgaanbieder voortzetting van de overeenkomst in redelijkheid niet meer van Zilveren Kruis kan worden verlangd;
 - d. door opzegging van de overeenkomst wegens gewichtige redenen per onmiddellijke ingang door één der partijen;
 - e. zodra de zorgaanbieder als gevolg van een besluit van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd of de minister van VWS of een uitspraak van de tuchtrechter of de strafrechter de overeengekomen zorg niet of niet volledig kan verlenen;
 - f. als de zorgaanbieder niet langer in staat is het beroep volgens de standaard van de beroepsgroep uit te oefenen, de zorgaanbieder niet bevoegd is tot het uitoefenen van het beroep of de zorgaanbieder (gedeeltelijk) is geschorst of ontzet is van/uit de beroepsuitoefening;
 - g. door opzegging door Zilveren Kruis met onmiddellijke ingang als ten gevolge van de uitkomsten van een controle en/of een onderzoek naar fraude zoals bedoeld in deze overeenkomst, voortzetting van de overeenkomst in redelijkheid niet meer van Zilveren Kruis kan worden gevergd;
 - h. door faillissement van één van de partijen, met ingang van de dag waarop het faillissement is uitgesproken;
 - i. zodra de zorgaanbieder niet meer voldoet aan de definitie in deze overeenkomst;
 - j. door opheffing van de rechtspersoon/rechtsvorm die de zorgaanbieder exploiteert, met ingang van de dag van de opheffing.
2. Zilveren Kruis kan de overeenkomst tussentijds beëindigen in de volgende situaties:
 - a. zodra blijkt dat de zorgaanbieder gedurende de looptijd van de overeenkomst niet meer voldoet aan alle voorwaarden of de verbeterafspraken niet binnen de afgesproken tijd wordt gerealiseerd;
 - b. door opzegging met onmiddellijke ingang als uit controle blijkt dat niet wordt voldaan aan bepalingen met betrekking tot kwaliteit, doelmatigheid, deskundigheid en aansprakelijkheid voortvloeiend uit deze overeenkomst;
 - c. door opzegging (met onmiddellijke ingang) indien de situatie van artikel 17 lid 3 zich voordoet;
 - d. zodra blijkt dat de zorgaanbieder niet aantoonbaar al het mogelijke heeft gedaan om voor continuïteit van zorg c.q. praktijkvoering zorg te dragen en/of de continuïteit niet kan aantonen.

3. Partijen kunnen de overeenkomst tussentijds beëindigen in de volgende situaties:
 - a. in geval van niet nakoming van de verplichtingen door één der partijen, waarbij de andere partij tweemaal een verzoek heeft gedaan tot nakoming van de verplichtingen uit deze overeenkomst;
 - b. door surseance van betaling aan één van de partijen, met ingang van de dag waarop de surseance wordt verleend;
 - c. bij zodanige wijzigingen in wet- en regelgeving, dat instandhouding van onderhavige overeenkomst redelijkerwijs niet kan worden verlangd van één van de partijen.
4. De partij die de overeenkomst tussentijds eindigt, deelt dit schriftelijk en expliciet mee aan de andere partij.
5. Bij beëindiging van deze overeenkomst is Zilveren Kruis gerechtigd eventuele al aan de zorgaanbieder betaalde bedragen (voorschotten) te verrekenen met het door de zorgaanbieder tot het moment van beëindiging van deze overeenkomst gedeclareerde bedrag, en ook met eventuele nog openstaande of toekomstige declaraties van de zorgaanbieder.