

## Convenant ketenprocessen medisch specialistische zorg (MSZ) en kaakchirurgie 2023

Bij dit convenant horen

Bijlage 1	Uniforme declaratieparagraaf
Bijlage 1a	Invuldocument bij uniforme declaratieparagraaf
Bijlage 1b	Contactpersonen Zorgverzekeraar - Zorgaanbieders
Bijlage 2	Uniforme omgangsregels (achteraf)controles
Bijlage 3	Uniforme afspraken betaalstop (als van toepassing)

### Ondergetekenden:

- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, gevestigd te Utrecht, te dezer zake rechtsgeldig vertegenwoordigd door de heer S. Gerritsen directeur hierna te noemen **NVZ**,
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, gevestigd te Utrecht, te dezer zake rechtsgeldig vertegenwoordigd door J.A.M. Landman, directeur hierna te noemen **NFU**,
- Zorgverzekeraars Nederland, gevestigd te Zeist, te dezer zake rechtsgeldig vertegenwoordigd door mevrouw P.H. van Holst-Wormser, algemeen directeur hierna te noemen **ZN**,
- Federatie Medisch Specialisten, gevestigd te Utrecht, te dezer zake rechtsgeldig vertegenwoordigd door de heer dr. B. Heesen, algemeen directeur hierna te noemen **FMS**,
- Zelfstandige Klinieken Nederland, gevestigd te Zoetermeer, te dezer zake rechtsgeldig vertegenwoordigd door mevrouw P. Timmerman, directeur hierna te noemen **ZKN**,

### Overwegende dat:

- Zorgaanbieders zich primair moeten richten op het leveren van kwalitatief goede zorg en niet geconfronteerd moeten worden met onnodige administratieve lasten;
- Zorgverzekeraars het overgrote deel van de (operationele) administratieve processen als non-concurrentieel beschouwen. Dit leidt ertoe dat uniforme afspraken over de administratieve processen uitsluitend betrekking hebben op non-concurrentiële aangelegenheden;
- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars ketenpartners zijn en gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor het efficiënt en effectief inrichten van de (operationele) administratieve processen zoals het declaratieproces, controleproces en machtigingenproces. Dit noemen we verder ketenprocessen;
- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars daarom intensief samenwerken en ernaar streven om ketenprocessen zoveel mogelijk uniform en geautomatiseerd te laten verlopen;

- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars streven naar de inzet van gezamenlijke diensten en verdergaande standaardisatie van ketenprocessen;
- Eenduidige afspraken over (elektronisch) declaratieverkeer ten doel hebben het de verzekerde zo makkelijk mogelijk te maken en de administratieve last van verzekerde, zorgverzekeraar en zorgaanbieder zo beperkt mogelijk te houden;
- Heldere regelgeving essentieel is bij het uniform vormgeven van ketenprocessen en partijen zich daarom gezamenlijk inzetten om:
  - (Complexe) regelgeving gezamenlijk juist en eenduidig te interpreteren;
  - Te zorgen dat onduidelijkheden in regelgeving sneller worden aangepast;
- Zorgverzekeraars zowel een wettelijke als maatschappelijke verplichting hebben om declaraties van zorgaanbieders op juist- en rechtmatigheid (correct declareren) te controleren;
- Zorgaanbieders zowel een wettelijke als een maatschappelijke verplichting hebben om juiste en rechtmatige declaraties aan zorgverzekeraars aan te bieden;
- De hiernavolgende afspraken betrekking hebben op declaraties en controles van medisch specialistische zorg en kaakchirurgie die voortvloeien uit aanspraken op grond van de Zorgverzekeringswet en aanvullende verzekeringen;
- Ondergetekenden brancheorganisaties zijn. Dit betekent dat zij zich maximaal zullen inspannen om te bewerkstelligen dat hun leden de afspraken in het convenant naleven.

## **Verklaren het volgende te zijn overeengekomen:**

### **Artikel 1 Hanteren uniforme declaratieparagraaf**

1. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars verplichten zich om de uniforme declaratieparagraaf te hanteren zoals die is opgenomen in bijlage 1.

### **Artikel 2 Hanteren uniforme machtigingenprocedure**

1. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn aangesloten op het machtigingenportaal van VECOZO en gebruiken de daarbij behorende procedures.
2. De machtigingsaanvragen via het Machtigingenportaal van VECOZO bevatten de volledig benodigde informatie inclusief foto's, die noodzakelijk zijn voor de beoordeling van de aanspraak.

### **Artikel 3 Gebruik Grouper VECOZO**

1. Zorgaanbieders maken voor de afleiding ten behoeve van declaraties en het bepalen van de omvang van het Onderhanden Werk (OHW) gebruik van de VECOZO Grouper en hanteren de daarbij behorende procedures.

#### **Artikel 4 Hanteren uniforme omgangsregels (achteraf)controles**

1. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars verplichten zich om de uniforme Omgangsregels achterafcontroles te hanteren zoals die is opgenomen in bijlage 2.

