

voor goede zorg zorg je samen

Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2017



Inhoudsopgave

Inleiding	3
Definities	4
Doelmatigheid en kwaliteit	4
Artikel 1 – Doelmatigheid en Kwaliteit Zorg	4
Artikel 2 – Onderaannemers en waarneming	5
Governance van de zorgaanbieder	5
Artikel 3 – Governance en arbeidsnormen	5
Beroepsaansprakelijkheidsverzekering zorgaanbieder	5
Artikel 4 – Verzekering en vrijwaring	5
Bepalingen van administratieve aard	5
Artikel 5 – Controle op verzekeringsrecht	5
Financieel	7
Artikel 10 – Recht op betaling	7
Artikel 11 – Betalingswijze en -termijn	7
Controle	7
Artikel 12 – Controle	7
Artikel 13 – Controles op basis van de benchmark	8
Informatie/merk/klachtenregeling	8
Artikel 14 – Informatie	8
Artikel 15 – Bescherming van gegevens	9
Artikel 16 – Naam, merk of logo zorgverzekeraar	9
Artikel 17 – Klachtenregeling	9
Algemene bepalingen	9
Artikel 18 – Voorlichting aan verzekerden	9
Artikel 19 – Overdracht van rechten en verplichtingen	9
Artikel 20 – Einde van de overeenkomst anders dan door tijdsverloop	9
Artikel 21 – Wijzigen/aanvullen van de overeenkomst	10
Artikel 22 – Toepasselijk recht en geschillen	10
Bijlage 1	11
Zorgverzekeraar en Merken	11
Volmachten	11
Correspondentie volmachten:	11

Inleiding

Geachte lezer,

Voor u liggen de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2017. Ze gelden voor alle zorgaanbieders waarmee wij een contractuele relatie aangaan en ze vormen een onmisbaar element in het streven van Coöperatie VGZ om samen met alle partijen in de zorg goede, betaalbare en toekomstbestendige zorg te organiseren.

Coöperatie VGZ wil voor haar klanten zinnige zorg organiseren. 'Zinnige zorg' is betaalbare zorg waarin de patiënt centraal staat en waarbij verspilling en overdaad worden vermeden. Het is onze rol om zinnige zorg te faciliteren en stimuleren. Daarbij geloven we in co-creatie met zorgaanbieders, belangenorganisaties, patiënten en andere verzekeren.

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 patiënt - onze verzekerde - zo goed mogelijk wordt geholpen en dat alle Nederlanders toegang houden tot goede zorg voor een betaalbare prijs.

Transparantie is daarbij een belangrijk begrip. Van Coöperatie VGZ mag u verwachten dat wij 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 medisch-inhoudelijke kwaliteit, klantbeleving en doelmatigheid, zodat we onze inkoop daarop kunnen baseren en onze klanten hierover kunnen informeren en adviseren.

Ik hoop op een vruchtbare en prettige samenwerking: sámen zorgen we ervoor dat de zorg in Nederland 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

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. Beroepsbeoefenaar: de persoon die rechtsgeldig de titel arts (huisarts of medisch specialist) tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck, oefentherapeut Cesar, logopedist, ergotherapeut, diëtist, klinisch fysicus, tandprotheticus, mondhygiënist, huidtherapeut, optometrist, orthoptist, podotherapeut, radiodiagnostisch laborant, radiotherapeutisch laborant, apothekers-assistent, verloskundige, verpleegkundige of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG'er) voert op grond van artikel 3 of krachtens 34 van de Wet BIG.
- 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 berichtuitwisseling zoals beschreven in het door Vektis opgestelde en gepubliceerde rapport.
- f. Fraude: het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van recht-hebbenden of verduistering bij de levering van de zorg door de zorgaanbieder, met het doel een prestatie, ver-goeding, betaling of ander voordeel te krijgen, waarop de zorgaanbieder geen recht heeft of recht kan hebben.
- g. Medewerker: een persoon door de zorgaanbieder ingezet bij de verlening van de zorg, al dan niet in loondienst bij de zorgaanbieder.
- h. Onderaannemer: de rechtspersoon of de natuurlijke persoon die de zorgaanbieder voor (een deel van) de ver-lening van zorg inschakelt, die niet in loondienst is bij de zorgaanbieder.
- i. 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.
- j. 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.
- k. Vecozo: de door Vecozo B.V. beschikbaar gestelde internetapplicatie voor het administratieve verkeer van zorg-aanbieders.
- l. Verzekerde: persoon als bedoeld in artikel 1 onder f van de Zorgverzekeringswet, voor zover ten behoeve van hem een zorgverzekering dan wel een aanvullende ziektekostenverzekering is gesloten bij de zorgverzekeraar.
- m. Zorg: diensten en/of producten geleverd door de zorgaanbieder op grond van de overeenkomst tussen de zorg-aanbieder en de zorgverzekeraar.
- n. Zorgaanbieder: als omschreven in de overeenkomst met de zorgverzekeraar.
- o. Zorgverzekeraar: als omschreven in de 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 handelt bij de verlening van zorg in overeenstemming met de wettelijke voorschriften met be-trekking tot de verlening van zorg, waaronder maar niet uitsluitend telkens voor zover op de zorgaanbieder van toepassing, de regels gesteld bij of krachtens titel 7, afdeling 5 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (de over-eenkomst inzake geneeskundige behandeling), de Wet marktordening gezondheidszorg, de Wet BIG, de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg en de Wet toelating zorginstellingen.
2. 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.
3. De zorgaanbieder staat er voor in dat, voor zover wettelijk vereist,
 - a. de beroepsbeoefenaar die in het kader van de zorgovereenkomst zorg verleent daartoe bevoegd is op grond van de Wet BIG;
 - b. hij beschikt over een toelating ingevolge de Wet toelating zorginstellingen;
 - c. hij, indien hij beroepsbeoefenaren in loondienst heeft, de bevoegdheid en bekwaamheid daarvan controleert. Indien de BIG-registratie van een beroepsbeoefenaar wordt geschorst of doorgehaald of indien aan een zorg-verlener een tuchtrechtelijke maatregel is opgelegd, dient de zorgaanbieder dit feit onverwijld schriftelijk te melden aan de zorgverzekeraar.

4. 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.
5. De zorgaanbieder verleent aan de verzekerden van de zorgverzekeraar goede zorg, waaronder wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, is afgestemd op de reële behoefte van de verzekerde en met gebruikmaking van de geschikte hulpzaken.
6. 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.
7. 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-treknormen/58>).

Artikel 2 – Onderaannemers en waarneming

1. De zorgaanbieder behoeft de schriftelijke goedkeuring van de zorgverzekeraar voor de inzet van onderaannemers. 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. Geen goedkeuring is vereist voor de waarneming gedurende een periode van maximaal 6 maanden.
2. De zorgaanbieder staat er voor in dat de onderaannemer desgevraagd aan de zorgverzekeraar alle inlichtingen verschaft die de zorgaanbieder zelf ook dient te verstrekken.

Governance van de zorgaanbieder

Artikel 3 – Governance en arbeidsnormen

1. De zorgaanbieder handelt overeenkomstig de zorgbrede Governancecode.
2. Indien de zorgaanbieder medewerkers in dienst heeft of bij de uitvoering van deze overeenkomst derden inschakelt welke personeel in dienst hebben, respecteert hij de fundamentele arbeidsnormen en daaraan gerelateerde mensenrechten, zoals deze zijn vastgelegd in verdragen van de International Labour Organisation, respectievelijk zijn vastgelegd in verdragen ter uitwerking van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens .

Beroepsaansprakelijkheidsverzekering zorgaanbieder

Artikel 4 – Verzekering en vrijwaring

1. De zorgaanbieder verplicht zich ertoe gedurende de periode waarin de overeenkomst van kracht is een voor zijn beroepsgroep gebruikelijke en adequate verzekering voor het risico van het leveren van producten en/ of diensten in stand te houden.
2. De zorgaanbieder geeft op eerste verzoek aan de zorgverzekeraar een kopie van de polis en de voorwaarden van de in lid 1 bedoelde verzekering.
3. Indien de zorgverzekeraar door een verzekerde aansprakelijk wordt gesteld voor tekortkomingen in de verlening van de zorg, zal de zorgaanbieder de zorgverzekeraar vrijwaren en schadeloosstellen voor de directe en indirecte schade die een verzekerde van de zorgverzekeraar lijdt als gevolg van een toerekenbare tekortkoming in de nakoming van enige verplichting die op grond van de overeenkomst 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. Declaraties die op grond van deze overeenkomst zouden kunnen worden gedeclareerd, kunnen niet bij de verzekerde in rekening worden gebracht. De zorgaanbieder informeert de verzekerde vóóraf indien de verzekerde zelf iets is verschuldigd (bijvoorbeeld eigen risico, eigen bijdrage of andere betalingen) en of toestemming van de zorgverzekeraar is vereist.
4. De zorgaanbieder hanteert bij declaratie de UZOVI codes, zoals opgenomen in bijlage 1.
5. De zorgaanbieder levert minimaal éénmaal per maand de declaraties in leesbare en onbeschadigde staat aan.
6. 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.
7. 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.
8. De zorgaanbieder zendt zijn declaratie zo spoedig mogelijk aan de zorgverzekeraar, doch uiterlijk binnen twaalf maanden nadat de zorg is geleverd.
9. 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 dat de declaratiewerkzaamheden zijn uitbesteed aan een derde. Hij verstrekt de zorgverzekeraar de naam en de contactgegevens van deze derde en deelt aan de zorgverzekeraar schriftelijk mee aan wie in het vervolg betaling dient plaats te vinden.
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 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. De zorgverzekeraar is gerechtigd al zijn vorderingen op de zorgaanbieder te verrekenen met al hetgeen de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder verschuldigd is.

Controle

Artikel 12 – Controle

1. De zorgverzekeraar is bevoegd en verplicht om conform de bepalingen van de Zorgverzekeringswet (Regeling zorgverzekering) en de Wet marktordening gezondheidszorg formele en materiële controle uit te oefenen op de zorg verleend door de leverancier.
 - a. Onder formele controle wordt verstaan een controle waarbij wordt nagegaan of het tarief dat door de zorgaanbieder voor een prestatie in rekening wordt gebracht een prestatie betreft:
 - die is geleverd aan een bij die zorgverzekeraar verzekerde persoon;
 - die behoort tot het verzekerde pakket van die persoon;
 - tot levering waarvan de zorgaanbieder bevoegd is en het een tarief betreft dat voor die prestatie krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld of een tarief is dat voor die prestatie met de zorgaanbieder is overeengekomen.
 - b. Onder materiële controle wordt verstaan een controle waarbij wordt nagegaan of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening, daarop naar aard, inhoud en omvang redelijkerwijze het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.
 - c. De controle vindt plaats met inachtneming van de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit, het bepaalde in dit artikel en met inachtneming van het bepaalde in de Wet bescherming persoonsgegevens en de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars inclusief het Protocol Materiële Controle. De zorgaanbieder werkt aan de op deze wijze uitgevoerde controle mee.
2. De zorgverzekeraar heeft het recht de declaraties alsmede de administratie van de zorgaanbieder te controleren. Een controle vangt niet later aan dan 36 maanden na het jaar waarin de declaratie is ingediend. Een controle wordt geacht te zijn aangevangen, indien de controle en het doel daarvan aan de zorgaanbieder bekend is gemaakt

3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Ingeval van fraude door de zorgaanbieder of een in zijn opdracht ter zake de declaratie handelende derde, is de zorgverzekeraar naast een wettelijke rente over ten onrechte betaalde declaraties tevens gerechtigd de onderzoekskosten terug te vorderen. Daarnaast is de zorgverzekeraar in die situatie gerechtigd om de gegevens van de zorgaanbieder op te nemen in het Interne en Externe Verwijzingsregister, conform het gestelde in het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen.

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.

Informatie/merk/klachtenregeling

Artikel 14 – Informatie

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 stelt de zorgverzekeraar onverwijld op de hoogte van 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.
3. De zorgaanbieder informeert de zorgverzekeraar onmiddellijk 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.

Artikel 15 – Bescherming van gegevens

1. Zorgverzekeraar en zorgaanbieder handelen bij de verwerking van persoonsgegevens met inachtneming van de regels, daarover gesteld bij of krachtens de Wet bescherming persoonsgegevens, de ten aanzien van zorgverzekeraars toepasselijke gedragscode(s), de Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg.
2. Partijen treffen passende organisatorische en technische maatregelen voor een veilige opslag en uitwisseling van persoonsgegevens en bedrijfsvertrouwelijke informatie.

Artikel 16 – 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.

Artikel 17 – Klachtenregeling

De zorgaanbieder heeft ter afwikkeling van klachten een adequate klachtenregeling conform de eisen van de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg getroffen. De zorgaanbieder informeert de verzekerde over het bestaan van deze klachtenregeling.

Algemene bepalingen

Artikel 18 – Voorlichting aan verzekerden

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, 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 19 – 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 20 – 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;
 - d. in geval de zorgaanbieder de beroeps- of bedrijfsactiviteiten staakt.
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. een der partijen zijn onderneming of een deel daarvan overdraagt;
 - c. 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;

- d. de zorgaanbieder naar het oordeel van de zorgverzekeraar ook na een waarschuwing niet of onvoldoende meewerkt aan controles.
- e. 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 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.

Artikel 21 – Wijzigen/aanvullen van de overeenkomst

1. Aanvullingen of wijzigingen op deze overeenkomst dienen schriftelijk te worden vastgelegd en ondertekend door beide partijen. Aan niet schriftelijk overeengekomen afspraken kunnen geen rechten worden ontleend.
2. 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.
3. 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.
4. De zorgverzekeraar heeft het recht deze algemene voorwaarden te wijzigen.
5. De zorgverzekeraar stelt de zorgaanbieder in kennis van een wijziging van de algemene voorwaarden en van het tijdstip waarop die wijziging ingaat.
6. 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.
7. In geval van een wijziging in wet- of regelgeving waardoor de overeenkomst niet ongewijzigd in stand kan blijven, treden zorgaanbieder en zorgverzekeraar zo snel mogelijk met elkaar in overleg om de bepalingen die gewijzigd moeten worden aan te passen. Indien er geen overeenstemming wordt bereikt, kan elk der Partijen de overeenkomst met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden opzeggen.
8. 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 22 – Toepasselijk recht en geschillen

1. Het Nederlands recht is van toepassing.
2. Alle geschillen tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar welke voortvloeien uit de overeenkomst, reglementen, bijlagen, aanvullingen, dan wel feiten die met de uitvoering van deze overeenkomst verband houden, en waar onderling overleg niet tot een oplossing heeft geleid of overleg niet meer is aangewezen, worden berecht of beslist door de burgerlijke rechter te Den Haag.

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 2017 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	IAK Verzekeringen B.V.	8972
	Volmacht	Caresco BV	8965
	Volmacht	Aevitae	8956
IZZ Zorgverzekeraar NV	Merk	IZZ	9015
IZA Zorgverzekeraar NV	Merk	IZA Zorgverzekeraar NV	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:

IAK Verzekeringen
Afdeling Zorgschade
Postbus 90165
5600 RV EINDHOVEN

Caresco
Postbus 1815
3800 BV AMERSFOORT

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

