



Zorgovereenkomst GRZ 2018

De ondergetekenden:

A De Zorgverzekeraar:

VGZ Zorgverzekeraar N.V.
VGZ voor de Zorg N.V.
IZA Zorgverzekeraar N.V.
N.V. Zorgverzekeraar UMC
N.V. Univé Zorg
N.V. VGZ Cares

Correspondentieadres:

VGZ
Contractmanagement
Postbus 445
5600 AK EINDHOVEN

Verder aangeduid als
'de Zorgverzekeraar'

En

B De Zorgaanbieder:

Naam: V - Wb01 - Werklocatie
AGB-code instelling: 99966500
Adres: Dummystraat 1
Postcode/Plaats: 0000XX Dummyplaats

KvK.nr: P001_KvKnummer
IBAN: P002_Bankrekening

Verder aangeduid als
'de Zorgaanbieder';

Overwegende dat:

- de zorgverzekeraar in het kader van de in de Zorgverzekeringswet bedoelde wettelijke zorgplicht richting verzekerden is gehouden om in zorg in natura te voorzien door de inkoop van voldoende verantwoorde zorg;
 - de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar zich ten doel stellen op een zinnige wijze te voorzien in deze behoefte aan zorg;
 - de bij deze zorgovereenkomst behorende Aanbieder specifieke delen en addenda met daarin genoemde zorgkostenplafonds en tariefafspraken integrale onderdelen zijn van deze zorgovereenkomst;
 - de Uniforme bepalingen Wijkverpleging ZN in zijn geheel zijn verwerkt in deze zorgovereenkomst en de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2018;
 - partijen per zorgsoort een zorgkostenplafond overeenkomen en dat alle zorg die de zorgaanbieder levert aan verzekerden van de zorgverzekeraar onder dat zorgkostenplafond valt;
 - uitgangspunt is dat zorgaanbieder binnen het kader van deze zorgovereenkomst passende zorg biedt aan de verzekerden van de zorgverzekeraar en het zorgkostenplafond gespreid over het jaar inzet.
-



Komen overeen dat de contractuele relatie tussen partijen wordt beheerst door deze overeenkomst, bestaande uit:

- Algemeen deel (identiek voor Wijkverpleging, Eerstelijns Verblijf en Geriatrische Revalidatiezorg)
- Aanbieder specifiek deel Geriatrische revalidatiezorg

Bijlagen:

- Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2018
- Deze voorwaarden zijn meegestuurd met deze zorgovereenkomst en te raadplegen via: <https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders>
- De inschrijving via VECOZO, indien en voor zover door de zorgverzekeraar geaccepteerd. De bepalingen in deze overeenkomst hebben voorrang boven bepalingen bij de inschrijving
- Inkoopbeleid Wijkverpleging 2018 / Inkoopbeleid Eerstelijnsverblijf en Geriatrische revalidatiezorg 2018 te raadplegen via <https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders>
- Protocol Zorgbeëindiging te raadplegen via <https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders>.



Algemeen deel

Artikel 1: Toepasselijkheid algemene voorwaarden

1. Op deze zorgovereenkomst zijn de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2018 van toepassing. Deze voorwaarden zijn bij deze overeenkomst gevoegd.
2. Indien en voor zover de inhoud van deze Zorgovereenkomst 2018 afwijkt van de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2018, prevaleert deze Zorgovereenkomst 2018.
3. Eventueel door de zorgaanbieder gebruikte algemene voorwaarden zijn niet van toepassing op deze Zorgovereenkomst 2018.

Artikel 2: Wlz en Wmo

1. Als de indicatiestelling aangeeft dat er sprake is van een grote en langdurige zorgvraag waarbij verblijven in, of terugkeer naar de eigen omgeving niet verantwoord wordt geacht, maakt de zorgaanbieder een afweging welke zorg voor deze verzekerde zinnig is. Indien de Wet langdurige zorg (Wlz) als voorziening meer geschikt lijkt, verwijst de zorgaanbieder de verzekerde naar het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) voor de aanvraag van een indicatie voor langdurige zorg.
2. Indien een verzekerde op basis van toetsing door en indicatie van het CIZ voldoet aan de zorginhoudelijke toegangscriteria en daarmee recht heeft op zorg heeft vanuit de Wlz, vervalt de aanspraak op zorg vanuit de Zorgverzekeringswet.
3. De zorgaanbieder respecteert de grenzen van de aanspraak en verwijst naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) als deze op de verzekerde van toepassing is.

Artikel 3: Zorgverlening

De zorgaanbieder:

1. levert de zorg zoals omschreven in het Aanbieder specifiek deel van deze overeenkomst aan verzekerden van de zorgverzekeraar;
2. levert de zorg zoals omschreven in het Aanbieder specifiek deel van deze overeenkomst voor zover de patiënt daar redelijkerwijs op is aangewezen. De inhoud en omvang van de zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten;
3. is bereikbaar en beschikbaar conform de vigerende richtlijnen van zijn beroepsgroep indien en voor zover van toepassing ingevolge bedoelde richtlijnen;
4. levert zorg die voldoet aan de eisen en voorwaarden zoals gesteld in de vigerende beleidsregels en tariefbeschikkingen van de NZa;
5. levert zorg zoals beschreven in het zorgplan dat is vastgelegd in het patiëntendossier. Een zorgplan is een dynamische set van afspraken van de verzekerde met de zorgverlener(s) over zorg en zelfmanagement. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, interventies en resultaten in relatie tot de behoeften en situatie van de verzekerde. Ze komen in gezamenlijke besluitvorming met de cliënt tot stand;
6. erkent samen met de zorgverzekeraar een doelmatigheidsplicht. Dat wil zeggen dat de zorgaanbieder zich bij de verlening van zorg mede laat leiden door overwegingen van doelmatigheid, waaronder deze overeenkomst in ieder geval een afweging van de kosten en baten van de zorg verstaat. De zorgaanbieder verleent geen zorg die leidt tot onnodige kosten;
7. neemt met de ondertekening van deze overeenkomst de verantwoordelijkheid op zich voor de continuïteit van zorg en de afgesproken prestaties. Derhalve worden op voorhand geen cliënten geweigerd, bijvoorbeeld op basis van zorgzwaarte of regionale kenmerken;
8. werkt in het geval van capaciteitsproblemen samen met de andere zorgorganisaties in zijn regio om ervoor te zorgen dat alle zorgvragers adequaat bediend worden. De organisatie waar een verzekerde zich meldt zoekt, indien de zorg niet door de eigen organisatie geleverd kan worden, een geschikte andere aanbieder die de zorg gaat leveren. Dit in nauw overleg met de cliënt;
9. maakt samen met de verzekerde afspraken over de start van zorg binnen 2 weken of binnen 24 uur na de zorgvraag indien dit uit medisch oogpunt noodzakelijk is en treft de nodige maatregelen om de toegangs- en wachttijden voor verzekerden tot een minimum te beperken;
10. heeft een aantoonbare samenwerkingsrelatie met in elk geval het sociaal domein, de eerstelijns c.q. de huisarts en het ziekenhuis in de regio waarin de zorgaanbieder actief is;
11. streeft ernaar dat bij elke cliënt zo weinig mogelijk verschillende zorgverleners worden ingezet;
12. streeft ernaar om contacten met de familie of vertegenwoordiger van de verzekerde zoveel mogelijk via dezelfde contactpersoon van de zorgaanbieder te laten verlopen;
13. indien een zorgaanbieder zorg in rekening brengt bij de zorgverzekeraar waarvoor een bijzondere bekwaamheid nodig is, dient de zorgaanbieder die de zorg feitelijk zal verlenen te voldoen aan de door de beroepsgroep gestelde voorwaarden waaronder de inschrijving in de specifieke registers.



Artikel 4: Continuïteit van de zorg

1. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de continuïteit van de te leveren zorg 7x24-uur.
2. De zorgaanbieder zal aan de zorgverzekeraar alle feiten en omstandigheden melden die wijzen op zowel financiële als inhoudelijke risico's voor continuïteit of kwaliteit van de door de zorgaanbieder te verlenen zorg zodra deze zich voordoen.
3. De contractpartijen treden in overleg als de zorgverzekeraar vragen heeft over de realisatiecijfers van de zorgaanbieder of over de mate waarin de continuïteit of kwaliteit van de zorgverlening is gewaarborgd. Na een eerste verzoek van de zorgverzekeraar om relevante informatie, verstrekt de zorgaanbieder die informatie.

Artikel 5: Vroegtijdige zorgbeëindiging (zie ook protocol zorgbeëindiging)

1. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het maken van afspraken met andere veldpartijen om vroegtijdig en proactief te kunnen handelen in geval van cliëntsituaties die mogelijk leiden tot zorgbeëindiging.
2. In geval van een voorgenomen beëindiging van zorg stelt de zorgaanbieder de verzekerde en afdeling Zorgadvies en –bemiddeling van de zorgverzekeraar (zorgbemiddeling@vgz.nl) daarvan tijdig, schriftelijk en beargumenteerd op de hoogte, met inachtneming van de privacyregelgeving.
3. De zorgaanbieder blijft verantwoordelijk voor de zorglevering aan de verzekerde totdat er een passende oplossing is gevonden en beëindigt de zorgverlening pas na melding en toestemming van de zorgverzekeraar. Beide partijen onthouden zich van het actief zoeken van publiciteit over voorgaande.

Artikel 6: Kwaliteitsmeting

1. Met de Bestuurlijke afspraken Kwaliteitsinformatie Wijkverpleging is een voor de sector geldend kwaliteitskader ontwikkeld. Hierin zijn indicatoren opgenomen voor het meten van klanttevredenheid. De zorgaanbieder hanteert dit kwaliteitskader.
2. De zorgaanbieder maakt de gemeten kwaliteitsgegevens openbaar.

Artikel 7: Informatievoorziening aan de zorgverzekeraar

1. Op verzoek van de zorgverzekeraar geeft de zorgaanbieder nader inzicht in de financiële vermogenspositie (inclusief solvabiliteit, rentabiliteit, liquiditeit) en bedrijfsvoering van de eigen onderneming, de in groepsverband verbonden ondernemingen en de door de zorgaanbieder gecontracteerde onderlinge dienstverlener(s).
2. De zorgaanbieder informeert de zorgverzekeraar vooraf schriftelijk over een voorgenomen verandering in de juridische structuur, in het bestuur of wanneer er sprake is van een voorgenomen fusie of overname of anderszins belangrijke wijziging die relevant kan zijn voor de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar behoudt zich bij fusies/overnames het recht voor om de overeenkomst te beëindigen.

Artikel 8: Zorgkostenplafond

1. Partijen komen een zorgkostenplafond van zorglevering overeen zoals vermeld in het Aanbieder specifiek deel van deze overeenkomst. Dit zorgkostenplafond vormt het maximum van de som van de declaraties die de zorgverzekeraar in enig jaar aan de zorgaanbieder vergoedt voor de in dat jaar geleverde zorg onder deze overeenkomst. Het voorgaande geldt voor verzekerden met een natura-polis en verzekerden met een restitutie-polis.
2. De kosten die voor militairen en gedetineerden worden gedeclareerd, vallen niet onder het zorgkostenplafond en worden apart afgerekend.
3. Bij de vaststellen of het maximum van het zorgkostenplafond is bereikt worden de kosten van zorg, verleend door een andere instelling dan die van de zorgaanbieder in aanmerking genomen, indien:
 - a. de activa, passiva, baten en lasten van de instelling worden opgenomen in de geconsolideerde jaarrekening van de zorgaanbieder dan wel beide zijn opgenomen in de geconsolideerde jaarrekening van een derde partij, en
 - b. de andere zorgaanbieder dan wel de derde partij met de zorgverzekeraar geen zorgkostenplafond is overeengekomen.
4. Het is de zorgaanbieder niet toegestaan voor dezelfde zorg als waarvoor hij bij VGZ is gecontracteerd bij een niet gecontracteerde aanbieder van deze zorg als onderaannemer op te treden.
5. De zorgaanbieder informeert de zorgverzekeraar:
 - zodra 70% van het zorgkostenplafond - zoals per zorgsoort beschreven in het Aanbieder specifieke deel van deze overeenkomst - in het eerste half jaar is bereikt, en;
 - uiterlijk 1 september 2018 indien hij verwacht dat dat zorgkostenplafond zal worden overschreden.De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder treden dan met elkaar in overleg over de maatregelen die nodig zijn om deze overschrijding te voorkomen of de gevolgen daarvan te beperken.



6. Afspraken rond het zorgplafond zijn gebaseerd op het aantal verzekerden op het moment van contracteren. Afhankelijk van de toe- of afname van het aantal verzekerden van de zorgverzekeraar in de leeftijdscategorie van 71 jaar en ouder tussen het moment van contracteren en 31 januari 2018, heeft de zorgverzekeraar de mogelijkheid het zorgkostenplafond eenzijdig te herzien zonder dat hiervoor vooraf overeenstemming nodig is met de zorgaanbieder.
7. De zorgverzekeraar neemt contact op met de zorgaanbieder om de prognose te bespreken als de zorgverzekeraar verwacht dat de realisatie van zorgkosten bij de zorgaanbieder in de loop van 2018 op jaarbasis meer dan 10% achterblijft bij het overeengekomen zorgkostenplafond. Indien nodig kan de zorgverzekeraar, nadat de zorgaanbieder is gehoord, het overeengekomen zorgkostenplafond tussentijds neerwaarts aanpassen.
8. Als de declaraties het zorgkostenplafond overschrijden en betaling toch door de zorgverzekeraar is voldaan, doet de zorgverzekeraar een verzoek tot terugbetaling. Partijen komen overeen dat de zorgaanbieder het bedrag van de terugbetaling binnen 30 dagen na dat verzoek terugbetaalt aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan de vordering ook verrekenen met al hetgeen de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder verschuldigd is. Verrekening is niet gebonden aan een termijn.
9. Bij eventuele tussentijdse beëindiging van deze overeenkomst stelt de zorgverzekeraar het zorgkostenplafond naar tijdsevenredigheid nader vast. Hierbij wordt geen rekening gehouden met declaratiefunctuaties in tijd. Het zorgkostenplafond wordt vastgesteld aan de hand van het aantal maanden dat de overeenkomst geldig was.

Artikel 9: Declaratie (zie ook het uniforme declaratieprotocol)

1. Voor verleende zorg gelden de tarieven die zorgaanbieder en de zorgverzekeraar in deze overeenkomst en de eventueel bijbehorende addenda maken. Deze tarieven gelden voor alle bij de zorgverzekeraar gedeclareerde kosten. Ook voor militairen en gedetineerden worden deze tarieven gehanteerd.
2. De zorgaanbieder declareert de op grond van deze overeenkomst verleende zorg uitsluitend bij de zorgverzekeraar.
3. Declaraties vinden alleen plaats op basis van daadwerkelijk geleverde zorg.
4. Als de zorgaanbieder een declaratie wil intrekken of wijzigen, dient deze daartoe een creditregel aan te leveren via Vecozo, conform de bepalingen van Vektis en de actuele declaratiestandaard.

Artikel 10: Niet-nakoming

1. Indien de zorgaanbieder tekortschiet in de nakoming van één of meer verplichtingen uit deze overeenkomst (en bijbehorende documenten), dan stelt de zorgverzekeraar de zorgaanbieder in gebreke. Als nakoming van de betreffende verplichting blijvend onmogelijk is, is de zorgaanbieder onmiddellijk in verzuim.
2. De ingebrekestelling gebeurt schriftelijk, waarbij de zorgverzekeraar de zorgaanbieder een redelijk termijn gunt om alsnog de verplichtingen na te komen. Deze termijn heeft het karakter van een fatale termijn.
3. In geval van niet nakoming van de verplichtingen uit deze overeenkomst, behoudt de zorgverzekeraar zich het recht voor de overeenkomst te ontbinden, voor zover de zorgaanbieder in verzuim is.
4. Onverminderd het bepaalde in lid 3 heeft de zorgverzekeraar de mogelijkheid om, indien vast is komen te staan dat de zorgaanbieder de afspraken in deze overeenkomst niet nakomt, maatregelen te nemen.
5. Onverminderd het bepaalde in de leden 3 en 4 is de zorgaanbieder indien deze toerekenbaar tekortschiet in het nakomen van één of meer verplichtingen uit deze overeenkomst, aansprakelijk voor vergoeding van de door de zorgverzekeraar, respectievelijk door verzekerden, geleden en te lijden schade. Van de zorgverzekeraar mag verwacht worden dat deze alles onderneemt wat van haar gevegd kan worden om de schade te beperken. Dit doet niet af aan de plicht van de zorgaanbieder om de zorg naar behoren uit te voeren.

