

ALGEMENE INKOOPVOORWAARDEN HULPMIDDELEN ONVZ

Artikel 1 – Toepasselijkheid

Deze inkoopvoorwaarden zijn van toepassing op de zorgovereenkomsten tussen zorgaanbieders van hulpmiddelen en de zorgverzekeraar ONVZ.

Artikel 2 – Definities

Verstaan wordt onder:

- a. *aanvullende ziektekostenverzekering*: een ziektekostenverzekering ter aanvulling van de zorgverzekering;
- b. *AGB*: Algemeen Gegevens Beheer Zorgverleners, register waarin gegevens van zorgaanbieders worden vastgelegd, voorzien van een unieke code, de AGB-code, beheerd door Vektis;
- c. *beroepsbeoefenaar*: zorgaanbieder die als arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, oefentherapeut, logopedist, ergotherapeut, diëtist, verloskundige, verpleegkundige of in de uitoefening van enig ander beroep in de gezondheidszorg praktijk uitoefent, al dan niet in de vorm van een rechtspersoon;
- d. *betaalbaarstelling*: de opdracht aan de bank om tot betaling van een declaratie over te gaan;
- e. *bruikleen*: de overeenkomst, waarbij de ene partij – de uitlener – aan de andere partij – de bruiklener – een zaak tijdelijk en om niet in gebruik geeft en de andere partij zich verbindt om het geleende terug te geven op het tijdstip dat uit de overeenkomst of de wet voortvloeit;
- f. *burgerservicenummer*: het aan een natuurlijk persoon toegekende nummer als bedoeld in artikel 1 onder b van de Wet algemene bepalingen burgerservicenummer;
- g. *COV*: applicatie 'controle op verzekeringsrecht' van Vecozo;
- h. *eigen bijdrage*: deel van de kosten van bepaalde vormen van zorg of overige diensten dat voor rekening van de verzekerde komt;
- i. *eigen risico*: bedrag aan kosten van zorg of overige diensten dat voor rekening van de verzekerde blijft;
- j. *externe integratie standaard*: berichtspecificatie van Vektis CV voor de communicatie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars;
- k. *fraude*: het door de zorgaanbieder verzwijgen van feiten of omstandigheden, het al dan niet opzettelijk een verkeerde of onvolledige voorstelling van zaken geven of een valse opgave verstrekken over de zorgverlening of de in rekening gebrachte tarieven;
- l. *gebruikstermijn*: de termijn die de zorgverzekeraars in hun reglementen hanteren als richtlijn voor de minimale gebruikstermijn of zoals overeengekomen;
- m. *GPH*: Productcode Hulpmiddelen. Een classificatie voor hulpmiddelen, toegespitst op de behoeften van de zorg in Nederland. De internationale classificatie van technische hulpmiddelen voor gehandicapten ISO9999 vormt de basis. Afgeleide hiervan zijn de aanvullende GPH-codes, te weten A-GPH-1 en A-GPH-2.
- n. *inkoopvoorwaarden*: de Algemene Inkoopvoorwaarden Hulpmiddelen ONVZ;
- o. *reglement*: het door de zorgverzekeraar gehanteerde Reglement Hulpmiddelen;
- p. *Shared Service Centre*: de centrale zorgovereenkomstenadministratie en het secretariaat van ONVZ dat is te bereiken via inkoopsupport@vrzzorginkoop.nl of 030 – 68 69 177;
- q. *UZOVI*: Unieke Zorgverzekeraars Identificatie, systeem voor de identificatie van de zorgverzekeraars;
- r. *VECOZO*: de door de besloten vennootschap VECOZO B.V. beschikbaar gestelde internetapplicatie voor het administratieve verkeer van zorgaanbieders;
- s. *verzekerde*: degene ten behoeve van wie een zorgverzekering of een aanvullende ziektekostenverzekering is gesloten;
- t. *verzekering*: zorgverzekering of aanvullende ziektekostenverzekering;

- u. *zorgaanbieder*: zorgaanbieder van hulpmiddelen die met de zorgverzekeraar een zorgovereenkomst is aangegaan;
- v. *zorgovereenkomst*: de tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar gesloten overeenkomst met betrekking tot verlening van hulpmiddelenzorg aan verzekerden van de zorgverzekeraar;
- w. *zorgverzekeraar*: de verzekeraar die zorgverzekeringen en/of aanvullende ziektekostenverzekeringen aanbiedt.
- x. *zorgverzekering*: een verzekering als omschreven in artikel 1 onder d Zorgverzekeringswet.

