

Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2019



Inleiding	3
Definities	4
Doelmatigheid en kwaliteit	5
<i>Artikel 1 – Doelmatigheid en Kwaliteit Zorg</i>	<i>5</i>
<i>Artikel 2 – Onderaannemers en waarneming</i>	<i>5</i>
Governance van de zorgaanbieder	5
<i>Artikel 3 – Governance</i>	<i>5</i>
Beroepsaansprakelijkheidsverzekering zorgaanbieder	5
<i>Artikel 4 – Verzekering en vrijwaring</i>	<i>5</i>
Bepalingen van administratieve aard	6
<i>Artikel 5 – Controle op verzekeringsrecht</i>	<i>6</i>
<i>Artikel 6 – Declareren</i>	<i>6</i>
<i>Artikel 7 – Verhaal van de zorgverzekeraar op derden</i>	<i>6</i>
<i>Artikel 8 – Retourinformatie</i>	<i>6</i>
<i>Artikel 9 – Declareren via derden</i>	<i>6</i>
Financieel	7
<i>Artikel 10 – Recht op betaling</i>	<i>7</i>
<i>Artikel 11 – Betalingswijze en -termijn</i>	<i>7</i>
Controle	8
<i>Artikel 12 – Controle</i>	<i>8</i>
<i>Artikel 13 – Controles op basis van de benchmark</i>	<i>8</i>
Fraude	9
<i>Artikel 14 – Fraude</i>	<i>9</i>
Informatie/merk/klachtenregeling	9
<i>Artikel 15 – Algemeen</i>	<i>9</i>
<i>Artikel 16 – Informatieverstrekking</i>	<i>9</i>
<i>Artikel 17 – Informatievoorziening aan de verzekerde</i>	<i>10</i>
<i>Artikel 18 – Bescherming van gegevens</i>	<i>10</i>
<i>Artikel 19 – Naam, merk of logo zorgverzekeraar</i>	<i>10</i>
Overige bepalingen	10
<i>Artikel 20 – Overdracht van rechten en verplichtingen</i>	<i>10</i>
<i>Artikel 21 – Einde van de overeenkomst anders dan door tijdsverloop</i>	<i>10</i>
<i>Artikel 22 – Wijzigen/aanvullen van de overeenkomst</i>	<i>11</i>
<i>Artikel 23 – Toepasselijk recht en geschillen</i>	<i>12</i>
Bijlage 1	13
<i>Zorgverzekeraar en Merken</i>	<i>13</i>
<i>Volmachten</i>	<i>13</i>

Inleiding

Geachte lezer,

Voor u liggen de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2019. Ze gelden voor alle zorgaanbieders waarmee de zorgverzekeraars van Coöperatie VGZ U.A. hierna: "VGZ" een contractuele relatie aangaan en ze vormen een onmisbaar element in het streven van VGZ om samen met alle partijen in de zorg goede, betaalbare en toekomstbestendige zorg te organiseren.

VGZ wil voor haar klanten zinnige zorg een impuls geven. Zinnige zorg is betere zorg voor de patiënt, tegen lagere kosten. We zien het als onze rol om zinnige zorg te faciliteren en stimuleren. Daarbij geloven we in co-creatie met zorgaanbieders, belangenorganisaties, patiënten en andere verzekerden.

Om dit te kunnen realiseren, hebben we u als zorgaanbieder hard nodig. Natuurlijk hebben we ieder onze eigen rol, maar alleen in onderlinge samenwerking kunnen we ervoor zorgen dat uw patiënten - onze verzekerden en leden - zo goed mogelijk worden geholpen en dat alle Nederlanders toegang houden tot goede zorg voor een betaalbare prijs.

Samenwerking en het ondersteunen van koplopers in de zorg zijn daarbij belangrijke begrippen. Van VGZ mag u verwachten dat wij daarbij duidelijk zijn over ons inkoopbeleid. Vandaar ook dat wij deze algemene voorwaarden inzichtelijk maken voor u en onze verzekerden. Van u als zorgaanbieder vragen we inzicht in gegevens over de gepastheid van zorg, waar mogelijk van medisch-inhoudelijke kwaliteit, van klantbeleving en doelmatigheid, zodat we onze inkoop daarop kunnen baseren en onze verzekerden hierover kunnen informeren en adviseren.

Ik hoop op een vruchtbare en prettige samenwerking: sámen zorgen we ervoor dat de zorg in Nederland gepast, van hoge kwaliteit, betaalbaar en voor iedereen toegankelijk is en blijft.

Met vriendelijke groet,

Ab Klink

Lid van de Raad van Bestuur van Coöperatie VGZ U.A.