Artikel 11: Duur en einde van deze overeenkomst

1. Deze overeenkomst treedt in werking op 1 januari 2018 en eindigt op 31 december 2018.
2. In geval van beëindiging van de overeenkomst of beëindiging van de bedrijfsvoering van de zorgaanbieder, werkt de zorgaanbieder mee aan de continuïteit van de zorgverlening aan de verzekerden. De zorgaanbieder werkt mee aan een zorgvuldige overdracht van verzekerden aan een andere, gecontracteerde, zorgaanbieder naar keuze van verzekerde en doet dit in overleg en na akkoord van de zorgverzekeraar.



Aanbieder specifiek deel Geriatrische Revalidatiezorg 2018

Artikel 1. Definities

1. Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) biedt een integrale en multidisciplinaire revalidatiebehandeling zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden en is gericht op herstel en terugkeer naar de oude woonsituatie.
2. Een verblijfsdag is een kalenderdag die deel uitmaakt van een periode van opname voor GRZ. De opname omvat minimaal één overnachting. De dag van opname en de dag van ontslag gelden als een te declareren verblijfsdag, waarbij geldt voor de dag van opname dat deze enkel gedeclareerd kan worden indien de opname heeft plaats gevonden vóór 20.00 uur. In het geval de dag van opname samenvalt met de dag van overlijden is eveneens sprake van een verblijfsdag.
3. Grouper is een webapplicatie die DBC-zorgproducten afleidt conform de door de NZa vastgestelde beslisbomen van de DOT-productstructuur.

Artikel 2. Prestatie

1. GRZ valt onder de vigerende beleidsregel "Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg".
2. GRZ richt zich op kwetsbare ouderen die in het ziekenhuis een medisch specialistische behandeling hebben ondergaan, bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte, botbreuk of voor een nieuwe knie of heup.
3. De zorgaanbieder verleent zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, alsmede verblijf en verpleging, telkens voor zover het gaat om een door partijen gezamenlijk in het Zorginkoopportaal VECOZO vastgelegd zorgproduct.
4. De zorg omvat mede de farmaceutische begeleiding van patiënten bij dagbehandeling en polikliniekbezoek, bij ziekenhuisopname en in verband met ontslag uit het ziekenhuis naar analogie met onderdelen 8, 9 en 10 van de vigerende Beleidsregel "Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg".

Artikel 3. Voorwaarden voor zorgverlening

1. De zorgaanbieder biedt aantoonbaar een zorgaanbod dat valt onder de aanspraak zoals genoemd in artikel 2 van dit Aanbieder specifiek deel.
2. De zorgaanbieder verleent zorg slechts na verwijzing door een medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde. De zorgaanbieder neemt deze verwijzing op in het patiëntendossier.
3. De zorgaanbieder heeft ten tijde van het sluiten van deze overeenkomst een Veiligheids Management Systeem dat adequaat is voor de Geriatrische revalidatiezorg.
4. De zorgaanbieder treft de nodige maatregelen om de toegangs- en wachttijden voor verzekerden van de zorgverzekeraar tot een minimum te beperken.
5. De zorgaanbieder verstrekt aan de zorgverzekeraar per kwartaal - binnen 14 dagen na afloop van elk kwartaal - de ingevulde GRZ-monitor.
6. De zorgaanbieder voldoet aan de inkoop-eisen aanbieders Geriatrische Revalidatiezorg zoals vermeld in het Inkoopbeleid Eerstelijnsverblijf en Geriatrische Revalidatiezorg 2018 en zoals door de aanbieder bevestigd in de inschrijving via VECOZO.