Artikel 3 – Hulpmiddelenzorg

1. De zorgaanbieder verleent aan verzekerden van de zorgverzekeraar die zich tot hem wenden de hulpmiddelenzorg zoals omschreven in de zorgovereenkomst, voor zover de verzekerde jegens de zorgverzekeraar recht heeft op die zorg dan wel op gehele of gedeeltelijke vergoeding van kosten daarvan en er redelijkerwijs op is aangewezen.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. De zorgaanbieder verstrekt kosteloos advies aan verzekerden over het te leveren hulpmiddel.
4. De zorgaanbieder houdt rekening met de specifieke wensen van de verzekerde, met inachtneming van de rechten van de verzekerde op grond van de zorgverzekering die de verzekerde heeft gesloten.

Artikel 4 – Kwaliteit en doelmatigheid

1. De zorgaanbieder handelt bij de verlening van hulpmiddelenzorg in overeenstemming met de in de zorgovereenkomst opgenomen eisen.
2. De zorgaanbieder gedraagt zich in overeenstemming met de voor de branche geldende wetgeving en gedragscodes.
3. De zorgaanbieder laat zich bij de verlening van hulpmiddelenzorg mede leiden door overwegingen van effectiviteit, noodzakelijkheid en doelmatigheid, waaronder in elk geval begrepen een afweging van de kosten en baten van de hulpmiddelenzorg, en verleent geen hulpmiddelenzorg die leidt tot onnodige kosten of onnodige complicaties.
4. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de medewerkers onder meer door deelname aan deskundigheidsbevordering, opleiding en bijscholing blijven beschikken over de kennis en kunde die voor een goede verlening van de hulpmiddelenzorg noodzakelijk is.
5. Op verzoek van ONVZ voert de zorgaanbieder een klanttevredenheidsonderzoek uit. De zorgaanbieder stelt ONVZ zo spoedig mogelijk in kennis van de resultaten van het onderzoek. Indien in de zorgovereenkomst andere eisen zijn opgenomen middels een certificeringregeling, dan geldt hetgeen in de zorgovereenkomst is opgenomen.
6. De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling en registreert klachten van verzekerden in een klachtenregister. In het register worden de volgende gegevens vastgelegd:
 - a. NAW-gegevens van de verzekerde;
 - b. specificaties van het geleverde hulpmiddel;
 - c. omschrijving van de klacht;
 - d. datum ontvangst van de klacht;
 - e. levertijd;
 - f. wijze van afhandeling van de klacht en de datum van afhandeling.

Op verzoek van de ONVZ verstrekt de zorgaanbieder een afschrift van de klachtenregeling aan ONVZ. Indien in de zorgovereenkomst andere eisen zijn opgenomen middels een certificeringregeling, dan geldt hetgeen in de zorgovereenkomst is opgenomen.

Artikel 5 – Controle identiteit en verzekeringsrecht

1. De zorgverzekeraar stelt elke werkdag de geactualiseerde gegevens van haar verzekerden beschikbaar voor controle op verzekeringsrecht (COV) via VECOZO.
2. De zorgaanbieder stelt voor hij tot levering overgaat de identiteit van de verzekerde vast aan de hand van een document zoals bedoeld in artikel 1 van de Wet op de identificatieplicht. COV kan pas dan gebruikt worden nadat het BSN geverifieerd is.
3. De zorgaanbieder controleert het verzekeringsrecht van de verzekerde via controle op verzekeringsrecht (COV) via VECOZO vóór:
 - a. levering van het hulpmiddel; en
 - b. inzending declaratie.
4. Een COV-bericht via VECOZO dient in overeenstemming te zijn met de meest recente versie van de externe integratie standaard die van toepassing is.
5. De zorgaanbieder legt in zijn administratie in elk geval vast:
 - a. de naam van de verzekerde;
 - b. de naam en de UZOVI-code van de zorgverzekeraar;
 - c. het burgerservicenummer van de verzekerde;
 - d. de geboortedatum van de verzekerde;
 - e. het polisnummer van de verzekerde.

Artikel 6 – Declaratieverkeer

1. De zorgaanbieder brengt de kosten van de door hem verleende hulpmiddelenzorg uitsluitend in rekening door indiening van een declaratie bij de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder zendt zijn declaratie zo spoedig mogelijk aan de zorgverzekeraar, doch uiterlijk binnen 180 dagen na afloop van de maand waarin de hulpmiddelenzorg is verleend.
2. Op de in rekening gebrachte kosten wordt een eventuele door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage in mindering gebracht.
3. De zorgaanbieder dient declaraties uitsluitend in via VECOZO met gebruikmaking van de meest recente Vektis-standaard, voorzien van een volledige GPH-code, A-GPH-1, A-GPH-2 en soort kosten hulpmiddel(SRT).
4. De zorgaanbieder declareert de in het kader van de op grond van deze overeenkomst verleende zorg uitsluitend bij de zorgverzekeraar, met uitzondering van, indien van toepassing:
 - a. een door de verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering verschuldigde eigen bijdrage;
 - b. het deel van de kosten van zorg, op vergoeding waarvan de verzekerde geen recht heeft op grond van zijn aanvullende ziektekostenverzekering.
5. De zorgaanbieder levert minimaal één maal per maand en maximaal twee maal per maand de declaraties in leesbare en onbeschadigde staat aan.
6. Indien het declaratiebestand niet leesbaar of beschadigd is, wordt het declaratiebestand door de zorgverzekeraar afgewezen. De zorgaanbieder is dan gehouden per omgaande een nieuw declaratiebestand aan te leveren.
7. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar 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.
8. De zorgverzekeraar is niet gehouden foutief aangeleverde declaratieregels te corrigeren en uit te betalen.
9. De zorgaanbieder stelt de zorgverzekeraar in staat om zorgkosten die het gevolg zijn van toedoen of nalaten van een derde, zo veel mogelijk te verhalen op derden. De zorgaanbieder neemt bij het verstrekken van gegevens aan de zorgverzekeraar de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) in acht.

Artikel 7 – Retourinformatie

1. 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.
2. Indien een declaratie niet voldoet aan de specificaties van de externe integratie standaard, informeert de zorgverzekeraar de zorgaanbieder hier zo spoedig mogelijk over door middel van de retourinformatie via VECOZO.
3. De retourinformatie vermeldt het betaalbaar gestelde bedrag en, indien van toepassing, een specificatie van de prestaties of bedragen waarvoor de declaratie is afgewezen of gecorrigeerd.
4. De zorgverzekeraar stelt de retourinformatie met betrekking tot via VECOZO ingediende declaraties zo spoedig mogelijk beschikbaar via VECOZO, maar uiterlijk binnen 30 dagen.

Artikel 8 – Declareren via derden

1. Namens of ten behoeve van de zorgaanbieder kunnen de declaraties door een derde partij worden ingediend.
2. Declaraties die via een derde worden ingediend, moeten voldoen aan dezelfde eisen waaraan door de zorgaanbieder zelf ingediende declaraties moeten voldoen. De zorgaanbieder staat ervoor in dat de derde de bepalingen met betrekking tot het declareren naleeft. De zorgaanbieder vrijwaart de zorgverzekeraars voor het niet of niet juist naleven van die bepalingen door de derde.
3. Indien de zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteedt aan een derde, blijft de zorgaanbieder te allen tijde zelf verantwoordelijk en aansprakelijk voor naleving van de verplichtingen die uit de zorgovereenkomst voortvloeien, ongeacht hetgeen tussen de zorgaanbieder en de derde is overeengekomen.
4. De zorgaanbieder deelt tijdig schriftelijk aan het Shared Service Centre van ONVZ de naam, het adres en het International Bank Account Number (IBAN) van de derde partij mee alsmede de naam van een vaste contactpersoon ten behoeve van de zorgverzekeraar.
5. Naast het elders in de inkoopvoorwaarden bepaalde gelden de volgende bepalingen:
 - a. namens of ten behoeve van de zorgaanbieder worden alle declaraties door de derde partij ingediend;
 - b. de in artikel 7 bedoelde informatie wordt uitsluitend aan de derde partij verstrekt;
 - c. alle betalingen ten behoeve van de zorgaanbieder geschieden uitsluitend aan de derde partij;
 - d. door betaling aan de derde partij is de zorgverzekeraar jegens de zorgaanbieder gekweten;
 - e. de zorgverzekeraar 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.
6. De zorgverzekeraar 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.
7. De zorgaanbieder kan het declareren via een derde beëindigen, mits de zorgverzekeraar ten minste een maand voor de beëindiging daarvan schriftelijk in kennis wordt gesteld.

Artikel 9 – Herdeclaraties en correcties

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat na interne correcties, ten gevolge van eerdere afwijzingen, binnen 30 dagen na beschikbaarstelling van de retourinformatie via VECOZO opnieuw wordt gedeclareerd.
2. Correcties op declaraties die eerder zijn aangeboden aan en zijn betaald door de zorgverzekeraar, worden door de zorgaanbieder door middel van crediteringen via de externe integratie standaard aangeboden.

3. Onverminderd verdere uit wet of zorgovereenkomst voortvloeiende rechten is de zorgverzekeraar gerechtigd het bedrag van een uitbetaalde declaratie bij de zorgaanbieder terug te vorderen voor zover sprake is van:
 - a. ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties;
 - b. incorrecte tarieven;
 - c. fraude;
 - d. tweemaal of meer uitbetaalde declaraties.
4. De zorgverzekeraar kan in het kader van formele controle gebruik maken van steekproeven. Behoudens tegenbewijs geldt de uitkomst van een representatieve steekproef als bewijs voor de mate van rechtmatigheid en juistheid van de declaraties van de zorgaanbieder ten aanzien van het betreffende controleonderdeel voor de gehele periode waarop de steekproef betrekking heeft. De zorgverzekeraar kan een eventuele terugvordering voor de gehele periode waar de steekproef betrekking op heeft, baseren op de uitkomst van deze steekproef.
5. De zorgverzekeraar stelt de zorgaanbieder of de derde partij op de hoogte van de ten gevolge van formele controles door haar geconstateerde ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties en de wijze waarop zij voornemens is de terugvordering uit te voeren.
6. Indien de zorgaanbieder de terugvordering betwist, wordt hij gedurende 42 dagen in de gelegenheid gesteld de declaratie te motiveren alvorens de zorgverzekeraar tot daadwerkelijke terugvordering overgaat.

Artikel 10 – Betaling

1. De zorgverzekeraar betaalt de goedgekeurde regels van de ingediende declaratie aan de zorgaanbieder op het door de zorgaanbieder vooraf aangegeven IBAN.
2. De declaratie wordt voldaan ongeacht een voor de verzekerde geldend eigen risico. De zorgverzekeraar zal het eigen risico bij de verzekerde incasseren.
3. Betaalbaarstelling geschiedt binnen 30 dagen na ontvangst van de declaratie. Deze termijn geldt niet voor zover de zorgverzekeraar de declaratie betwist. Dit laat onverlet het recht voor een zorgverzekeraar tot het uitvoeren van formele en materiële controle conform artikel 17 van deze inkoopvoorwaarden en daaruit mogelijke voortvloeiende terugvordering(en).

Artikel 11 – Recht op voldoening van de declaratie

1. De zorgaanbieder heeft tegenover de zorgverzekeraar recht op voldoening van zijn declaratie voor hulpmiddelenzorg die in overeenstemming met de zorgovereenkomst is verleend.
2. De zorgaanbieder heeft jegens de zorgverzekeraar geen recht op voldoening van de declaratie indien of voor zover:
 - a. de verzekerde jegens de zorgverzekeraar geen recht heeft op de prestatie;
 - b. de declaratie betrekking heeft op andere zorg dan die waarop deze inkoopvoorwaarden en de zorgovereenkomst van toepassing zijn;
 - c. de verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd is en deze niet in de declaratie in mindering is gebracht;
 - d. de declaratie niet overeenkomt met de tarieven die in de zorgovereenkomst zijn overeengekomen;
 - e. de declaratie op andere wijze is ingediend dan overeenkomstig artikel 6 lid 3 of het daarover in de zorgovereenkomst bepaalde;
 - f. na de maand waarin de hulpmiddelenzorg is verleend 180 dagen zijn verstreken;
 - g. het hulpmiddel waarop de declaratie betrekking heeft, deel uitmaakt van de prestatie geneeskundige zorg en een daarop betrekking hebbend (diagnose behandelingscombinatie)zorgproduct;
 - h. sprake is van fraude.