Definities

In deze algemene voorwaarden wordt verstaan onder:

- a. AGB: Algemeen Gegevens Beheer zorgverleners, register waarin gegevens van zorgverleners worden vastgelegd, voorzien van een unieke code, de AGB code;
- b. Betaling: de opdracht aan de bank om tot betaling van een declaratie over te gaan;
- c. Detailcontrole: onderzoek door de zorgverzekeraar naar bij de zorgaanbieder berustende persoonsgegevens met betrekking tot eigen verzekerden ten behoeve van materiële controle of fraudeonderzoek;
- d. Eigen bijdrage/eigen risico: aandeel in de kosten van zorg dat voor rekening van de verzekerde blijft;
- e. Externe Integratie (EI) standaard: standaard voor de elektronische berichtenuitwisseling zoals beschreven in het door Vektis opgestelde en gepubliceerde rapport;
- f. Formele controle: een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar 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 goedgekeurd of vastgesteld of een tarief is dat voor die prestaties met de zorgaanbieder is overeengekomen;
- g. Fraude: de situatie waarin de zorgaanbieder bewust valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden of verduistering pleegt of tracht te plegen ten nadele van 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;
- h. Fraudeonderzoek: een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of er sprake is van fraude door de verzekerde of de zorgaanbieder, zoals omschreven onder sub g;
- i. Materiële controle: een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde;
- j. Medewerker: een persoon door de zorgaanbieder ingezet bij de verlening van de zorg, al dan niet in loondienst bij de zorgaanbieder;
- k. Onderaannemer: de rechtspersoon of de natuurlijke persoon die de zorgaanbieder voor (een deel van) de verlening van zorg inschakelt, die niet in loondienst is bij de zorgaanbieder;
- l. Overeenkomst: de overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder inhoudende de voorwaarden waaronder de zorgaanbieder in opdracht van de zorgverzekeraar zorg zal leveren aan de verzekerden van de zorgverzekeraar;
- m. Professionele standaard: de zorgaanbieder verleent zorg met inachtneming van de voor hem toepasselijke richtlijnen, standaarden en protocollen, behoudens voor zover in het belang van een goede patiëntenzorg afwijking daarvan is geboden hetwelk moet blijken uit het medisch dossier van de verzekerde;
- n. Tarief: de prijs voor een zorgproduct dat zorgverzekeraar en zorgaanbieder met elkaar overeen zijn gekomen. Dit tarief wordt geacht mede te omvatten btw, indien en voor zover ter zake van de door de zorgaanbieder geleverde producten en/of diensten, btw verschuldigd is;
- o. Vecozo: de door Vecozo B.V. beschikbaar gestelde internetapplicatie voor het administratieve verkeer van zorgaanbieders;
- p. Verzekerde: de persoon die een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet en/of een aanvullende verzekeringsovereenkomst heeft gesloten met de zorgverzekeraar, en die recht heeft op de zorg in natura dan wel op gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten van de zorg;
- q. Zorg: diensten en/of producten geleverd door de zorgaanbieder op grond van de overeenkomst tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar;
- r. Zorgaanbieder: de natuurlijke persoon, rechtspersoon of maatschap zoals omschreven in de overeenkomst met de zorgverzekeraar;
- s. Zorgverzekeraar(s): als omschreven in deze overeenkomst met de zorgaanbieder waaronder kan zijn begrepen de volmacht(en) (zie bijlage).

Doelmatigheid en kwaliteit

Artikel 1 – Doelmatigheid en Kwaliteit Zorg

1. De zorgaanbieder neemt bij het verlenen van zorg de eisen in acht die volgens de algemeen aanvaarde professionele standaard redelijkerwijs aan de te leveren zorg mogen worden gesteld en handelt in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving waaronder privacywetgeving, de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), de regels gesteld bij of krachtens titel 7, afdeling 5 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling), de Zorgverzekeringswet, Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), Wet op de beroepen individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi).
2. De zorgaanbieder biedt goede zorg aan. Onder goede zorg wordt conform de Wkkgz verstaan: zorg van goede kwaliteit en van een goed niveau die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de verzekerde, waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard en waarbij de rechten van de verzekerde zorgvuldig in acht worden genomen en de verzekerde ook overigens met respect wordt behandeld.
3. De zorgaanbieder laat zich bij de verlening van zorg mede leiden door overwegingen van doelmatigheid, waaronder in elk geval begrepen een afweging van de kosten en baten van de zorg. Hij verleent geen zorg die leidt tot onnodige kosten.
4. De zorgaanbieder hanteert aantoonbaar een gedegen screeningsbeleid ten aanzien van zijn medewerkers. Tevens draagt hij er zorg voor dat zij aantoonbaar beschikken en blijven beschikken over de deskundigheid en vakbekwaamheid die benodigd is voor het verlenen van de zorg.
5. De zorgaanbieder hanteert de geldende treeknorm voor maximaal aanvaardbare wachttijden. Als dit laatste niet mogelijk is, dan wordt de verzekerde hierover door de zorgverlener geïnformeerd. De maximaal aanvaardbare wachttijden per zorgsector staan vermeld op de website van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.
6. De zorgaanbieder kan het aangaan van een behandelrelatie met een patiënt slechts weigeren of de behandelrelatie slechts beëindigen wegens gewichtige redenen, tenzij er sprake is van een spoedeisende situatie.
7. De zorgaanbieder beschikt over een klachtenprocedure en hanteert daartoe een reglement voor klachtbehandeling dat voldoet aan de wettelijke eisen (conform Wkkgz). De zorgaanbieder informeert de verzekerde over het bestaan van deze klachtenregeling.