Artikel 4. Tarieven en declaraties

1. Voor verleende zorg gelden de tarieven zoals door partijen gezamenlijk vastgelegd in de offerte via het Zorginkoopportaal VECOZO. Deze tarieven gelden voor alle bij de zorgverzekeraar gedeclareerde kosten.
2. Voor de vaststelling van het zorgproduct dat de zorgaanbieder declareert maakt de zorgaanbieder gebruik van de grouper die door VECOZO beschikbaar wordt gesteld.
3. De tariefskorting op de NZa tarieven bedragen voor:
Kortdurende GRZ 1_Kortdurende_GRZ %
Middellange GRZ 2_Middellange_GRZ %
Langdurige GRZ 3_Langdurende_GRZ %

Artikel 5. Zorgkostenplafond 2018

Uw zorgkostenplafond GRZ 2018 bedraagt: € 4_zorgkostenplafond

Aldus overeengekomen tussen partijen
Opgemaakt te Eindhoven, d.d. 25-08-2017 13:16

Ondergetekende verklaart hierbij de zorgaanbieder rechtsgeldig te vertegenwoordigen.

De Zorgverzekeraar

De Zorgaanbieder

Hans van Noorden
Directeur Zorginkoop

R Manders
30000000105266
(Naam en VECOZO certificaatnummer)
Contract geaccepteerd op: 25-08-2017 13:17



Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2018

Inleiding

Geachte lezer,

Voor u liggen de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2018. 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. Fraudeonderzoek: een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de verzekerde of de zorgaanbieder 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. 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;
- i. Medewerker: een persoon door de zorgaanbieder ingezet bij de verlening van de zorg, al dan niet in loondienst bij de zorgaanbieder;
- j. 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;
- k. 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;
- l. 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;
- m. 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 door de zorgaanbieder geleverde producten en/of diensten, btw verschuldigd is;
- n. Vecozo: de door Vecozo B.V. beschikbaar gestelde internetapplicatie voor het administratieve verkeer van zorgaanbieders;
- o. 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;
- p. Zorg: diensten en/of producten geleverd door de zorgaanbieder op grond van de overeenkomst tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar;
- q. Zorgaanbieder: als omschreven in de overeenkomst met de zorgverzekeraar;
- r. 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), de Wet 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 (<http://www.zorgcijfers.nl/actuele-cijfers/c10-maximaal-aanvaardbare-wachttijden-treeknormen/58>).
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 of 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

1. 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 retourn melding 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. 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, diens aandeel in het totaal is van hetgeen de zorgaanbieder op dat moment van de gezamenlijke zorgverzekeraars te vorderen heeft. De zorgverzekeraars verrekenen die verschillen onderling in hun rechtsverhouding in rekening-courant.

Controle

Artikel 12 – Controle

1. De zorgverzekeraar voert formele en materiële controles en detailcontroles met inachtneming van de eisen van de Zorgverzekeringswet, de Regeling zorgverzekering en het vigerende Protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland uit.
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. 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 kan deze door de zorgverzekeraar worden verrekend met andere declaraties.
6. 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.
7. 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 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 privacy wetgeving, 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 art. 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.



Informatievoorziening en gegevensbeheer

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 zinnige 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 voor de Gezondheidszorg 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. 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.
3. De zorgverzekeraar publiceert de hiervoor beschreven informatie ter voorlichting van haar verzekerden op een webpagina of andere wijze, bijvoorbeeld op www.vergelijkenkies.nl, nadat de zorgaanbieder hierover is geïnformeerd.

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 persoonsgegevens met inachtneming van de regels, daarover gesteld bij of krachtens privacy wetgeving, de ten aanzien van zorgverzekeraars toepasselijke gedragscode(s), de Zorgverzekeringswet, Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst en de Wet marktordening gezondheidszorg.
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.
2. 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.
3. 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;
 - 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 voor de Gezondheidszorg 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 overeenkomstzorg 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.
8. 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 tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder en de daarop van toepassing zijnde algemene voorwaarden.
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 vervangende 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 2018 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
NV VGZ Cares	Volmacht	Aevitae (NV VGZ Cares)	3330
	Volmacht	Caresco (NV VGZ Cares)	8995

Volmachten

De volmachten voeren een zelfstandige administratie. De declaraties ten behoeve van verzekerden van volmachten en uw vragen over declaraties, correctieverzoeken en andere administratieve zaken betreffende volmachten dient u te richten aan de volmachten.

Correspondentie Volmachten:

Caresco
Postbus 1815
3800 BV AMERSFOORT

Aevitae (incl. VPZ)
Afd. zorgservices
Postbus 2705
6401 DE HEERLEN