

DEEL II ALGEMEEN DEEL ZORGOVEREENKOMST

Artikel 1. Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

a. Eigen bijdrage

de op grond van de Zorgverzekeringswet door de Verzekerde verschuldigde bijdrage;

b. Medische dienst

de BIG-geregistreerde (para)medisch adviseur (de (tand)arts, fysiotherapeut, verloskundige, verpleegkundige, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut of apotheker) die de Zorgverzekeraar adviseert over (para)medische aangelegenheden voor zover dat ligt op zijn deskundigheidsgebied en de functionele eenheid c.q. eenheden waaraan door de medisch adviseur functioneel leiding wordt gegeven. In de functionele eenheid zijn deskundige medewerkers onder verantwoordelijkheid van de (para)medisch adviseur voor specifieke doeleinden betrokken bij de verwerking van persoonsgegevens.

c. Onderaanneming

er is sprake van Onderaanneming indien een Verzekerde in zorg is bij een Zorgaanbieder (de hoofdaannemer) en deze, voor (een deel van) de daadwerkelijke zorgverlening een andere zorgverlener (de Onderaannemer), niet zijnde dezelfde juridische entiteit als de hoofdaannemer, inschakelt door (een deel van) deze zorgverlening door te contracteren aan deze andere zorgverlener;

d. Partijen

de Partijen die deze overeenkomst zijn aangegaan;

e. Reglement

het voor de Verzekerde bij de overeenkomst van zorgverzekering geldende Reglement Hulpmiddelen van de Zorgverzekeraar dat voorziet in een nadere uitwerking van de Regeling Zorgverzekering. In het Reglement staan algemene bepalingen die gelden voor alle hulpmiddelen en specifieke eisen per hulpmiddel. Zo wordt beschreven wanneer een Verzekerde recht heeft op vergoeding van een hulpmiddel en wordt aangegeven welke voorwaarden gelden ten aanzien van de voorschrijver;

f. Tarieven

de tussen de Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar overeengekomen prijzen voor prestaties, dan wel geheel van prestaties;

g. 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 hetzij de omschreven zorg in natura hetzij gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten van de omschreven zorg;

h. Zorg

de levering van hulpmiddelen als aangegeven in de Regeling Zorgverzekering, en zoals nader vastgelegd in de overeenkomst van zorgverzekering, e.e.a. inclusief de bijbehorende dienstverlening zoals omschreven in deze overeenkomst;



i. Zorgaanbieder

de (rechts)persoon als bedoeld in rubriek B van Deel I (Individueel Deel) van deze overeenkomst, die met inachtneming van het bepaalde in deze overeenkomst de Zorg als bedoeld onder h. levert en die deze overeenkomst is aangegaan;

j. Zorgverzekeraar

de Zorgverzekeraar als bedoeld in rubriek A van Deel I (Individueel Deel) van deze overeenkomst.

Artikel 2. Zorg

1. De Zorgaanbieder verbindt zich de Zorg of een nader overeengekomen deel daarvan te verlenen aan de Verzekerde die als zodanig recht heeft op de Zorg en zich tot hem wendt. De Zorgaanbieder is uitsluitend gerechtigd de hulpmiddelen te leveren waarvan de overeenkomst(en) zijn ondertekend en retour gezonden.
2. De Zorgaanbieder verleent de Zorg met inachtneming van de relevante bepalingen die bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en de verzekeringsvoorwaarden van de Zorgverzekeraar aan de Zorg worden gesteld, alsmede met hetgeen Partijen hieromtrent bij of krachtens deze overeenkomst zijn overeengekomen.
3. De Zorgaanbieder levert geen onnodige of onnodig dure hulpmiddelen en verleent de Zorg op een doelmatige en professionele wijze. Hij zal zich daarbij laten leiden door een afweging tussen kwaliteit, de belangen van de patiënt en de kosten van de Zorgverzekeraar.
4. De Zorgaanbieder verleent de Zorg voor eigen rekening en risico met de bij de omstandigheden passende zorgvuldigheid.
5. De Zorgaanbieder is verplicht om voorafgaand aan de gevraagde Zorgverlening, met behulp van VECOZO de verzekeringsaanspraak van de desbetreffende Verzekerde voor de te leveren Zorg, te controleren en de Verzekerde vooraf te informeren in geval van mogelijk ontoereikende verzekeringsaanspraken ter zake van de te leveren Zorg.
6. Verleende Zorg in Onderaanneming komt alleen voor vergoeding in aanmerking indien vooraf toestemming is verleend door de Zorgverzekeraar voor inschakeling van de Onderaannemer(s). De gecontracteerde Zorgaanbieder dient ervoor te zorgen dat de Zorgverzekeraar altijd beschikt over een actueel overzicht van de Onderaannemers. Van alle bij de Zorgaanbieder aangesloten leveranciers zijn de volgende gegevens benodigd: naam, adres, woonplaats, AGB-code, datum ingang relatie en eventueel datum einde relatie. Deze gegevens kunnen, bij voorkeur per email, worden doorgegeven aan rz.hulpmiddelen@cz.nl (duurzame hulpmiddelen), rz.farmacie@cz.nl (verbruikshulpmiddelen) of schriftelijk naar CZ, t.a.v. Groep Relatiebeheer Zorgverleners, Postbus 5130, 5004 EC Tilburg.
7. De inschakeling van een Onderaannemer geschiedt voor eigen risico en rekening van de Zorgaanbieder en doet niet af aan de verplichtingen van de Zorgaanbieder uit deze overeenkomst. De Zorgaanbieder is en blijft volledig verantwoordelijk en aansprakelijk voor alle aspecten van de door de Onderaannemer geleverde Zorg. Daaronder valt uitdrukkelijk ook levering van kwalitatief verantwoorde Zorg, op een rechtmatige en doelmatige wijze.

8. De Zorgaanbieder garandeert dat de zorgverlening door de Onderaannemer(s) aan dezelfde eisen voldoet, als die welke aan de zorgverlening door de Zorgaanbieder zijn gesteld. De Zorgaanbieder borgt dit in de overeenkomst met de Onderaannemer(s).
9. De Zorgaanbieder staat er voor in dat de Onderaannemer desgevraagd aan de Zorgverzekeraar alle inlichtingen verschaft die de Zorgaanbieder zelf ook dient te verstrekken alsmede de informatie die de Zorgverzekeraar verlangt over de verhouding tussen de Zorgaanbieder en de Onderaannemer.
10. De Zorgaanbieder is aansprakelijk voor klachten, uitkomsten van inspectierapporten en achterafcontroles als bedoeld in artikel 6 van deze overeenkomst, betrekking hebbende op Verzekerden waarbij een Onderaannemer de daadwerkelijke Zorg heeft verleend.
11. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het declareren van de door de Onderaannemer verleende Zorg bij de Zorgverzekeraar.
12. De algemene leveringsvoorwaarden en andere voorwaarden van de bij de uitvoering betrokken derden hebben in geen geval werking jegens de Zorgverzekeraar.
13. De Zorgaanbieder vergewist zich ervan alvorens de Zorg te verlenen, dat de Verzekerde zijn aanspraak op de Zorg niet geheel of ten dele (ook) van een of meerdere andere zorgaanbieders ontvangt. De Zorgaanbieder legt voorgaande schriftelijk vast in het Verzekerdendossier.
14. De Zorgaanbieder verplicht zich jegens de Zorgverzekeraar om bij het leveren van de Zorg de eisen in acht te nemen volgens de algemeen aanvaarde professionele standaard redelijkerwijs aan de te leveren Zorg mogen worden gesteld en handelt in overeenstemming met de voor de Zorgaanbieder relevante wet- en regelgeving, waaronder (maar niet uitsluitend) de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (Wgbo), de Wet BIG, De wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens en voor zover van toepassing de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en handelt conform de eisen gesteld in deze overeenkomst.

Artikel 3. Weigering zorgverlening

De Zorgaanbieder kan de Zorg weigeren of de aangevragen Zorg voortijdig beëindigen indien er gewichtige redenen bestaan op grond waarvan (voortgezette) verlening van de Zorg redelijkerwijs niet van hem kan worden verlangd, ondanks het (voort)bestaan van een indicatie en op voorwaarde dat er geen sprake is van een spoedeisende situatie of een noodsituatie. In geval van weigering of beëindiging van de verlening van Zorg doet de Zorgaanbieder schriftelijk - zo mogelijk vooraf - mededeling aan de Verzekerde van de weigering c.q. beëindiging en de redenen die daaraan ten grondslag liggen. De Zorgaanbieder neemt waar nodig en met toestemming van de Verzekerde tevens contact op met de Zorgverzekeraar teneinde gezamenlijk te trachten (de continuïteit van) de verlening van de Zorg te waarborgen.

Artikel 4. Bedrijfs- en patiëntenregistratie

1. De Zorgaanbieder draagt zorg voor een adequate bedrijfs- en patiëntenregistratie.
2. De Zorgaanbieder registreert, in de vorm van een zorgplan of patiëntvolgsysteem, de volgende patiënten- en zorgverleningsgegevens:

Gegevens Verzekerde

- naam, geboortedatum, adres, woonplaats en telefoonnummer;
- inschrijfnummer;
- Burgerservicenummer (indien toegestaan op grond van wet- en regelgeving);
- gegevens afgeleverd product (omschrijving, merk en type, uniek registratienummer);
- toelichting op de keuze van het hulpmiddel;
- veranderingen en aanpassingen aan het hulpmiddel vermelden;
- de naam van de medewerker die de Verzekerde geholpen heeft;
- datum bestelling en levering;
- berekende prijs;
- klachten/opmerkingen;
- relevante gegevens inzake geleverde toebehoren en reparaties;
- eventuele bijzonderheden bij de levering (bijv. vakantielevering in buitenland) of relevante aanvullende gegevens betreffende het persoonlijke leven van de Verzekerde.

Gegevens voorschrijver

- naam voorschrijver;
- woonplaats/locatie in geval van een instelling voor medisch specialistische zorg;
- specialisme.

Gegevens voorschrift

- voorschrift behandelend arts met medische indicatie met handtekening arts.

Klantcontact

Gespreksverslag van ieder contact met de Verzekerde, met daarin opgenomen:

- datum contact;
- naam van medewerker;
- vraag van Verzekerde en antwoord daarop;
- indien van toepassing: uitleg beroepsprocedure (is er een beslissing genomen die getoetst is aan de Zorgverzekeringswet?);
- indien een Verzekerde het niet eens is met de beslissing: uitleg dat de Verzekerde de afdeling Juridische Zaken van de Zorgverzekeraar schriftelijk kan vragen de beslissing te heroverwegen.

NB: verdere verstrekking gerelateerde patiëntinformatie is opgenomen in het Deel III (Specifiek Deel).

3. Onverlet hetgeen ter zake in de wetgeving is bepaald, wordt de originele patiëntenregistratie ten minste vijf jaar na afloop van het betreffende kalenderjaar bewaard. Deze blijft, met inachtneming van het bepaalde in artikel 6 van deze overeenkomst (Toezicht, controle en sanctie), voor de Medische dienst van de Zorgverzekeraar beschikbaar voor controledoeleinden, ook nadat deze overeenkomst een einde heeft genomen. Het voorschrift van de behandelend arts dient te allen tijde aanwezig te zijn.

Artikel 5. Informatie en gegevensuitwisseling

1. Partijen verschaffen elkaar gevraagd en ongevraagd de inlichtingen die zij redelijkerwijs behoeven voor inzicht in de nakoming van de in deze overeenkomst aangegane verplichtingen.

2. Partijen behandelen de (persoons)gegevens van de betrokken Verzekerden en de betrokken Zorgaanbieders die zij uitwisselen en onderling ter beschikking stellen vertrouwelijk en met inachtneming van de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.
3. Indien naar aanleiding van de bij de Zorgverzekeraar aangeleverde informatie behoefte bestaat aan aanvullende informatie van de Zorgaanbieder, vindt er op initiatief van de Zorgverzekeraar ook een evaluatiegesprek tussen de Zorgverzekeraar en de Zorgaanbieder plaats, waarin in elk geval aan bod komt:
 - a. de aard en omvang van de leveringen;
 - b. de communicatie;
 - c. de declaratieverwerking;
 - d. de klachtafhandeling.
4. Geconstateerde knelpunten dienen snel en adequaat en binnen de afgesproken termijn aangepakt te worden, zowel door de Zorgaanbieder als door de Zorgverzekeraar.

Artikel 6. Toezicht, controle en sanctie

1. De Zorgverzekeraar kan een controle uitoefenen ten aanzien van de uitvoering van deze overeenkomst door de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder dient hier zijn medewerking aan te verlenen. De Zorgverzekeraar kan de controle uitvoeren al dan niet naar aanleiding van een vermoeden van niet (juiste) nakoming van de in onderhavige overeenkomst opgenomen verplichtingen door de Zorgaanbieder. De Zorgverzekeraar meldt schriftelijk een voorgenomen controle bij de Zorgaanbieder ten minste 14 dagen voor het tijdstip dat de controle zal plaatsvinden, tenzij er reden is van die termijn af te wijken.
2. De Zorgverzekeraar kan periodiek formele en materiële controles uitvoeren conform de vigerende wet- en regelgeving, waaronder de Regeling Zorgverzekering. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitoefening van een dergelijke controle de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens in acht, alsmede de (nadere) regels die worden gesteld in artikel 87 Zorgverzekeringswet en, ten aanzien van de formele en materiële controle, hoofdstuk 7 van de Regeling Zorgverzekering.
3. De controle als bedoeld in lid 1 en 2 van dit artikel zal niet onnodig belastend zijn voor de Zorgaanbieder en zich niet verder uitstreken dan voor het doel van de controle noodzakelijk is.
4. De Zorgverzekeraar meldt een voorgenomen controle (op locatie) bij de Zorgaanbieder tenminste 14 dagen voor het tijdstip dat de controle zal plaatsvinden, tenzij er reden is van die termijn af te wijken. Reden om daarvan af te wijken is in ieder geval aan de orde in het geval onderzoek niet langer kan wachten omdat dit schadelijk is voor de Zorgverzekeraar of de Verzekerden of indien de onregelmatigheden door langer wachten niet of moeilijk zijn aan te tonen. Indien serieuze vermoedens van malversaties bestaan, zorgt de Zorgaanbieder dat de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar onmiddellijk na aankondiging van een controle toegang tot praktijk- en patiëntenregistratie van de Zorgaanbieder krijgen.
5. De Zorgaanbieder is op grond van artikel 7.4 lid 2 van de Regeling Zorgverzekering verplicht medewerking te verlenen aan een materiële controle die wordt uitgevoerd overeenkomstig de Regeling Zorgverzekering. Dit houdt onder andere in dat de Zorgaanbieder de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar ter uitvoering van de controle in de praktijk toe dient te laten. Tevens is de Zorgaanbieder verplicht de bevoegde medewerkers die uitvoering geven aan



de controle(s) behulpzaam te zijn voor zover dat redelijkerwijs mag worden verwacht, waartoe uitdrukkelijk wordt gerekend dat de Zorgaanbieder desgevraagd actieve medewerking verleent aan het daadwerkelijk toegang verschaffen van de praktijk- en patiëntenregistratie.

6. Indien en voor zover de controle betrekking heeft op de rechtmatigheid en doelmatigheid van de aanspraken van Verzekerden is de Zorgaanbieder gehouden de Medische dienst van de Zorgverzekeraar met inachtneming van de daarvoor geldende wettelijke voorschriften inzage te geven in de medische dossiers van de Verzekerden. Op verzoek van de Zorgverzekeraar worden deze dossiers op beveiligde wijze (versleuteld), zoals bijvoorbeeld middels Cryptshare, door de Zorgaanbieder aan de Zorgverzekeraar beschikbaar gesteld.
7. De Zorgverzekeraar zal de Zorgaanbieder binnen twee maanden na de controledatum schriftelijk in kennis stellen van de controlebevindingen en de Zorgaanbieder binnen redelijke termijn de gelegenheid geven daarop schriftelijk te reageren (hoor- en wederhoor).
8. Indien bij de controle door de Zorgverzekeraar blijkt dat de Zorg niet in overeenstemming met de afspraken zoals vastgelegd in deze overeenkomst of in strijd met wettelijke voorschriften door de Zorgaanbieder is verleend/geleverd, heeft de Zorgverzekeraar het recht de daarop betrekking hebbende en door de Zorgverzekeraar uitbetaalde declaraties terug te vorderen bij de Zorgaanbieder. Hiervan is onder meer sprake indien een verwijzing van een arts of andere bevoegde verwijzer ontbreekt of de verwijzing inhoudelijk niet voldoet aan de daaraan door de Zorgverzekeraar gestelde voorwaarden (zoals vermelding van de medische diagnose, naam, inschrijfnummer en adres van de Verzekerde, datum verwijzing, naam en adres verwijzer en/of een indicatie is voor vergoeding op basis van de Zorgverzekeringswet en/of verzekeringsvoorwaarden). De Zorgaanbieder is verplicht om op initiatief van en met de Zorgverzekeraar afspraken over verbetering te maken, gericht op waarborging van correcte naleving van de verplichtingen van de Zorgaanbieder jegens de Zorgverzekeraar. De Zorgverzekeraar kan bovendien aan de Zorgaanbieder een boete opleggen die de Zorgaanbieder vervolgens aan de Zorgverzekeraar verschuldigd is van € 50,00 per geconstateerde overtreding van de wettelijke en/of contractuele verplichtingen per Verzekerde onverminderd het recht van de Zorgverzekeraar vergoeding te verlangen van werkelijk geleden schade. In afwijking van het bepaalde in dit artikel, handelt de Zorgverzekeraar in geval van fraude als bedoeld in artikel 13 van deze overeenkomst, binnen de wettelijke en contractuele mogelijkheden naar eigen inzicht.
9. Indien de verbeterafpraak zoals bedoeld in lid 8 van dit artikel door de Zorgaanbieder niet wordt nageleefd, is de Zorgaanbieder, zonder voorafgaande in gebrekestelling, door de enkele schriftelijke constatering in verzuim en kan de Zorgverzekeraar de overeenkomst beëindigen (zie artikel 14 lid 3 sub f) of niet verlengen of opnieuw aanbieden.
10. De Zorgaanbieder zal, indien de Zorgverzekeraar een terugvordering instelt, op basis van een controle zoals bedoeld in lid 8 van dit artikel, het desbetreffende geleverde hulpmiddel niet in rekening brengen bij of terugvorderen bij de Verzekerde.

Artikel 7. Privacy en dossiervorming

1. De Zorgaanbieder houdt van iedere Verzekerde een afzonderlijk en persoonlijk dossier bij met in ieder geval het medisch voorschrift en een toelichting op de keuze van het hulpmiddel. De inhoud van dit zorgplan of patiëntvolgsysteem wordt beschreven in artikel 4 van deze overeenkomst.
2. De Zorgaanbieder registreert en bewaart op zorgvuldige wijze van elke Verzekerde de gegevens.



De gegevens dienen te worden geregistreerd en beheerd volgens de Wgbo en de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.

3. Het doorgeven van gegevens aan derden zonder toestemming van de Verzekerde is verboden behoudens indien de verstrekking van de gegevens plaatsvindt met inachtneming van de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.

Artikel 8. Patiëntbejegening

1. De Zorgaanbieder neemt in zijn relatie tot de Verzekerde de algemeen aanvaarde patiëntenrechten in acht.
2. De Zorgaanbieder draagt zorg voor goede voorlichting, instructie en productinformatie aan de Verzekerde over de aan hem te verlenen Zorg en de mogelijkheid voor vergoeding ten laste van de Zorgverzekeringswet. Hiertoe worden uitdrukkelijk ook de financiële aspecten van de Zorg gerekend.
3. De Zorgaanbieder beschikt over een (interne) klachtenregeling overeenkomstig de eisen die daaraan worden gesteld in artikel 13 lid 1 en lid 4 van de Wkkgz en handelt klachten in overeenstemming met deze klachtenregeling af.
4. De Zorgaanbieder dient binnen twee werkdagen na ontvangst van de klacht een ontvangstbevestiging naar de Verzekerde te sturen waarin wordt aangegeven binnen welke termijn de klacht wordt behandeld. Bij een telefonische / mondelinge klacht vermeldt de Zorgaanbieder meteen de termijn waarbinnen de klacht wordt behandeld. De maximale termijn voor afhandeling klacht is 5 werkdagen na ontvangst van de klacht, tenzij er sprake is van een productieklacht waarvoor de fabrikant onderzoek moet verrichten. De Zorgaanbieder borgt een behoorlijke afhandeling van de binnengekomen klacht en treft zo nodig maatregelen ter voorkoming van soortgelijke klachten in de toekomst.
5. De Zorgaanbieder is verplicht om een registratie bij te houden van de binnengekomen klachten. Deze registratie dient minimaal de aard van de klacht, de datum van de klacht, de ondernomen acties, de gevoerde correspondentie en het resultaat van de acties te omvatten. De Zorgaanbieder geeft desgevraagd inzicht in de klachtenregistratie aan de Zorgverzekeraar.
6. Indien een klacht ten aanzien van een Zorgaanbieder vaker wordt geuit, zal de Zorgaanbieder adequate maatregelen treffen om de klachten in de toekomst te voorkomen. Hiervan wordt de Zorgverzekeraar op de hoogte gesteld.
7. De klachtenregeling die de Zorgverzekeraar hanteert, luidt als volgt: de Zorgverzekeraar neemt elke gemotiveerde klacht die door of namens een Verzekerde over de Zorgaanbieder bij hem wordt ingediend, in behandeling. De Zorgverzekeraar stelt de Zorgaanbieder schriftelijk van de klacht in kennis (per brief of via e-mail). De Zorgaanbieder is verplicht de Zorgverzekeraar een schriftelijke reactie op de klacht te doen toekomen, en wel binnen 5 werkdagen na dagtekening van de schriftelijke kennisgeving. De Zorgverzekeraar bepaalt vervolgens of de klacht al dan niet gegrond is en stelt zowel de Verzekerde (schriftelijk of mondeling) als de Zorgaanbieder (altijd schriftelijk) van zijn besluit op de hoogte. De Zorgaanbieder handelt, daartoe gevraagd door de Zorgverzekeraar, zelf de klacht af met de Verzekerde. De Zorgaanbieder rapporteert over die afhandeling richting de Zorgverzekeraar. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om bij Verzekerde te verifiëren of de afhandeling naar behoren is geschied.

Artikel 9. Continuïteit

1. De Zorgaanbieder treft voorzieningen die nodig zijn voor een continue verlening van de Zorg en meldt omstandigheden die de continuïteit in gevaar brengen onverwijld aan de Zorgverzekeraar.
2. In het geval de Zorgaanbieder of een aan hem verbonden beroepsbeoefenaar, krachtens een uitspraak gedaan op grond van de Wet BIG of het Wetboek van Strafrecht is geschorst in de uitoefening van zijn bevoegdheid, dan wel hem de uitoefening van zijn beroep of bedrijf is ontzegd en dit gevolgen heeft voor de te leveren Zorg door de Zorgaanbieder aan de Verzekerden en/of dit gevolgen heeft voor de kwaliteit van de Zorg, meldt hij dit onverwijld aan de Zorgverzekeraar. Indien de Zorgverzekeraar toestaat dat de Zorgaanbieder gedurende de schorsing c.q. ontzegging wordt waargenomen, is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor regeling van een adequate waarneming.
3. De Zorgaanbieder stelt de Zorgverzekeraar direct in kennis en verstrekt een (voor zover relevant geanonimiseerd) afschrift van ieder (niet) openbaar rapport van de IGJ dat de Zorgaanbieder betreft voor zover relevant voor de uitvoering van de overeenkomst.

Artikel 10. Declaratie en honorering

A. Declaratie

1. De Zorgaanbieder dient bij Vektis ingeschreven te staan als leverancier hulpmiddelen (Zorgaanbiedersoort 76) en beschikt over een landelijke AGB-codering. De Zorgaanbieder die door de Zorgverzekeraar gecontracteerd is voor de levering van verbruiksartikelen dient per 1 januari 2017 bij Vektis ingeschreven te staan als Zorgaanbieder hulpmiddelen (Zorgaanbiedersoort 76), apotheek (Zorgaanbiedersoort 02) of apotheekhoudend huisarts (Zorgaanbiedersoort 01) met een landelijke AGB-codering.
2. De registratie als leverancier hulpmiddelen en alle aanpassingen van persoons-, praktijk- en/of praktijkrelatiegegevens dienen tijdig (in ieder geval voor aanvang van de overeenkomst) kenbaar te worden gemaakt aan Vektis, b.v. via www.agbcode.nl.
3. Uitsluitend de gecontracteerde Zorgaanbieder kan de declaratie rechtstreeks bij de Zorgverzekeraar indienen. Declaraties van Onderaannemers zelf worden afgewezen.
4. De Zorgaanbieder dient bij de declaratie gebruik te maken van de in deze overeenkomst genoemde tarieven en coderingen (bijlage 1) en declaratietermijnen (Specifiek Deel).
5. Bij het declareren moet altijd de leverdatum in de declaratie vermeld worden. Declaraties mogen nooit betrekking hebben op zorgverlening of leveringen die in de toekomst liggen.
6. Onverminderd de verplichting van de Zorgaanbieder om de declaraties maandelijks in te dienen, neemt de Zorgverzekeraar (her)declaraties die na meer dan 12 maanden na de prestatiedatum worden ingediend niet in behandeling, behoudens in geval van overmacht aan de zijde van de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder die zich op overmacht beroept dient dit binnen 24 uur na het intreden van de overmachtssituatie kenbaar te maken aan de Zorgverzekeraar en staft dit zo nodig met bewijs. Stakingen en werkonderbrekingen binnen het bedrijf van de Zorgaanbieder vormen geen aanleiding tot een beroep op overmacht, evenals wanprestatie van toeleveranciers of anderen van wie de Zorgaanbieder zaken en/of diensten betreft.



7. De Zorgaanbieder stelt de declaratie op met vermelding van alle gegevens die volgens de meest recente versie van het Externe Integratiemodel Declaraties Hulpmiddelen van Vektis op de declaraties dienen te worden vermeld. Voor declaraties van apotheekhoudenden is het meest recente Externe Integratiemodel Farmacie van toepassing.
8. De Zorgaanbieder declareert de Zorg door de declaratiegegevens via de internetapplicatie www.vecozo.nl aan te leveren en is derhalve in staat gebruik te maken van de functionaliteiten van VECOZO. Eén van deze functionaliteiten is het raadplegen van verzekerdengegevens. De Zorgaanbieder dient voorafgaande aan de levering de gegevens van de Verzekerde te controleren. Notaregels met daarin onjuiste gegevens van Verzekerden of notaregels van Verzekerden die op het moment van levering bij een andere Zorgverzekeraar verzekerd zijn, worden automatisch afgewezen.
9. Ter uitvoering van de onderhavige overeenkomst zal VECOZO namens de Zorgverzekeraar technische controles (N1-N5) uitvoeren zoals beschreven in de Registratie Bedrijfs- en Controleregels (RBC) bij de betreffende EI-standaard. Indien blijkt dat het declaratiebestand niet of niet geheel voldoet aan deze technische specificaties zal VECOZO het gehele bestand retourneren. In het door VECOZO opgestelde retourbericht staan de geconstateerde fout(en) beschreven.
10. De Zorgaanbieder controleert via de COV-check (controle op verzekeringsrecht) het verzekeringsrecht van de Verzekerde in VECOZO. Als peildatum wordt de afleverdatum gehanteerd.
11. Papieren declaraties worden niet in behandeling genomen.
12. Declaraties dienen te worden gedeclareerd bij de Zorgverzekeraar met UZOVI code 9664.
13. De Zorgaanbieder draagt zorg voor inhoudelijk kwalitatief goede declaraties. Bij een grotendeels foutief aangeleverde declaratie of hoog uitvalpercentage, wordt de gehele declaratie door de Zorgverzekeraar afgekeurd. De Zorgverzekeraar stelt de Zorgaanbieder hiervan op de hoogte via de retourinformatie op VECOZO.
14. De Zorgaanbieder verleent de Zorg zonder enige betaling voor de Zorg door de Verzekerde, tenzij hierna anders wordt overeengekomen.
15. Indien een Verzekerde met een restitutiepolis uitdrukkelijk te kennen geeft zelf de declaratie te willen ontvangen, geeft de Zorgaanbieder aan de Verzekerde een kopie van de declaratie, met een verklaring waaruit blijkt dat de geleverde hulpmiddelenzorg voor vergoeding in aanmerking komt.
16. De Zorgaanbieder is gehouden zijn medewerking te verlenen aan de uitvoering van de wettelijke eigen bijdrage regeling voor de Zorg.
17. Zorg die buiten de reikwijdte van deze overeenkomst valt en hulpmiddelen die niet voor vergoeding in aanmerking komen, kunnen niet bij de Zorgverzekeraar in rekening gebracht worden.
18. Eventuele creditregels moeten geautomatiseerd worden aangeleverd via VECOZO. Bij een gedeeltelijke creditering moet de oorspronkelijke debetregel geheel worden gecrediteerd en een nieuwe debetregel voor het verschil worden aangeleverd.

19. Alle bescheiden en digitale gegevensbestanden welke ten grondslag liggen aan de declaraties blijven vijf jaar voor de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar beschikbaar voor controledoelinden, ook nadat deze overeenkomst een einde heeft genomen.
20. De Zorgaanbieder vergewist zich ervan dat geen zorg bij de Zorgverzekeraar gedeclareerd wordt in geval Verzekerde verblijft in een instelling als bedoeld in de Wet langdurige zorg en daar behandeling ontvangt in de zin van artikel 3.1.1, eerste lid, aanhef en onderdeel c. van die wet.

B. Honorering

1. De Zorgverzekeraar honoreert de Zorgaanbieder ter zake van aan de Verzekerde verleende Zorg op basis van de door Partijen in het Individueel Deel (Deel I) van deze overeenkomst overeengekomen tarieven, indien en voor zover de Verzekerde op de dag van de levering actueel bij de Zorgverzekeraar verzekerd is, zulks met inachtneming van de overige bepalingen in dit artikel.
2. Voor declaraties die via VECOZO worden ingediend, stelt de Zorgverzekeraar retourinformatie (zowel afrekeningspecificatie als elektronische retourinformatie) volgens het meest recente Externe Integratiemodel Declaraties Hulpmiddelen van Vektis beschikbaar via VECOZO. De retourinformatie is tot maximaal één jaar na verwerking van de declaratie via VECOZO raadpleegbaar. Voor de declaraties van apotheehoudenden is het Externe Integratiemodel Farmaceutische Hulp van toepassing.
3. Voor het geval de Zorgaanbieder niet voldoet aan het bepaalde in artikel 10 onder A, is de Zorgverzekeraar niet gehouden de declaraties binnen de in artikel 10 onder B lid 4 genoemde termijn betaalbaar te stellen. Daarnaast behoudt de Zorgverzekeraar zich in die situaties het recht voor om een korting van 5% van het gedeclareerde bedrag op de declaraties in mindering te brengen.
4. De Zorgverzekeraar zal de declaraties die voor betaling in aanmerking komen binnen dertig kalenderdagen na ontvangst betaalbaar stellen aan de Zorgaanbieder. Onder betaalbaarstelling wordt verstaan het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank om tot betaling van de declaratie over te gaan.
5. De Zorgverzekeraar is gerechtigd ten onrechte uitbetaalde declaraties en overige opeisbare vorderingen, bijvoorbeeld uit hoofde van uitgevoerde formele en materiële controles, te verrekenen met nog af te wikkelen declaraties, aan elk van de in deel I genoemde zorgverzekeraars individueel of gezamenlijk, van de Zorgaanbieder (inclusief doorberekeningen van de wettelijke rente). De digitale en overige gegevens over de declaratieverwerking en -betaling in de bestanden van de Zorgverzekeraar, waar onder begrepen die van VECOZO, strekken Partijen tot volledig bewijs, behoudens tegenbewijs door de Zorgaanbieder.
6. Indien de Zorgverzekeraar door een oorzaak gelegen in zijn risicosfeer er niet in slaagt de declaratie binnen de in artikel 10 onder B lid 4 genoemde termijn betaalbaar te stellen, stelt de Zorgverzekeraar een voorschot betaalbaar van in de regel 100% van het gedeclareerde bedrag. De Zorgverzekeraar stelt geen voorschot betaalbaar indien de oorzaak van de vertraging gelegen is in de risicosfeer van de Zorgaanbieder, bijvoorbeeld omdat de declaratie niet voldoet aan de voorwaarden die in deze overeenkomst aan de declaratie worden gesteld.
7. De Zorgverzekeraar zal het debiteuren risico overnemen t.a.v. het eigen risico dat door de Zorgverzekeraar bij de Verzekerde in rekening gebracht zal worden.



8. De Zorgaanbieder zal de declaratie die is afgewezen, omdat zij niet voldoet aan de voorwaarden die in deze overeenkomst aan de Zorg, de declaratie en/of de indiening daarvan worden gesteld, niet ter betaling aan de Verzekerde voorleggen. Bij overtreding van deze bepaling is de Zorgverzekeraar gerechtigd een eventuele vergoeding aan de Verzekerde te verrekenen met nieuwe declaraties van de Zorgaanbieder.
9. Zorg verleend buiten de kaders van de onderhavige overeenkomst en/of verzekeringspolissen van de Verzekerde komt niet voor vergoeding door de Zorgverzekeraar in aanmerking, behoudens in geval van overname van het incassorisico van de desbetreffende zorg door de Zorgverzekeraar op grond van een daartoe met de Zorgaanbieder gesloten overeenkomst.
10. Indien onder de Zorgverzekeraar beslag wordt gelegd ter verzekering van de rechten van een schuldeiser van de Zorgaanbieder, komen de extra kosten die de Zorgverzekeraar hier voor moet maken volledig voor rekening van de Zorgaanbieder.

Artikel 11. Verzekering en vrijwaring

1. De Zorgaanbieder sluit een adequate beroeps- en bedrijfsaansprakelijkheidsverzekering af die voldoende dekking biedt. Daarnaast garandeert de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar dat eenzelfde soort verzekering is gesloten voor de door of vanwege de Zorgaanbieder ingeschakelde (rechts)personen die in het kader van deze overeenkomst Zorg verlenen maar niet onder de dekking van eerstgenoemde verzekering vallen. De Zorgaanbieder geeft op eerste verzoek aan de Zorgverzekeraar een kopie van de polis en voorwaarden van de in dit kader relevante verzekeringen.
2. Indien de Zorgverzekeraar door een derde, waaronder maar niet uitsluitend de (nabestaande van de) Verzekerde, aansprakelijk wordt gesteld voor toerekenbare tekortkomingen in de nakoming van de verplichting om Zorg te leveren waarop de Verzekerde aanspraak heeft, vrijwaart de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar terzake van door hem geleden schade als gevolg van de aanspraak van deze derde, ongeacht of de Zorgaanbieder zelf tekort is geschoten dan wel dat de tekortkoming voor rekening van de Onderaannemer is.

Artikel 12. Hoofdelijke aansprakelijkheid

1. Indien de Zorgaanbieder die deze overeenkomst aan is gegaan de rechtsvorm van een maatschap, CV of een vof heeft, zijn de maten respectievelijk vennoten ieder hoofdelijk aansprakelijk voor de verplichtingen die voortvloeien uit deze overeenkomst. Indien de Zorgverzekeraar aan haar verplichtingen voortvloeiende uit deze overeenkomst voldoet jegens één van de maten dan wel vennoten, gelden deze verplichtingen als geheel voldaan jegens de Zorgaanbieder en kunnen afzonderlijke maten of vennoten geen vorderingen instellen voor de nakoming van (een deel van) deze verplichtingen door de Zorgverzekeraar.
2. De Zorgverzekeraar kan niet gebonden worden door onderlinge afspraken tussen de maten of vennoten, met betrekking tot de onderlinge verdeling dan wel afdwingbaarheid van uit de overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen.

Artikel 13. Fraude

1. De Zorgverzekeraar kan een fraude onderzoek uitvoeren conform artikel 7.10 Regeling Zorgverzekering.
2. Onder fraude wordt verstaan de situatie waarin 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 (of aan de Zorgaanbieder verbonden personen) geen recht heeft of recht kan hebben.
3. De Zorgaanbieder verliest bij door hem gepleegde fraude het recht op vergoeding uit hoofde van deze overeenkomst (betreffende het gedeelte waarop de fraude betrekking heeft), ongeacht de geleverde Zorg.
4. In geval van fraude kan de Zorgverzekeraar naar eigen keuze in ieder geval een of meerdere van de hierna beschreven maatregelen treffen:
 - a. de ten onrechte uitgekeerde betalingen en gemaakte onderzoekskosten terugvorderen;
 - b. deze overeenkomst met onmiddellijke ingang beëindigen;
 - c. registratie van de fraude doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
 - d. een klacht indienen bij een tuchtrechtelijke instantie waarbij de Zorgaanbieder is aangesloten;
 - e. melding c.q. aangifte doen bij enige opsporingsdienst en/of het Openbaar Ministerie.
5. De in lid 4 van dit artikel beschreven sancties laten het recht van de Zorgverzekeraar om nakoming, beëindiging en/of schadevergoeding te vorderen onverlet.
6. De Zorgverzekeraar spant zich in om onterechte declaraties en fraude in de zorg zoveel mogelijk te bestrijden. Om die reden legt de Zorgverzekeraar (persoons)gegevens vast en kan de Zorgverzekeraar de gegevens delen met bevoegde derden waarmee de Zorgverzekeraar samenwerkt in het kader van veiligheid en integriteit van de Zorgverzekeraar en de branche.

Artikel 14. Duur en einde van de overeenkomst

1. De overeenkomst treedt in werking en eindigt op de in deel I (Individueel Deel) onder rubriek D van deze overeenkomst genoemde data.
2. De overeenkomst eindigt tussentijds en zonder dat schriftelijke opzegging is vereist:
 - a. met wederzijds goedvinden;
 - b. indien de Zorgaanbieder een instelling is in de zin van de WTZi: indien de toelating van de Zorgaanbieder op grond van de WTZi is ingetrokken of indien de Zorgaanbieder niet langer voldoet aan de vereisten zoals gesteld in de WTZi of indien na het vervallen van de WTZi niet binnen de voor de Zorgaanbieder geldende termijn zoals gesteld in de Wtza een toelating wordt verleend op grond van de Wtza;
 - c. indien de Zorgaanbieder een instelling is in de zin van de Wtza: indien de toelating van de Zorgaanbieder op grond van de Wtza is ingetrokken of indien de Zorgaanbieder niet langer voldoet aan de vereisten zoals gesteld in de Wtza.

3. Naast de wettelijke beëindigingsgronden kan de overeenkomst verder met onmiddellijke ingang zonder rechterlijke tussenkomst, geheel of gedeeltelijk worden opgezegd:
 - a. door een der Partijen als de wederpartij (voorlopige) surseance van betaling verkrijgt;
 - b. door een der Partijen als de wederpartij zich in staat van kennelijk onvermogen om aan zijn financiële verplichtingen te voldoen bevindt of het onderwerp is van een procedure tot faillissement, gerechtelijk akkoord, vereffening, beslaglegging waardoor de verlening van Zorg (mogelijk) in gevaar komt of van elke andere soortgelijke procedure;
 - c. door de Zorgverzekeraar indien de Zorgaanbieder een natuurlijk persoon is: door faillissement of overlijden van de Zorgaanbieder of indien de persoon is toegelaten tot de Wsnp;
 - d. door de Zorgverzekeraar indien de Zorgaanbieder een rechtspersoon is: door faillissement of ontbinding van de rechtspersoon;
 - e. door de Zorgverzekeraar als de onderneming van of de beroepsuitoefening door de Zorgaanbieder beëindigd wordt dan wel ontbonden of (een deel daarvan) aan een derde wordt overgedragen en hiervoor voorafgaand geen instemming is gegeven door de Zorgverzekeraar;
 - f. door een der Partijen als de wederpartij haar verplichtingen uit de zorgovereenkomst na een ingebrekestelling (voor zover vereist), niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomt, al dan niet blijkend uit de uitkomsten van een controle;
 - g. door een der Partijen, als de wederpartij in een situatie van overmacht verkeert en aan te nemen is dat deze langer zal duren dan dertig kalenderdagen;
 - h. indien de Zorgaanbieder of een ten behoeve van de Zorgaanbieder werkzame zorgverlener is doorgehaald in het toepasselijke beroepenregister;
 - i. als een der Partijen zich tegenover de wederpartij schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, dwang of bedreiging.
4. De Zorgverzekeraar is bij beëindiging van deze overeenkomst op grond van één van de situaties zoals genoemd in lid 2 en 3 van dit artikel geen schadevergoeding uit welke hoofde dan ook aan de Zorgaanbieder verschuldigd.
5. Als wettelijke wijzigingen of andere Partijen bindende beslissingen aanpassing van deze overeenkomst noodzakelijk maken, treden Partijen zo snel mogelijk met elkaar in overleg om de bepalingen die gewijzigd moeten worden aan te passen. Dit met inachtneming van de oorspronkelijke bedoeling van Partijen. Indien er geen overeenstemming wordt bereikt, kan elk der Partijen de overeenkomst met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden opzeggen. Tussenkomst van de rechter is hier niet noodzakelijk.
6. De opzegging van de overeenkomst, alsmede de eventueel daaraan voorafgaande ingebrekestelling, geschiedt per aangetekende brief aan de wederpartij.
7. Rechten en plichten die naar hun aard bestemd zijn om ook na beëindiging van deze overeenkomst voort te duren, blijven na beëindiging van deze overeenkomst bestaan. Tot deze verplichtingen behoren onder meer aansprakelijkheid en geheimhouding.

Artikel 15. Toepasselijk recht en geschillen

1. Op deze overeenkomst is het Nederlandse recht van toepassing.
2. Partijen zullen zich tot het uiterste inspannen om de uit deze overeenkomst voortvloeiende geschillen in gezamenlijk overleg tot een oplossing te brengen. Voor zover dit niet mogelijk blijkt te zijn, kunnen geschillen worden voorgelegd aan de Nederlandse burgerlijke rechter of de Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering.



Artikel 16. Slotbepalingen

1. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om een overeenkomst die is voorzien van doorhalingen en/of mededelingen van de Zorgaanbieder van welke aard dan ook, als ongeldig te beschouwen. Indien de Zorgverzekeraar van dit recht gebruik maakt, zal hij de Zorgaanbieder daarvan schriftelijk in kennis stellen. In dat geval zal de Zorgverzekeraar de Zorgaanbieder eenmalig de overeenkomst opnieuw toezenden en in de gelegenheid stellen om binnen een termijn van drie weken door ondertekening en terugzending aan de Zorgverzekeraar de overeenkomst alsnog tot stand te brengen.
2. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Zorgverzekeraar is het de Zorgaanbieder, met uitzondering van het vestigen van pandrechten, niet toegestaan rechten en verplichtingen uit deze overeenkomst geheel dan wel gedeeltelijk over te dragen aan derden of door derden te laten overnemen. Aan de toestemming kan de Zorgverzekeraar voorwaarden verbinden.
3. Ten aanzien van communicatie-uitingen (zoals reclame) geldt:
 - a. het is de Zorgaanbieder toegestaan het beeldmerk van de Zorgverzekeraar te gebruiken in communicatie-uitingen zolang het gebruik plaatsvindt in overeenstemming met het beleid van de Zorgverzekeraar. Het beleid inzake het gebruik van het logo is te vinden op de website van de Zorgverzekeraar;
 - b. indien (het logo van) de Zorgverzekeraar in communicatie-uitingen van de Zorgaanbieder wordt gebruikt of genoemd, mag dit gebruik geen verband houden met doelen die niet verenigbaar zijn met het beleid en doelstellingen van de Zorgverzekeraar. Tevens mag het gebruik niet leiden tot verwarring bij de Verzekerden ten aanzien van onder andere de vergoeding van Zorg of de kosten van het zorggebruik.
4. Indien één of meer bepalingen van deze overeenkomst nietig c.q. onverbindend blijken te zijn, zullen de overige bepalingen van de overeenkomst van kracht blijven. Partijen zullen over de bepalingen welke nietig c.q. onverbindend blijken te zijn overleg plegen teneinde een vervangende regeling te treffen, zodanig dat in zijn geheel de strekking van deze overeenkomst behouden blijft.
5. Op deze overeenkomst zijn de algemene voorwaarden van de Zorgaanbieder, onder welke naam of in welke vorm dan ook, uitdrukkelijk niet van toepassing.
6. Het niet terstond uitoefenen van enig recht dat de Zorgverzekeraar op grond van de wet of deze overeenkomst heeft zal in geen geval worden geacht te zijn het doen van afstand van dat recht door de Zorgverzekeraar.
7. In het geval dat de overeenkomst met de Zorgverzekeraar eindigt en niet aansluitend wordt vernieuwd, is de Zorgaanbieder gehouden de Verzekerde met een naturapolis op de hoogte te brengen van de beëindiging van de contractuele relatie met de Zorgverzekeraar met inachtneming van het volgende:
 - a. de Zorgaanbieder informeert de Verzekerde waar mogelijk twee maanden voorafgaand aan de datum van afloop van de overeenkomst over de beëindiging van de overeenkomst met de Zorgverzekeraar;
 - b. de Zorgaanbieder informeert de Verzekerde over de consequenties van het opheffen van het rechtstreeks declareren aan de Zorgverzekeraar, inclusief de eventueel afgesproken incassoprocedure tussen de Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar;



- c. de Zorgaanbieder declareert de behandeling(en) na afloop van de overeenkomst rechtstreeks bij de Verzekerde met inachtneming van de bij deze overeenkomst afgesproken tarieven;
- d. de Zorgaanbieder wijst de Verzekerde op de mogelijkheid de Zorg voort te zetten bij een Zorgaanbieder die wel een overeenkomst met de Zorgverzekeraar heeft. De Zorgaanbieder adviseert de Verzekerde contact op te nemen met de Zorgverzekeraar waarbij tevens verwezen kan worden naar "Zorgvinden" op de websites van de Zorgverzekeraar; en
- e. indien de Zorg van de Verzekerde wordt voortgezet door een gecontracteerde Zorgaanbieder is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor een adequate overdracht, een en ander in overeenstemming met de daarvoor geldende wet- en regelgeving.