Artikel 2 – Onderaannemers en waarneming

1. De zorgaanbieder behoeft de schriftelijke goedkeuring van de zorgverzekeraar voor de inzet van onderaannemers, met uitzondering van de situatie dat de inzet van de onderaannemer ziet op waarneming voor maximaal 6 maanden. De inschakeling van een onderaannemer geschiedt voor eigen rekening en risico van de zorgaanbieder en doet niet af aan de verplichtingen van de zorgaanbieder uit deze overeenkomst. Zorgverzekeraar neemt uitsluitend declaraties van zorgaanbieder in behandeling en niet van de onderaannemer.
2. De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om de zorg geleverd in onderaanneming, die niet aan de gestelde eisen in deze overeenkomst voldoet dan wel die niet bij de inschrijving is gemeld of waarvoor geen toestemming is verleend door de zorgverzekeraar, niet te vergoeden.
3. De zorgverzekeraar is gerechtigd om één keer per kalenderjaar een overzicht op te vragen met de door de zorgaanbieder gecontracteerde onderaannemers.

Governance van de zorgaanbieder

Artikel 3 – Governance

De zorgaanbieder handelt overeenkomstig de Governancecode Zorg voor zover deze op hem van toepassing is.

Beroepsaansprakelijkheidsverzekering zorgaanbieder

Artikel 4 – Verzekering en vrijwaring

1. De zorgaanbieder sluit een aansprakelijkheidsverzekering af die een dekking biedt tot een bedrag en onder voorwaarden die gebruikelijk zijn voor zorgaanbieders in de zin van de overeenkomst. De zorgaanbieder geeft op eerste verzoek aan de zorgverzekeraar een kopie van de polis en de voorwaarden van de in dit kader relevante verzekering. De zorgaanbieder is gehouden de verzekering als bedoeld in de eerste volzin gedurende de looptijd van deze overeenkomst in stand te houden.

2. Indien de zorgverzekeraar door een verzekerde aansprakelijk wordt gesteld voor toerekenbare tekortkomingen in de zorgverlening, zal de zorgaanbieder de zorgverzekeraar vrijwaren voor schade die de verzekerde lijdt als gevolg van een tekortkoming in de nakoming van enige verbintenis die op de zorgaanbieder rust.

Bepalingen van administratieve aard

Artikel 5 – Controle op verzekeringsrecht

1. De zorgverzekeraar stelt elke werkdag geactualiseerde gegevens van haar verzekerden beschikbaar voor controle op verzekeringsrecht (COV) via Vecozo.
2. De zorgaanbieder stelt voor het aangaan van de behandelrelatie aan de hand van een rechtsgeldig identiteitsbewijs vast dat de patiënt en de verzekerde dezelfde persoon zijn.
3. De zorgaanbieder controleert het verzekeringsrecht van de patiënt via controle op verzekeringsrecht (COV) via Vecozo vóór aanvang van de zorg en vóór inzending van de declaratie.

Artikel 6 – Declareren

1. Een declaratie is in overeenstemming met de toepasselijke, meest recente versie van de externe integratie standaard.
2. De zorgaanbieder levert declaraties elektronisch via Vecozo aan bij de zorgverzekeraar.
3. De zorgaanbieder is niet gerechtigd om de kosten voor de zorgverlening die plaatsvindt op basis van deze overeenkomst geheel of gedeeltelijk bij de verzekerde in rekening brengen, behoudens de in artikel 10 lid 2 sub a, b, c van deze algemene voorwaarden of in de overeenkomst genoemde uitzonderingen.
4. De zorgaanbieder informeert de verzekerde vóór indien de verzekerde zelf iets is verschuldigd (bijvoorbeeld eigen risico, eigen bijdrage of andere betalingen) en of toestemming van de zorgverzekeraar is vereist.
5. De zorgaanbieder hanteert bij declaratie de UZOVI codes, zoals opgenomen in bijlage 1.
6. De zorgaanbieder levert minimaal éénmaal per maand de declaraties in leesbare en onbeschadigde staat aan.
7. Indien het declaratiebestand niet leesbaar of beschadigd is, wijst de zorgverzekeraar het declaratiebestand af. De zorgaanbieder is dan gehouden per omgaande een nieuw declaratiebestand aan te leveren.
8. De zorgverzekeraar is niet gehouden foutief aangeleverde declaratieregels te corrigeren en uit te betalen. Bij regelmatige foutieve aanlevering dan wel hoge uitvalpercentages neemt de zorgverzekeraar contact op met de zorgaanbieder.
9. De zorgaanbieder zendt zijn declaratie zo spoedig mogelijk aan de zorgverzekeraar, doch uiterlijk binnen twaalf maanden nadat de zorg is geleverd.
10. Indien door problemen de zorgaanbieder de termijn genoemd in het voorgaande lid niet haalt, neemt de zorgaanbieder voor het verstrijken van voornoemde termijn contact op met de zorgverzekeraar.

Artikel 7 – Verhaal van de zorgverzekeraar op derden

De zorgaanbieder zal de zorgverzekeraar in staat stellen om zorgkosten die het gevolg zijn van een bedrijfs- of verkeersongeval, zo veel mogelijk te verhalen op derden. Daarbij wordt er rekening mee gehouden dat voor het verstrekken van gegevens de toestemming van de verzekerde nodig is.

Artikel 8 – Retourinformatie

1. Een retourbericht dient in overeenstemming te zijn met de toepasselijke, meest recente versie van de externe integratie standaard.
2. Indien een declaratie niet voldoet aan de specificaties van de externe integratie standaard, informeert de zorgverzekeraar de zorgaanbieder hierover zo spoedig mogelijk door middel van de retourinformatie via Vecozo.
3. De zorgverzekeraar stelt conform de specificaties van de externe integratie standaard de retourinformatie beschikbaar volgens dezelfde versie van de standaard als waarmee het declaratiebericht is verzonden.
4. De zorgverzekeraar stelt de retourinformatie met betrekking tot via Vecozo ingediende declaraties zo spoedig mogelijk beschikbaar via Vecozo, maar uiterlijk binnen 14 kalenderdagen, tenzij de zorgverzekeraar overgaat tot een voorlopige betaling als bedoeld in artikel 11 lid 5.

Artikel 9 – Declareren via derden

1. De zorgaanbieder kan de declaratieprocedure aan een derde partij uitbesteden. De zorgaanbieder staat er tegenover de zorgverzekeraar voor in, dat de declaraties door de betreffende derde voldoen aan dezelfde eisen waaraan door de zorgaanbieder zelf ingediende declaraties moeten voldoen.

2. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de zorgverzekeraar tenminste 14 kalenderdagen voor de eerste verzending van de declaratie schriftelijk wordt geïnformeerd aan welke derde de declaratiewerkzaamheden zijn uitbesteed en of er sprake is van cessie.
3. Beëindiging en wijziging van de hiervoor genoemde uitbesteding dient door de zorgaanbieder zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen de gestelde betaaltermijn, schriftelijk aan de zorgverzekeraar meegedeeld te zijn.
4. Indien de zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteedt aan derden, blijft de zorgaanbieder te allen tijde zelf verantwoordelijk en aansprakelijk voor naleving van de verplichtingen die uit de overeenkomst voortvloeien, ongeacht hetgeen tussen de zorgaanbieder en de derde is overeengekomen.
5. De zorgverzekeraar is niet aansprakelijk voor enige tekortkoming van de derde in de naleving van de bepalingen met betrekking tot het declareren. De zorgaanbieder vrijwaart de zorgverzekeraar voor het niet of niet juist naleven van de bepalingen door de derde.
6. Betaling door de zorgverzekeraar vanaf melding als bedoeld in lid 2 van de uitbesteding, geldt als bevrijdende betaling aan de zorgaanbieder.

Financieel

Artikel 10 – Recht op betaling

1. De zorgaanbieder heeft tegenover de zorgverzekeraar recht op betaling van de geleverde zorg overeenkomstig het tussen partijen voor die zorg overeengekomen tarief.
2. De zorgaanbieder heeft geen recht op betaling van een declaratie indien of voor zover:
 - a. de verzekerde jegens de zorgverzekeraar geen recht heeft op de verleende zorg of op vergoeding van de kosten van die zorg;
 - b. de verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd is en deze niet op de declaratie in mindering is gebracht;
 - c. de declaratie betrekking heeft op andere zorg dan die waarop de overeenkomst van toepassing is;
 - d. de declaratie hoger is dan het volgens lid 1 toepasselijke tarief;
 - e. de declaratie op andere wijze is ingediend dan tussen partijen is overeengekomen of niet voldoet aan de eisen die aan de declaratie worden gesteld;
 - f. na de maand waarin de zorg is geleverd twaalf maanden zijn verstreken;
 - g. sprake is van fraude.

Artikel 11 – Betalingswijze en -termijn

1. De zorgaanbieder informeert de patiënt of verzekerde voor aanvang van de behandeling indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat de verzekerde geen recht op vergoeding heeft op grond van zijn zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet en/of indien een voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig is.
2. De zorgverzekeraar betaalt de goedgekeurde regels van de ingediende declaratie aan de zorgaanbieder op het door de zorgaanbieder vooraf aangegeven IBAN nummer.
3. Bij declaraties via Vecozo hanteert de zorgverzekeraar voor de betaling ten opzichte van de datum van ontvangst van de declaratie een betaaltermijn van ten hoogste 30 kalenderdagen.
4. 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.
5. Indien de zorgverzekeraar een door de zorgaanbieder correct ingediende declaratie niet binnen de overeengekomen betaaltermijnen kan voldoen en er geen retourmelding is gedaan, gaat hij zo spoedig mogelijk over tot voorlopige betaling van 90% van het gedeclareerde bedrag.
6. Een voorlopige betaling dan wel enig ander voorschot is te allen tijde direct opeisbaar door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is gerechtigd al zijn vorderingen op de zorgaanbieder te verrekenen met al hetgeen de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder verschuldigd is.
7. Voor vorderingen van de zorgverzekeraars op de zorgaanbieder geldt dat elk van de zorgverzekeraars schuldeiser is met betrekking tot dat deel van de op enig moment door de zorgverzekeraars te vorderen som, zoals zich dat verhoudt tot diens aandeel in het totaal van hetgeen de zorgaanbieder op dat moment van de gezamenlijke zorgverzekeraars te vorderen heeft. De zorgverzekeraars verrekenen de verschillen onderling in hun rechtsverhouding in rekening-courant.