#### **Artikel 5 Invoering en uitfasering externe integratie berichten**

De hieronder weergegeven afspraken zijn van toepassing op alle gebruikte externe integratie standaarden voor ketenprocessen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

1. Als een nieuwe versie wordt ontwikkeld van de vigerende Vektis declaratie- en COV-standaarden is deze uiterlijk 9 maanden na publicatie ingevoerd door zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De periode van negen maanden start op de 1e dag van de maand na publicatie van de definitieve versie.
2. Per invoering van een externe integratie standaard wordt tenminste onderstaande besproken:
  - a. Een startdatum en einddatum van de uitwisselingstestperiode;
  - b. ZN, NVZ, NFU, ZKN en FMS maken afspraken over mogelijke ondersteuning van de invoering t.b.v. hun leden. Hiervoor stellen zij een implementatiedraaiboek op. Partijen spreken af wat de invoeringsdatum is wanneer de nieuwe externe integratie standaard door zorgaanbieders en zorgverzekeraars gebruikt kan worden;
  - c. Een uitfaseringsdatum waarop de oude externe integratie standaard niet meer door zorgaanbieders en zorgverzekeraars gebruikt mag worden en dus de nieuwe externe integratie standaard gebruikt moet worden.

#### **Artikel 6 Afhandelen vragen**

1. Als de zorgverzekeraar een declaratie heeft ontvangen van de zorgaanbieder, is de zorgverzekeraar het eerste aanspreekpunt bij vragen van verzekerden. De zorgverzekeraar is daarbij de belangenbehartiger van de verzekerde. De zorgverzekeraar neemt zo nodig contact op met de zorgaanbieder.
  - a. Vragen over de afhandeling van de declaratie worden door de zorgverzekeraar beantwoord.
  - b. De zorgverzekeraar stuurt vragen die betrekking hebben op de geleverde zorg aan de zorgaanbieder ter beantwoording. Hierbij zal de zorgaanbieder binnen 5 werkdagen reageren richting de verzekeraar. Als vervolgens de verzekeraar moet reageren gebeurt dit ook binnen 5 werkdagen. Het gaat hier niet om medisch inhoudelijke vragen, maar om vragen of de patiënt/verzekerde daadwerkelijk in het ziekenhuis is geweest of als een verzekerde de "behandeling" niet herkent. Voor echt medisch inhoudelijke vragen verwijst de zorgverzekeraar de verzekerde naar de zorgaanbieder.
  - c. De zorgverzekeraar beantwoordt vragen die betrekking hebben op de hoogte van de vergoeding, eigen risico en eventuele eigen bijdrage.
  - d. De zorgverzekeraar beantwoordt vragen die gaan over de systematiek van het declaratieproces (DBC, zorgactiviteiten en dergelijke).
2. Als de zorgaanbieder een restitutenota naar de verzekerde stuurt is de zorgaanbieder het eerste aanspreekpunt bij vragen van de verzekerde. Als de zorgaanbieder er niet uitkomt met

de verzekerde kan contact opgenomen worden met de zorgverzekeraar.

3. De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder hanteren zoveel mogelijk dezelfde termen en omschrijvingen om de verzekerde/patiënt te informeren.
4. Als de verzekerde wel zelf direct contact zoekt met de zorgaanbieder, dan staat deze de verzekerde te woord en beantwoordt de vraag voor zover dat mogelijk is. Alleen in die gevallen dat de vraag alleen door de zorgverzekeraar beantwoord kan worden, verwijst de zorgaanbieder de verzekerde door naar de zorgverzekeraar.

## **Artikel 7           Aanvullende afspraken**

1. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars overleggen periodiek over operationele issues en om verder te werken aan het terugdringen van administratieve lasten. Deelnemers zijn FMS, NFU, NVZ, ZKN en ZN en een afvaardiging van de respectievelijke achterbannen. Dit overleg heeft als naam OZZ.
2. Onderwerpen voor bespreking in het OZZ zijn onder andere (niet limitatief):
  - a. Te komen tot een generieke uniforme declaratiestandaard voor alle zorgsoorten;
  - b. Het verbeteren van de onderlinge bereikbaarheid tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders t.b.v. informatievoorziening aan de patiënt/verzekerde;
  - c. Te komen tot een generieke uniforme declaratiestandaard voor het declareren van Onderlinge Dienstverlening (ODV);
  - d. Te komen tot het uniformeren van retourcodes;
  - e. Te komen tot een uniforme verrekeningspecificatie.
3. Het OZZ pakt naar eigen inzichten nieuwe speerpunten op.

## **Artikel 8           Evaluatie en bijstelling**

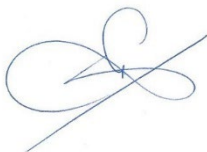
1. Het convenant en de hierin opgenomen afspraken zijn gemaakt met inachtneming van de huidige wet- en/of regelgeving. Bij wijzigingen van wet- en/of regelgeving die van invloed zijn op de afspraken in dit convenant, maken ZN, FMS, NVZ, ZKN en NFU in de OZZ, indien gewenst of noodzakelijk, nieuwe afspraken.
2. Voor zover op enig moment één of meerdere afspraken nietig mochten blijken te zijn, blijven de overige afspraken onverkort van kracht.
3. Het convenant wordt tenminste jaarlijks geëvalueerd in het OZZ en kan, indien noodzakelijk, worden bijgesteld.

Aldus in drievoud opgemaakt en ondertekend,



P.H. van Holst-Wormser,

Algemeen directeur Zorgverzekeraars Nederland



S. Gerritsen

Directeur Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



dr. B. Heesen,

Algemeen directeur Federatie Medisch Specialisten



P. Timmerman

Directeur Zelfstandige Klinieken Nederland



J.A.M. Landman,

Directeur Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra