



Algemene Inkoopvoorwaarden Zorg 2018

BR.0042.0517

INHOUDSOPGAVE

Artikel 1	Definities	3
Artikel 2	Toepasselijkheid	3
Artikel 3	Zorg	3
Artikel 4	Kwaliteit en doelmatigheid van de zorg	3
Artikel 5	Controle verzekeringsgerechtigdheid	4
Artikel 6	Praktijkadres	4
Artikel 7	Informatievoorziening aan verzekerden	4
Artikel 8	Continuïteit van zorg en waarneming	4
Artikel 9	Controle	4
Artikel 10	Fraude	4
Artikel 11	Privacy	4
Artikel 12	Declaratie	4
Artikel 13	Declaratie door derden	5
Artikel 14	Recht op voldoening van de declaratie	5
Artikel 15	Betaling	5
Artikel 16	Vrijwaring	5
Artikel 17	Informatieverstrekking tussen partijen	5
Artikel 18	Duur en einde van de overeenkomst	5
Artikel 19	Wijzigingsbevoegdheid	6
Artikel 20	Toepasselijk recht en geschillenregeling	6
Artikel 21	Slotbepalingen	6

Algemene Inkoopvoorwaarden Zorg 2018

De schuingedrukte bepalingen zijn conform de 'Uniforme bepalingen eerste lijn' versie december 2016.

Artikel 1 Definities

- a) Aanvullende verzekering: een door verzekerde met verzekeraar afgesloten verzekering, in beginsel aanvullend op een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet;
- b) Beroepsbeoefenaar: een natuurlijke persoon die een medisch, paramedisch, psychosociaal dan wel psychotherapeutisch, farmaceutisch of verplegend beroep of een bij algemene maatregel van bestuur aangewezen daarmee verwant beroep uitoefent;
- c) Overeenkomst: de schriftelijke overeenkomst tussen (zorg)verzekeraar en zorgaanbieder waarop deze algemene inkoopvoorwaarden van toepassing zijn verklaard;
- d) Tandartsverzekering: een door verzekerde met verzekeraar afgesloten verzekering voor kosten verband houdend met mondzorg, in beginsel aanvullend op een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet;
- e) Treeknormen: normstelling voor wachttijden in de zorg, welke onder andere nader specifiek zijn bepaald in een beleidsregel van de NZa;
- f) Verzekeraar: de in de overeenkomst genoemde verzekeringsonderneming als bedoeld in de eerste richtlijn schadeverzekering, voor zover deze aanvullende verzekeringen aanbiedt of uitvoert;
- g) Verzekerde: de persoon die of ten behoeve van wie ingevolge de Zorgverzekeringswet, een aanvullende verzekering of een tandartsverzekering met de (zorg)verzekeraar een (zorg)verzekeringsovereenkomst heeft gesloten en recht heeft op de in de overeenkomst omschreven zorg dan wel op de vergoeding van de kosten van deze zorg conform de tussen de (zorg)verzekeraar en verzekerde overeengekomen verzekeringsvoorwaarden;
- h) Zorg: de zorg zoals omschreven in de overeenkomst;
- i) Zorgaanbieder: een nader in de overeenkomst gedefinieerde (rechts)persoon waarmee de (zorg)verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten;
- j) Zorgverzekeraar: de in de overeenkomst genoemde verzekeringsonderneming als bedoeld in de eerste richtlijn schadeverzekering, voor zover deze zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert;
- k) Zorgverzekering: de schadeverzekering zoals omschreven in artikel 1 van de Zorgverzekeringswet.
- l) *Detailcontrole: onderzoek door de zorgverzekeraar naar bij de zorgaanbieder berustende persoonsgegevens met betrekking tot eigen verzekerden ten behoeve van materiële controle of fraudeonderzoek;*
- m) *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 vastgesteld of een tarief is dat voor die prestaties met de zorgaanbieder is overeengekomen;*
- n) *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;*
- o) *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 patiënt.*

Artikel 2 Toepasselijkheid

1. Deze algemene inkoopvoorwaarden zorg zijn van toepassing op overeenkomsten tussen (zorg)verzekeraar en zorgaanbieder, waarbij de algemene inkoopvoorwaarden zorg van toepassing zijn verklaard.
2. Indien één of meer bepalingen uit de overeenkomst dan wel de algemene inkoopvoorwaarden zorg nietig blijken te zijn of anderszins hun rechtsgeldigheid verliezen, dan worden ze vervangen door bepalingen die wel bindend c.q. rechtsgeldig zijn en die de inhoud van de niet geldige bepaling zoveel mogelijk benaderen. De overige bepalingen blijven onverkort van kracht.
3. *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.

4. *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.*

Artikel 3 Zorg

1. De zorgaanbieder verleent de zorg zoals nader bepaald in de overeenkomst, met inachtneming van de daarin genoemde administratieve voorwaarden, aan de verzekerde voor zover de verzekerde daar recht op heeft op grond van de voorwaarden van zijn (zorg)verzekering.
2. *De zorgaanbieder levert de in de overeenkomst genoemde zorg voor zover de verzekerde 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. De zorgaanbieder verleent de zorg aan verzekerden onder eigen professionele verantwoordelijkheid.
4. Voor zover niet anders overeengekomen verleent de vrijgevestigde beroepsbeoefenaar de zorg aan verzekerden persoonlijk.
5. De zorgaanbieder staat ervoor in dat, voor zover wettelijk vereist, hij beschikt over een toelating ingevolge de Wet toelating zorginstellingen.
6. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het handelen en nalaten van alle personen c.q. beroepsbeoefenaren die, al dan niet in loondienst, ten behoeve van hem werkzaam zijn en garandeert diens correcte loonbetaling. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat zij blijven beschikken over de kennis en vaardigheden die voor een goede verlening van de zorg noodzakelijk zijn en tevens wettelijk bevoegd zijn om de zorg te mogen verlenen.
7. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de (praktijk)gegevens bij Vektis actueel en volledig zijn.
8. De zorgaanbieder verstrekt op verzoek van de (zorg)verzekeraar een overzicht van de bij of onder verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder werkzame beroepsbeoefenaren.
9. De zorgaanbieder kan het verlenen van zorg uitsluitend weigeren en de verlening van aangevraagd zorg uitsluitend beëindigen indien sprake is van gewichtige redenen, verband houdend met omstandigheden die de persoon van een individuele verzekerde betreffen. De zorgaanbieder handelt hierbij overeenkomstig de 'Richtlijn niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst' van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst dan wel overeenkomstig een door de beroepsvereniging van de desbetreffende zorgaanbieder opgestelde geldende richtlijn. De zorgaanbieder pleegt tijdig overleg met de (zorg)verzekeraar indien hij verwacht dat na beëindiging van zorg de continuïteit van zorg niet is gewaarborgd.
9. De zorgaanbieder vangt zo spoedig mogelijk aan met het verlenen van zorg, maar in alle gevallen binnen de Treeknormen, voor zover van toepassing.
10. De zorgaanbieder is gehouden om aan de (zorg)verzekeraar tijdig situaties te melden die risicovol zijn voor de (financiële) continuïteit en de kwaliteit van de zorgverlening. Hieronder valt ook de verplichting de (zorg)verzekeraar te informeren over disfunctionerende beroepsbeoefenaren die voor de zorgaanbieder werkzaam zijn in geval van non-actief plaatsing, ontslag en/of tuchtrechtelijke veroordeling, alsmede maatregelen van toezichthouders zoals de IGZ. De zorgaanbieder zal de (zorg)verzekeraar op de hoogte houden van de te ondernemen en reeds in gang gezette verbetermaatregelen en de voortgang daarvan.
11. De zorgaanbieder houdt bij de zorgverlening rekening met de levensbeschouwelijke overtuiging, culturele achtergrond en godsdienstige gezindheid van de verzekerde.

Artikel 4 Kwaliteit en doelmatigheid van de zorg

1. *De zorgaanbieder handelt bij het verlenen van de zorg overeenkomstig de stand van de wetenschap en praktijk en 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, Wmg en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).*
2. *De zorgaanbieder verleent zorg met inachtneming van de voor hem toepasselijke richtlijnen, standaarden en protocollen, waaronder begrepen de kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten van het Zorginstituut Nederland, behoudens voor zover in het belang van een goede patiëntenzorg afwijking daarvan is geboden hetwelk moet blijken uit het medisch dossier van de verzekerde.*
3. *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.*
4. *Indien een zorgaanbieder zorg in rekening brengt bij de (zorg)verzekeraar waarvoor een bijzondere bekwaamheid nodig is, dient de zorgaanbieder die de zorg feitelijk verleent te voldoen aan de door de beroepsgroep gestelde voorwaarden waaronder de inschrijving in de specifieke registers.*
5. *De zorgaanbieder zal bij het verlenen en voorschrijven van zorg tevens handelen in de geest van het 'Convenant gepast gebruik van zorg'. De zorgaanbieder laat zich bij het verlenen en voorschrijven van zorg mede leiden door overwegingen van doelmatigheid, waaronder in elk*

geval begrepen een afweging van kwaliteit van de zorg, de belangen van de verzekerde en de kosten van de zorg. Hij verleent geen zorg en schrijft geen zorg voor die leidt tot onnodige kosten.

6. De zorgaanbieder draagt zorg voor een adequate patiënten- en praktijkregistratie.
7. De zorgaanbieder levert gegevens aan voor benchmarking indien er voor de betreffende zorgsoort een informatiestandaard door het Zorginstituut Nederland is vastgesteld.
8. De zorgaanbieder verleent de zorg in een adequaat ingerichte en geoutilleerde (praktijk)ruimte die voor de verzekerde goed bereikbaar en toegankelijk is.
9. De zorgaanbieder is bereikbaar en beschikbaar conform de vigerende richtlijnen van zijn beroepsgroep indien en voor zover van toepassing ingevolge bedoelde richtlijnen.
10. 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 5 Controle verzekeringsgerechtigdheid

De zorgaanbieder stelt voor aanvang van de eerste zorgvraag de identiteit van de verzekerde en het BSN vast (aan de hand van het legitimatiebewijs) en controleert voor aanvang van iedere zorgvraag de verzekeringsgerechtigdheid (via de Centrale Opvraag Verzekerden (COV) module van VECOZO).

Artikel 6 Praktijkadres

De overeenkomst heeft betrekking op de praktijkuitoefening vanuit het in de overeenkomst genoemde praktijkadres van de zorgaanbieder. Het verlenen van de zorg op grond van de overeenkomst vanuit een ander/nieuw praktijkadres is slechts mogelijk na overleg met, en schriftelijke toestemming van, de (zorg)verzekeraar.

Artikel 7 Informatievoorziening aan verzekerden

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 en of hij hiervoor een overeenkomst heeft met de (zorg)verzekeraar.
2. Bij het aangaan van de behandelrelatie informeert de zorgaanbieder de verzekerde mondeling en/of schriftelijk over zijn werkwijze, klachtenregeling en openingstijden.
3. De (zorg)verzekeraar draagt er zorg voor dat haar verzekerden conform de NZa-regels worden geïnformeerd over de zorgprestaties die voor vergoeding in aanmerking komen en de wijzigingen hierin.
4. De zorgaanbieder adviseert de verzekerden voorafgaand aan de zorgverlening bij de (zorg)verzekeraar te informeren naar het recht op de zorg dan wel op de vergoeding van de kosten van de zorg.

Artikel 8 Continuïteit van zorg en waarneming

1. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de continuïteit van de te leveren zorg 7x24-uur. De zorgaanbieder heeft het recht met andere zorgverleners een schriftelijke regeling te treffen voor de avond-, nacht-, en weekenduren (ANW-uren). De zorgaanbieder verstrekt een kopie van deze schriftelijke regeling indien daar aanleiding toe bestaat desgevraagd aan de (zorg)verzekeraar.
2. Om de continuïteit van de zorg te waarborgen zorgt de zorgaanbieder ook voor waarneming in geval van afwezigheid buiten ANW-uren.
3. De zorgaanbieder is bevoegd zich bij afwezigheid, te laten waarnemen. Hij stelt de verzekerde op de hoogte van de waarneming en de naam (namen) en adres(sen) van de waarnemer(s). De maximale duur van een aaneengesloten periode van waarneming bedraagt 6 maanden. Bij (dreigende) overschrijding van deze termijn neemt de zorgaanbieder ten minste twee maanden van te voren contact op met de (zorg)verzekeraar en worden in goed overleg nadere afspraken gemaakt.
4. Voor de toepassing van de overeenkomst worden, onverminderd de eigen verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de waarnemer, handelingen van de waarnemer beschouwd als handelingen verricht door de zorgaanbieder.

Artikel 9 Controle

1. De (zorg)verzekeraar voert formele en materiële controles met inachtneming van de eisen van de Zvw, de Rzv en het vigerende Protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland uit.
2. De (zorg)verzekeraar 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. Indien uit controle blijkt dat de zorgaanbieder een of meer verplichtingen uit de overeenkomst niet is nagekomen en/of bij de (zorg)verzekeraar ten onrechte bedragen en/of zorg heeft gedeclareerd, kan de (zorg)verzekeraar terugvorderen of verrekenen.
5. Het terug te vorderen of te verrekenen bedrag kan worden verhoogd met wettelijke (handels)rente.
6. De (zorg)verzekeraar heeft ook na voldoening van een declaratie het recht terzake controle uit te oefenen overeenkomstig lid 1.
7. De zorgaanbieder brengt zorg, waarvan na controle blijkt dat deze niet voor vergoeding in aanmerking komt, niet alsnog in rekening bij de verzekerde.
8. De (zorg)verzekeraar mag elke vergoeding aan de zorgaanbieder verrekenen met elke vordering van de zorgaanbieder op elke (zorg)verzekeraar.
9. De (zorg)verzekeraar heeft het recht de overeenkomst op te schorten indien de zorgaanbieder naar het oordeel van de (zorg)verzekeraar niet of niet voldoende meewerkt aan een controle.

Artikel 10 Fraude

1. De (zorg)verzekeraar neemt bij de uitvoering van fraudeonderzoek in ieder geval het bepaalde bij of krachtens de Wbp, de Zvw en de Rzv in acht.
2. De (zorg)verzekeraar 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 (zorg)verzekeraar betreft deze reactie van de zorgaanbieder bij de vaststelling van de definitieve uitkomsten van het onderzoek en bericht deze schriftelijk aan de zorgaanbieder.
3. De (zorg)verzekeraar kan fraude registreren in de tussen verzekeringsmaatschappijen toepasselijke signaleringssystemen.
4. De (zorg)verzekeraar meldt fraudesignalen die hij in onderzoek heeft bij het Kenniscentrum Fraudebeheersing in de Zorg.

Artikel 11 Privacy

1. Partijen voeren hun werkzaamheden, waaronder mede het verwerken van gegevens in het kader van de overeenkomst, uit met inachtneming van de bij of krachtens de Wet bescherming persoonsgegevens gestelde voorschriften.
2. Partijen leggen passende technische en organisatorische maatregelen aan om persoonsgegevens te beveiligen tegen verlies of tegen enige vorm van onrechtmatige verwerking. Ook bij uitwisseling van persoonsgegevens worden de gegevens voldoende beveiligd. De zorgaanbieder spant zich in om voor wat betreft de gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders onderling gebruik te maken van het Landelijk Schakelpunt. Het onderling uitwisselen van recepten en verwijzingen dient conform gemaakte afspraken in de keten plaats te vinden.
3. De zorgaanbieder richt een dossier in conform de eisen van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo). De zorgaanbieder houdt bij de verwerking van persoonsgegevens in dit dossier de eisen van de Wgbo en de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) in acht.

Artikel 12 Declaratie

1. De zorgaanbieder brengt de kosten van de door hem verleende zorg in rekening door indiening van een declaratie bij de (zorg)verzekeraar overeenkomstig de in de overeenkomst overeengekomen tarieven.
2. Voor zover wettelijk van toepassing: de tarieven genoemd in de overeenkomst zijn inclusief BTW, tenzij in de overeenkomst anders is bepaald.
3. Declaraties dienen uiterlijk 6 maanden na de behandeldatum dan wel de sluitingsdatum van het (DBC-) zorgproduct te worden ingediend. Dit geldt ook voor herdeclaraties.
4. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat declaraties die door de (zorg)verzekeraar zijn afgewezen, na interne correctie binnen 30 dagen na beschikbaarstelling van de retourinformatie via VECOZO, opnieuw bij de (zorg)verzekeraar worden ingediend.
5. De zorgaanbieder vermeldt, indien van toepassing, de BTW op de declaratie. Het risico van onjuiste facturering berust bij de zorgaanbieder. Eventuele BTW-correcties, inclusief boetes en rente, door de Belastingdienst bij de zorgaanbieder kunnen niet aan de zorgverzekeraar worden doorberekend.
6. De zorgaanbieder brengt een eventuele door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage bij de verzekerde in rekening, tenzij partijen anders overeenkomen.
7. De zorgaanbieder dient (her)declaraties uitsluitend in via VECOZO met inachtneming van het meest recente Vektis-rapport.

1 Het Convenant is onder andere te vinden op www.zorginstituutnederland.nl en www.menzis.nl

8. VECOZO voert namens de (zorg)verzekeraar technische controles uit (N1-N5) zoals beschreven in de registratie Bedrijfs- en Controleregels (RBC) bij de betreffende El-standaard. Indien blijkt dat het declaratiebestand niet geheel voldoet aan deze technische specificaties zal VECOZO het gehele bestand retourneren, met vermelding van de geconstateerde fouten.
9. De (zorg)verzekeraar verstrekt de zorgaanbieder een digitale afrekeningspecificatie inzake de ingediende declaraties. De afrekeningspecificatie vermeldt het betaalbaar gestelde bedrag en, indien van toepassing, een specificatie van de prestaties of bedragen waarvoor de declaratie is afgewezen of gecorrigeerd.
10. Zorgaanbieder en (zorg)verzekeraar brengen elkaar onverwijld op de hoogte van afwijkingen in het declaratieverkeer, waaronder vertragingen. Bij omstandigheden die leiden of kunnen leiden tot een substantiële stagnatie in de aanlevering of afwikkeling van declaraties wordt in onderling overleg naar een passende oplossing gezocht.
11. De zorgaanbieder brengt voor verleende zorg als omschreven in de zorgverzekering van de verzekerde, geen kosten in rekening aan de verzekerde, met uitzondering van, indien van toepassing, een door de verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering verschuldigde eigen bijdrage.
12. Indien de zorgaanbieder een deel van de zorg uitbesteedt aan een derde, verreken de zorgaanbieder zelf de kosten daarvan met die derde.
13. Zorg die geacht wordt onderdeel uit te maken van of gelijkwaardig te zijn aan een zorgvorm als bedoeld in de beleidsregel 'Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg', kan niet naast laatstgenoemde zorgvorm voor dezelfde verzekerde worden gedeclareerd.
14. Indien de overeenkomst eindigt en partijen sluiten terzake geen nieuwe overeenkomst, zal de zorgaanbieder voor verzekerden die reeds in behandeling zijn bij de zorgaanbieder voor een specifieke zorgvraag, voor de duur van de behandeling van deze specifieke zorgvraag bij de verzekerde maximaal de tarieven in rekening brengen zoals in de overeenkomst overeengekomen.

Artikel 13 Declaratie door derden

1. Namens of ten behoeve van de zorgaanbieder kunnen de declaraties door een derde partij worden ingediend. De zorgaanbieder blijft in dat geval aansprakelijk en verantwoordelijk voor de juistheid van de gegevens die door of namens hem ter kennis worden gebracht aan de (zorg)verzekeraar.
2. De zorgaanbieder deelt schriftelijk aan de (zorg)verzekeraar de naam, het adres en het IBAN rekeningnummer van de derde partij mee alsmede de naam van een vaste contactpersoon ten behoeve van de (zorg)verzekeraar.
3. Naast het elders in deze Algemene Inkoopvoorwaarden Zorg bepaalde gelden de volgende bepalingen:
 - a. namens of ten behoeve van de zorgaanbieder worden alle declaraties door de derde partij ingediend;
 - b. betalingen ten behoeve van de zorgaanbieder geschieden uitsluitend aan de derde partij, tenzij anders overeengekomen;
 - c. door betaling aan de derde partij is de (zorg)verzekeraar jegens de zorgaanbieder gekwetst;
 - d. de (zorg)verzekeraar kan een vordering op de zorgaanbieder verrekenen met een of meer declaraties die door de derde partij namens of ten behoeve van de zorgaanbieder worden ingediend.
4. De (zorg)verzekeraar kan zijn medewerking aan het declareren door een derde partij opschorten of beëindigen, indien het bepaalde in leden 2 en 3 niet of onvoldoende in acht wordt genomen.
5. De zorgaanbieder kan het declareren via een derde beëindigen, mits de (zorg)verzekeraar ten minste een maand voor de beëindiging daarvan schriftelijk in kennis wordt gesteld.

Artikel 14 Recht op voldoening van de declaratie

1. De zorgaanbieder heeft tegenover de (zorg)verzekeraar recht op voldoening van de (her)declaratie voor zorg die in overeenstemming met een overeenkomst is verleend.
2. De zorgaanbieder heeft jegens de (zorg)verzekeraar geen recht op voldoening van de (her)declaratie indien of voor zover:
 - a. de verzekerde jegens de (zorg)verzekeraar geen recht heeft op de verleende zorg of op vergoeding van de kosten van de zorg;
 - b. de verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd is en deze niet op de (her)declaratie in mindering is gebracht;
 - c. de (her)declaratie niet overeenkomt met de tarieven die in de overeenkomst zijn overeengekomen;
 - d. de (her)declaratie op andere wijze is ingediend dan overeenkomstig artikel 12 lid 7;
 - e. de (her)declaratie is ingediend buiten de termijnen genoemd in artikel 12 lid 3 en 4, tenzij er sprake is van overmacht;
 - f. de zorg onderdeel uitmaakt van of gelijkwaardig is aan zorg zoals bedoeld in de 'Beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg' en reeds

- g. overeenkomstig deze beleidsregel de kosten van zorg aan de zorgverzekeraar zijn gedeclareerd;
- er sprake is van fraude.

Artikel 15 Betaling

1. Een (her)declaratie die is ingediend overeenkomstig artikel 12 lid 7 en door de (zorg)verzekeraar juist is bevonden, wordt voldaan binnen de termijn zoals opgenomen in de overeenkomst.
2. De (her)declaratie wordt voldaan ongeacht een voor de verzekerde geldend eigen risico. De zorgverzekeraar zal het eigen risico bij de verzekerde incasseren.

Artikel 16 Vrijwaring

1. De zorgaanbieder vrijwaart de (zorg)verzekeraar tegen aanspraken van verzekerden en andere derden ter zake van de door of namens de zorgaanbieder verleende zorg, die is verleend in het kader van de verzekeringsovereenkomst tussen de verzekerde en de (zorg)verzekeraar, alsook tegen vorderingen van diens werknemers, of werknemers van door hem ingeschakelde hulppersonen ter zake van loonbetaling.
2. *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 (zorg)verzekeraar een kopie van de polis en de voorwaarden van de in dit kader relevante verzekering.*

Artikel 17 Informatieverstrekking tussen partijen

1. Partijen zijn tegenover elkaar gehouden tot het over en weer verstrekken van die informatie die voor de andere partij redelijkerwijs noodzakelijk is voor een correcte uitvoering van de overeenkomst.
2. (Zorg)verzekeraar en zorgaanbieder maken voor de onderlinge gegevensuitwisseling gebruik van het BSN-nummer van verzekerden.

Artikel 18 Duur en einde van de overeenkomst

1. De overeenkomst is gesloten voor bepaalde tijd. Zij neemt een aanvang en eindigt op de in de overeenkomst genoemde data.
2. Indien na ommekomst van de termijn genoemd in het eerste lid geen nieuwe overeenkomst tot stand komt, maar partijen nog in onderhandeling zijn over een eventuele nieuwe overeenkomst en de feitelijke relatie voortduurt, wordt gedurende die onderhandeling de relatie beheerst door de bepalingen van de overeenkomst.
3. De overeenkomst eindigt tussentijds van rechtswege, zonder dat schriftelijke opzegging is vereist:
 - a. met wederzijds goedvinden;
 - b. zodra één der partijen niet of niet meer voldoet aan de overeengekomen definities; overschrijdt, tenzij anders is overeengekomen;
 - c. in geval de zorgaanbieder een natuurlijk persoon is: door het overlijden van de zorgaanbieder;
 - d. in geval de zorgaanbieder een natuurlijk persoon is: door het van toepassing verklaren van de Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen;
 - e. in geval van verlening van surséance van betaling of faillissement van één van de partijen.
4. De (zorg)verzekeraar heeft het recht, zonder tot vergoeding van geleden schade en/of gemaakte kosten gehouden te zijn, de overeenkomst met onmiddellijke ingang per aangetekende brief op te zeggen, indien:
 - a. (in geval de zorgaanbieder een rechtspersoon is) een aanmerkelijk deel in de zeggenschap van de rechtspersoon wijzigt door overdracht van aandelen, omzetting, splitsing of fusie;
 - b. de zorgaanbieder zijn onderneming of een deel daarvan overdraagt, tenzij de (zorg)verzekeraar met die overdracht heeft ingestemd;
 - c. de zorgaanbieder zich schuldig heeft gemaakt aan fraude;
 - d. de zorgaanbieder of een bij of onder verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder werkzame persoon, al dan niet in loondienst, een tuchtmaatregel in het kader van de Wet BIG of bestuursrechtelijke maatregel door de IGZ, NZa en/of ACM is opgelegd;
 - e. beslag is gelegd op een of meer activa van de zorgaanbieder, surséance van betaling of faillissement van de zorgaanbieder wordt aangevraagd, of indien de zorgaanbieder een natuurlijk persoon is, hij verzoekt om toepassing van de Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen;
 - f. de zorgaanbieder de uitoefening van de onderneming of zijn beroepsuitoefening staakt dan wel de rechtspersoon wordt ontbonden;
 - g. indien de zorgaanbieder niet meer voldoet aan een geschiktheids/inkoop-eis danwel indien een uitsluitingsgrond van toepassing is zoals opgenomen in het inkoopbeleid;

- h. in geval de zorgaanbieder een natuurlijk persoon is: indien de waarneming zoals bedoeld in artikel 8 lid 3 de termijn van 6 maanden overschrijdt zonder dat aanvullende afspraken zijn gemaakt.
5. De zorgaanbieder is verplicht de (zorg)verzekeraar onmiddellijk schriftelijk te informeren wanneer een van de in lid 3 of 4 vermelde aangelegenheden zich voordoet.
6. Het bepaalde in de voorgaande leden laat onverlet de bevoegdheid van partijen om de overeenkomst te ontbinden dan wel op te zeggen wegens een tekortkoming in de nakoming van een verbintenis.
7. Behoudens overmacht informeert de zorgaanbieder de zorgverzekeraar zo snel mogelijk doch uiterlijk zes maanden voor het beëindigen van zijn activiteiten over de voorgenomen beëindiging.
8. In geval van einde of beëindiging van de overeenkomst draagt de zorgaanbieder zorg voor continuïteit van de zorgverlening aan de verzekerden.

Artikel 19 Wijzigingsbevoegdheid

1. De (zorg)verzekeraar heeft de bevoegdheid om de gecontracteerde algemene inkoopvoorwaarden zorg telkens met ingang van 1 januari van een kalenderjaar te wijzigen.
2. Bij wijziging van de algemene inkoopvoorwaarden zorg als bedoeld in lid 1, worden deze uiterlijk 1 december door de zorgverzekeraar van het voorafgaande kalenderjaar bekend gemaakt en van toepassing verklaard.
3. Na bekendmaking van de gewijzigde algemene inkoopvoorwaarden zorg heeft de zorgaanbieder gedurende één maand na bekendmaking het recht om de overeenkomst tussentijds te beëindigen per de datum dat de wijziging ingaat.
4. Indien een wijziging van de algemene inkoopvoorwaarden zorg het gevolg is van een wetswijziging en een verplichting met zich meebrengt voor de zorgaanbieder kan de overeenkomst niet worden opgezegd.

Artikel 20 Toepasselijk recht en geschillenregeling

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. Geschillen die niet in onderling overleg kunnen worden opgelost, kunnen worden voorgelegd aan de Onafhankelijke Geschilleninstantie zorgcontractering zoals ondergebracht bij het Nederlands Arbitrage Instituut dan wel aan de bevoegde rechtbank.*

Artikel 21 Slotbepalingen

1. Op de overeenkomst zijn algemene voorwaarden van de zorgaanbieder niet van toepassing.
2. Tussen partijen is geen sprake van een (fictieve) dienstbetrekking als bedoeld in de Wet op de loonbelasting.
3. Bij strijdigheid of interpretatieverschil tussen een bepaling in deze algemene inkoopvoorwaarden zorg en een bepaling in de met de zorgaanbieder gesloten overeenkomst heeft de laatstbedoelde bepaling voorrang.
4. Partijen gebruiken in reclame-uitingen elkaars logo en naam alleen met toestemming van de andere partij.
5. De (zorg)verzekeraar kan gegevens over de zorgaanbieder met betrekking tot de zorgverlening opnemen op één of meer door de (zorg)verzekeraar beheerde website(s).
6. Als aan de (zorg)verzekeraar blijkt dat de gegevens als bedoeld in het derde lid niet juist zijn, zal de (zorg)verzekeraar zich inspannen om deze gegevens zo spoedig mogelijk te corrigeren.
7. De (zorg)verzekeraar is jegens de zorgaanbieder niet aansprakelijk voor het al dan niet vermelden van gegevens op een in lid 5 genoemde website en evenmin voor eventuele onjuistheid van daarop vermelde gegevens.