Controle

Artikel 12 – Controle

1. De zorgverzekeraar voert formele en materiële controles alsmede detailcontroles uit met inachtneming van de eisen van de Zorgverzekeringswet, de Regeling zorgverzekering, het vigerende Protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen Wet marktordening gezondheidszorg.
2. De zorgverzekeraar streeft ernaar controles zo snel mogelijk uit te voeren.
3. De zorgaanbieder is verplicht zijn medewerking te verlenen aan een conform de Regeling zorgverzekering uitgevoerde controle.
4. De zorgaanbieder is gehouden ten behoeve van onderzoek door of namens de zorgverzekeraar toegang te geven tot zijn administratie, dan wel een bij het declaratieverkeer betrokken derde te instrueren daaraan mee te werken.
5. De zorgverzekeraar kan ten behoeve van rechtmatigheidsonderzoek in het kader van materiële controle gebruik maken van steekproeven. Behoudens tegenbewijs geldt de uitkomst van een representatieve steekproef als bewijs voor de mate van rechtmatigheid en juistheid van de declaraties van de zorgaanbieder ten aanzien van het betreffende controleonderdeel voor de gehele periode waarop de steekproef betrekking heeft. De zorgverzekeraar kan een eventuele terugvordering voor de gehele periode waar de steekproef betrekking op heeft, baseren op de uitkomst van deze steekproef.
6. Indien de zorgverzekeraar constateert dat sprake is van ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties en/of indien blijkt dat de zorgaanbieder verkeerde en/of onvolledige informatie heeft verstrekt of informatie heeft verzwegen over de zorg en/of in rekening te brengen tarieven, dan wel daar op enigerlei wijze aan meewerkt, dan is de betaalde vergoeding onverschuldigd betaald en wordt deze teruggevorderd dan wel verrekend door de zorgverzekeraar.
7. Indien de zorgaanbieder de vordering van de zorgverzekeraar betwist, wordt hij gedurende 30 kalenderdagen in de gelegenheid gesteld aan te tonen dat de declaratie terecht bij de zorgverzekeraar is ingediend.
8. De zorgaanbieder dient een declaratie waarvan op grond van een materiële controle door de zorgverzekeraar is vastgesteld dat deze moet worden gecorrigeerd zelf te corrigeren binnen een termijn van 30 kalenderdagen. Indien de zorgaanbieder binnen de hiervoor genoemde termijn niet tot correctie overgaat, kan de zorgverzekeraar deze verrekenen met andere declaraties.
9. 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 van zorgverzekeraar:
 - 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 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd;
 - d. terugvordering van redelijke onderzoekskosten van de zorgverzekeraar.
10. Als de zorgaanbieder, als gevolg van een controle of anderszins, ontvangen betalingen aan de zorgverzekeraar dient terug te betalen, is het de zorgaanbieder niet toegestaan de prestaties in rekening te brengen bij de verzekerde.

Artikel 13 – Controles op basis van de benchmark

1. De zorgverzekeraar heeft naast de vorenbedoelde controles het recht om de declaraties van de zorgaanbieder te controleren aan de hand van de benchmark welke uit de declaraties van de zorgaanbieders naar voren komt. De benchmark is gebaseerd op het gemiddelde aantal behandelingen dan wel kosten of andere eenheden welke de prestatie definiëren, per verzekerde of per type behandeling.
2. Indien de zorgverzekeraar eerder of na het einde van een kalenderjaar waarover partijen hebben gecontracteerd, constateert dat een zorgaanbieder meer dan 75% van de benchmark afwijkt, vraagt de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder om een toelichting op de afwijking van de benchmark.
3. De zorgaanbieder reageert binnen 30 kalenderdagen gemotiveerd op het verzoek om toelichting van de zorgverzekeraar.
4. Als de toelichting naar het oordeel van de zorgverzekeraar niet voldoet, verzoekt de zorgverzekeraar de zorgaanbieder om een aanvullende toelichting. De zorgaanbieder reageert vervolgens binnen 14 kalenderdagen gemotiveerd op het verzoek om aanvullende toelichting.
5. Als ook de aanvullende gemotiveerde reactie van zorgaanbieder naar het oordeel van de zorgverzekeraar niet voldoet, zulks ter beoordeling van de zorgverzekeraar, en de afwijking van de benchmark meer dan 75% bedraagt, is het verschil tussen 175% van de benchmark en het totale declaratiebedrag over de benchmarkperiode onverschuldigd.

digd betaald en is de zorgaanbieder verplicht dit op eerste verzoek van de zorgverzekeraar terug te betalen. Het voorgaande laat onverlet de verplichting van de zorgaanbieder om doelmatige zorg te leveren (tussen 0 en 175%) en het recht van de zorgverzekeraar om betaalde ondoelmatige zorg terug te vorderen.

6. Zorgaanbieder blijft nog 3 maanden na opeising van vordering door de zorgverzekeraar in de gelegenheid te bewijzen dat de afwijking van de benchmark doelmatige zorg betreft en derhalve door de zorgverzekeraar niet onverschuldigd is betaald.

Fraude

Artikel 14 - Fraude

1. De zorgverzekeraar neemt bij de uitvoering van fraudeonderzoek het bepaalde bij of krachtens privacywetgeving, de Zorgverzekeringswet en de Regeling zorgverzekering in acht.
2. De zorgverzekeraar informeert de zorgaanbieder schriftelijk over de zakelijke inhoud van de voorgenomen uitkomsten van het onderzoek en stelt de zorgaanbieder in de gelegenheid daarop te reageren. De zorgverzekeraar betreft deze reactie van de zorgaanbieder bij de vaststelling van de definitieve uitkomsten van het onderzoek en bericht deze schriftelijk aan de zorgaanbieder.
3. Indien de zorgverzekeraar heeft aangetoond dat de zorgaanbieder fraude heeft gepleegd, verliest de zorgaanbieder aanspraak op vergoeding van dat deel van de specifieke declaraties waarbij fraude is vastgesteld. Daarnaast kan de zorgverzekeraar:
 - a. naar redelijkheid onderzoekskosten terugvorderen, conform artikel 6:96 lid 2 sub b van het Burgerlijk Wetboek;
 - b. zijn overeenkomst met de zorgaanbieder met onmiddellijke ingang beëindigen;
 - c. registratie van fraude doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende waarschuwingssystemen;
 - d. melding c.q. aangifte doen bij toezichthouders en/of opsporingsinstanties t.b.v. bestuurs-, tucht- en/of strafrechtelijk vervolg.

Informatie/merk/klachtenregeling

Artikel 15 – Algemeen

1. Partijen verstrekken elkaar tijdig uit eigen beweging dan wel op eerste verzoek al die informatie die de andere partij redelijkerwijs nodig heeft teneinde:
 - a. de zorgverzekeraar in staat te stellen tot het uitvoeren van een controle, met inachtneming van de daarvoor bij of krachtens de wet gestelde regels;
 - b. vast te stellen of de andere partij de overeenkomst nakomt;
 - c. elkaar in staat te stellen op zinvolle wijze overleg te plegen;
 - d. het inzicht te vergroten in kwaliteit, doelmatigheid en tijdigheid van de zorg alsmede de kostenontwikkeling daarvan.
2. De zorgaanbieder informeert de zorgverzekeraar onmiddellijk:
 - a. over ieder vermoeden van fraude van de zorgaanbieder. De zorgaanbieder verstrekt de zorgverzekeraar ter zake alle beschikbare gegevens en verleent alle redelijkerwijs te verlangen medewerking aan onderzoek door of namens de zorgverzekeraar. Deze verplichting geldt ook ten opzichte van een derde aan wie de zorgaanbieder het declaratieverkeer heeft uitbesteed;
 - b. indien zich een situatie voordoet als bedoeld in artikel 21 lid 2 van deze algemene voorwaarden en voorziet de zorgverzekeraar van alle benodigde informatie;
 - c. indien de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd oordeelt dat de zorgaanbieder de verlening van een of meer vormen van zorg dient te staken, of indien er tuchtrechtelijke maatregelen zijn genomen.
3. De zorgaanbieder pleegt overleg met de zorgverzekeraar alvorens een besluit te nemen inzake:
 - a. het overdragen van de zeggenschap, fusie, het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking met een andere instelling, of het staken van de beroeps- of bedrijfsactiviteiten;
 - b. gehele of gedeeltelijke opheffing van een instelling, verhuizing of ingrijpende verbouwing.
4. Het hiervoor bedoelde overleg wordt waar mogelijk op een zodanig tijdstip gevoerd, dat het van wezenlijke invloed kan zijn op het door de zorgaanbieder te nemen besluit.

Artikel 16 – Informatieverstrekking

1. De zorgaanbieder geeft hierbij de zorgverzekeraar uitdrukkelijk toestemming om gegevens met betrekking tot:
 - a. de relevante NAW-gegevens, telefoonnummer en emailadres van de zorgaanbieder waarmee de verzekerde contact kan opnemen met de zorgaanbieder;

- b. medisch inhoudelijke kwaliteit van de door de zorgaanbieder geleverde zorg;
 - c. ervaringen van verzekerden ten aanzien van de door zorgaanbieder geleverde zorg;
 - d. de kosten voortvloeiend uit de door de zorgaanbieder geleverde zorg; geheel of gedeeltelijk openbaar te maken.
2. Zorgverzekeraar gebruikt voor de gegevens zoals genoemd in lid 1 onder a, de gegevens zoals deze door de zorgaanbieder in Vektis zijn opgegeven. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de juistheid van die gegevens.
 3. De zorgaanbieder geeft hierbij de zorgverzekeraar uitdrukkelijk toestemming om gegevens, met betrekking tot de zorgaanbieder die afkomstig zijn van bijvoorbeeld CQi, PREM, PROM's en vergelijkbare gevalideerde bronnen, geheel of gedeeltelijk openbaar te maken.
 4. De zorgverzekeraar publiceert de hiervoor beschreven informatie ter voorlichting van haar verzekerden op een webpagina of andere wijze, bijvoorbeeld op www.vergelijkenkies.nl, en informeert de zorgaanbieder hierover.

Artikel 17 – Informatievoorziening aan de verzekerde

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de verzekerden conform de geldende NZa-regels worden geïnformeerd over de zorg die hij levert, de daarbij behorende prestaties en tarieven - waaronder de eigen bijdragen - en wachttijden.
2. Bij het aangaan van de behandelrelatie informeert de zorgaanbieder de verzekerde mondeling en/of schriftelijk over o.a. de werkwijze, klachtenregeling en openingstijden.
3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn verzekerden conform de geldende NZa-regels worden geïnformeerd over de zorgprestaties die voor vergoeding in aanmerking komen en de wijzigingen hierin.

Artikel 18 – Bescherming van gegevens

1. Zorgverzekeraar en zorgaanbieder handelen bij de verwerking van (bijzondere) persoonsgegevens in het kader van de zorgovereenkomst zorgvuldig en nemen de geldende privacy wet- en regelgeving in acht.
2. Partijen leggen passende technische en organisatorische maatregelen aan om persoonsgegevens te beveiligen tegen verlies of tegen enige vorm van onrechtmatige verwerking. Ook bij uitwisseling van persoonsgegevens worden de gegevens voldoende beveiligd. De zorgaanbieder spant zich in om de gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders onderling te laten plaatsvinden conform gemaakte afspraken in de keten.
3. Deze maatregelen garanderen, rekening houdend met de stand van techniek en de kosten van de tenuitvoerlegging, een passend beveiligingsniveau gelet op de risico's die de verwerking en de aard van de te beschermen gegevens met zich meebrengen.
4. De zorgaanbieder richt een dossier in conform de eisen van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst.

Artikel 19 – Naam, merk of logo zorgverzekeraar

De zorgaanbieder gebruikt in (reclame-) berichten de naam, het merk of logo van de zorgverzekeraar uitsluitend met schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar. De zakelijke mededeling dat de zorgaanbieder een overeenkomst heeft gesloten met de zorgverzekeraar kan zonder toestemming worden gedaan.

Overige bepalingen

Artikel 20 – Overdracht van rechten en verplichtingen

1. Het is de zorgaanbieder niet toegestaan de rechten en verplichtingen uit de overeenkomst geheel of gedeeltelijk aan derden over te dragen of deze door derden te laten overnemen zonder voorafgaande schriftelijke goedkeuring van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan aan het verlenen van toestemming voorwaarden verbinden.
2. Met uitzondering van overdracht of verpanding van vorderingen ten gunste van de bank die de zorgaanbieder financiert, wordt de overdraagbaarheid en/of verpanding van vorderingen uitgesloten in de zin van artikel 3:83 lid 2 BW.

Artikel 21 – Einde van de overeenkomst anders dan door tijdsverloop

1. De overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder 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. in geval van faillissement van één van de partijen;
2. De zorgverzekeraar kan de overeenkomst tussentijds met onmiddellijke ingang en zonder tot vergoeding van schade gehouden te zijn, opzeggen indien:

- a. de zorgaanbieder surseance van betaling heeft aangevraagd, zijn faillissement is aangevraagd dan wel executoriaal beslag is gelegd op een of meer activa van de zorgaanbieder;
 - b. de zorgaanbieder zijn onderneming of een deel daarvan overdraagt dan wel fuseert;
 - c. de zorgaanbieder zijn beroeps- of bedrijfsactiviteiten staakt;
 - d. een zodanige wijziging zich voordoet in de zeggenschap van de zorgaanbieder dat van de zorgverzekeraar in redelijkheid niet kan worden verlangd de overeenkomst voort te zetten;
 - e. de zorgaanbieder naar het oordeel van de zorgverzekeraar ook na een waarschuwing niet of onvoldoende meewerkt aan controles;
 - f. de zorgaanbieder zich schuldig heeft gemaakt aan fraude.
3. De zorgverzekeraar kan voorts de overeenkomst tussentijds met onmiddellijke ingang geheel of gedeeltelijk opzeggen of opschorten indien de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd oordeelt dat de zorgaanbieder de verlening van een of meer vormen van zorg dient te staken, of indien er tuchtrechtelijke maatregelen zijn genomen.
 4. De overeenkomst kan tussentijds en met onmiddellijke ingang worden opgezegd door een der partijen in geval van ernstige gedragingen van de wederpartij jegens die partij of derden, die naar algemeen aanvaarde (beroeps) opvattingen een schending vormen van de zorgvuldigheid en het vertrouwen welke van een zorgaanbieder dan wel de zorgverzekeraar mag worden verwacht.
 5. Het bepaalde in de voorgaande leden laat onverlet de bevoegdheid van partijen de overeenkomst te ontbinden wegens een toerekenbare tekortkoming in de nakoming van een verbintenis.
 6. Verplichtingen die naar hun aard bestemd zijn om ook na beëindiging van de overeenkomst voort te duren, blijven na beëindiging van de overeenkomst bestaan.
 7. De zorgaanbieder blijft gehouden aan een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst-zorg ontvangt van deze zorgaanbieder, aan deze verzekerde deze zorg te blijven verlenen als ware de overeenkomst niet geëindigd. De zorgverzekeraar is voor die zorg aan de zorgaanbieder het tarief verschuldigd dat zou gelden indien de overeenkomst ongewijzigd zou zijn voortgezet voor zover dit de maximale NZa tarieven niet overstijgt.
 8. In geval van beëindiging van de overeenkomst informeert de zorgaanbieder de verzekerde over het einde van de overeenkomst, de gevolgen daarvan, als ook de mogelijkheid om de zorg te laten verlenen door een andere – al dan niet gecontracteerde - zorgaanbieder naar keuze van de verzekerde.
 9. Indien de zorgverzekeraar schade lijdt als gevolg van het niet nakomen van de overeenkomst door de zorgaanbieder zoals maar niet beperkt tot, het bepaalde in artikel 21 lid 2 onder b en c van deze algemene voorwaarden, is de zorgaanbieder gehouden de schade aan de zijde van de zorgverzekeraar te vergoeden.

Artikel 22 – Wijzigen/aanvullen van de overeenkomst

1. Wijzigingen in de overeenkomst kunnen uitsluitend worden aangebracht met wederzijds goedvinden en tweezijdig schriftelijk vastgelegd, dan wel voor zover van toepassing digitaal overeengekomen in het zorginkoopportaal.
2. Aan niet schriftelijk overeengekomen afspraken kunnen geen rechten worden ontleend.
3. Door de zorgaanbieder gebruikte algemene voorwaarden zijn niet op de overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder van toepassing. De algemene voorwaarden van de zorgaanbieder worden hierbij uitdrukkelijk van de hand gewezen.
4. In geval de overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder en de daarop van toepassing zijnde algemene voorwaarden, bepalingen bevatten die strijdig zijn met een of meer bepalingen uit de overeenkomst en algemene voorwaarden die van toepassing zijn in de relatie tussen zorgaanbieder en de verzekerde, dan prevaleren de bepalingen uit de overeenkomst en algemene voorwaarden tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
5. De zorgverzekeraar heeft het recht deze algemene voorwaarden te wijzigen.
6. De zorgverzekeraar stelt de zorgaanbieder in kennis van een wijziging van de algemene voorwaarden en van het tijdstip waarop die wijziging ingaat.
7. De zorgaanbieder kan de zorgovereenkomst opzeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is medegedeeld.
8. Indien wijzigingen in wet- en/of regelgeving aanpassing van de overeenkomst noodzakelijk maken, treden partijen met elkaar in overleg om de betreffende bepalingen in de overeenkomst zoveel mogelijk aan te passen aan de nieuwe wet- en regelgeving, met instandhouding van de overige bepalingen.
9. Indien één of meerdere bepalingen van deze overeenkomst door een gerechtelijke uitspraak nietig zijn of niet rechtsgeldig worden verklaard, blijven de overige bepalingen van de overeenkomst van kracht. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar plegen over de bepalingen die nietig zijn of niet rechtsgeldig zijn verklaard, overleg teneinde een ver-vangende regeling te treffen, zodanig dat in zijn geheel de strekking van de overeenkomst behouden blijft.

Artikel 23 – Toepasselijk recht en geschillen

1. Het Nederlands recht is op deze overeenkomst van toepassing.
2. In geval van een geschil tussen partijen zal worden getracht dit eerst in onderling overleg op te lossen.
3. Een geschil is aanwezig zodra een van de partijen dit schriftelijk aan de andere partij kenbaar maakt.
4. Geschillen die niet in onderling overleg kunnen worden opgelost, kunnen worden voorgelegd aan de rechtbank Den Haag, tenzij een der partijen kiest voor de Onafhankelijke Geschilleninstantie zorgcontractering zoals ondergebracht bij het Nederlands Arbitrage Instituut.

Bijlage 1

Zorgverzekeraar en Merken

Onder de werking van de zorgovereenkomst vallen alle verzekerden van de hieronder genoemde zorgverzekeraars. Declaraties met een behandeldatum/leveringsdatum ingaande 1 januari 2019 van deze verzekerden dienen te geschieden onder de bijhorende UZOVI-codes. Deze bijlage vervangt indien van toepassing de bijlage bij uw zorgovereenkomst.

Zorgverzekeraar		Verzekering	UZOVI-code:
NV Univé Zorg	Merk	Univé	0101
	Merk	Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht (SZVK)	0212
	Merk	ZEKUR	0101
	Merk	Zorgzaam Verzekerd	0101
VGZ Zorgverzekeraar NV	Merk	VGZ	7095
	Merk	Bewuzt	7095
	Merk	MVJP	7095
	Volmacht	Aevitae	8956
VGZ voor de Zorg N.V.	Merk	IZZ	9015
IZA Zorgverzekeraar NV	Merk	IZA	3334
NV Zorgverzekeraar UMC	Merk	UMC	0736

Volmachten

De volmachten zijn weliswaar aan o.a. VGZ gelieerd, maar zij voeren wel een volledig zelfstandige administratie. VGZ heeft geen toegang tot deze gegevens. Al uw vragen over declaraties, correctieverzoeken en andere administratieve zaken betreffende volmachten dient u dan ook te richten aan de volmachten zelf.