Artikel 12 – Beheer en onderhoud gegevens in AGB en UZOVI

1. De zorgaanbieder draagt zorg voor het actueel houden van de door hem geregistreerde gegevens in AGB.
2. De zorgaanbieder dient mutaties van AGB-gegevens zo spoedig mogelijk door te geven aan AGB via www.agbcode.nl of, indien mogelijk, te wijzigen via www.vecozo.nl.
3. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de actuele gegevens van de bij hem werkzame beroepsbeoefenaren, voor zover van toepassing, in AGB vastgelegd zijn.
4. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het actueel houden van zijn gegevens behorende bij de UZOVI-codes.
5. Indien de zorgverzekeraar wijzigingen in zijn gegevens behorende bij UZOVI-codes doorvoert die consequenties hebben voor de zorgaanbieder, stelt hij de zorgaanbieder hiervan tijdig schriftelijk op de hoogte.

Artikel 13 – Informatie

1. De zorgaanbieder en de zorgverzekeraar verstrekken elkaar de informatie die redelijkerwijs nodig is voor een goede uitvoering van de zorgovereenkomst en de verzekering.
2. De zorgverzekeraar kan gegevens over de zorgaanbieder opnemen op één of meer door de zorgverzekeraar beheerde websites.
3. De zorgaanbieder zal ONVZ proactief en tijdig informeren wanneer de kwaliteit van zorg voor de verzekerden van zorgverzekeraars in het geding is en/of kan komen.
4. De zorgaanbieder zal ONVZ proactief en tijdig situaties melden die risicovol kunnen zijn voor de (financiële) continuïteit van de organisatie dan wel de continuïteit van zorg aan de verzekerden. Hieronder valt ook de verplichting de zorgverzekeraars te informeren over disfunctionerende beroepsbeoefenaren binnen de organisatie in geval van op non-actief plaatsing, ontslag en/of tuchtrechtelijke veroordeling. De zorgaanbieder zal ONVZ ook op de hoogte houden van de te ondernemen en reeds in gang gezette verbetermaatregelen en de voortgang hiervan.
5. De zorgaanbieder informeert de zorgverzekeraar over enige rechtshandeling die leidt tot een aanmerkelijke wijziging van de zeggenschap over de onderneming van de zorgaanbieder zoals onder meer een voorgenomen overdracht van onderneming door middel van fusie, overdracht van aandelen of activa van de zorgaanbieder.
6. De zorgaanbieder overlegt met de zorgverzekeraar over de gevolgen voor de verzekerden van een situatie als bedoeld in lid 3 en 4. Uitsluitend met toestemming van de zorgverzekeraar draagt de zorgaanbieder verzekerden over aan een andere zorgaanbieder.
7. De zorgaanbieder verstrekt aan de verzekerde de informatie over de inhoud en omvang van de verzekerde prestaties ingevolge de zorgverzekering die de verzekerde redelijkerwijs nodig heeft, en wint met het oog op een juiste voorlichting van verzekerden zo nodig inlichtingen in bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar verstrekt deze inlichtingen zo spoedig mogelijk aan de zorgaanbieder.
8. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat ONVZ en Vektis beschikken over de gegevens die voor de goede uitvoering van het declaratie- en betalingsverkeer nodig zijn en handelt daartoe overeenkomstig de hem door ONVZ gegeven aanwijzingen.
9. Betalingsgegevens worden door de zorgaanbieder schriftelijk en ondertekend aan ONVZ aangeleverd. Na ontvangst van de ondertekende brief zal de wijziging worden geverifieerd bij de zorgaanbieder. Daarna zal de mutatie in de administratie van ONVZ ingevoerd worden.
10. De zorgaanbieder stelt op verzoek van ONVZ de volgende gegevens ter beschikking aan ONVZ:
 - a. omzetgegevens per kwartaal, gesplitst per UZOVI-code;
 - b. aantal, soort en levertijden van de geleverde hulpmiddelen;

- c. in het klachtenregister geregistreerde klachten per kwartaal, gesplitst naar aantal, wijze van afhandeling en datum van afhandeling;
 - d. jaarverslag.
11. De zorgaanbieder verstrekt de verzekerde de volgende informatie in de Nederlandse taal:
- a. een gebruiks- en onderhoudsinstructie;
 - b. informatie over de garantieregeling;
 - c. informatie over de klachtenprocedure.
12. De zorgaanbieder geeft in lid 11 bedoelde instructie bij de verzekerde thuis indien de lichamelijke gesteldheid van de verzekerde zodanig is dat instructie niet op andere wijze kan plaatsvinden, dan wel de aard van het hulpmiddel met zich brengt dat instructie thuis moet plaatsvinden. De zorgaanbieder brengt hiervoor geen kosten in rekening bij de zorgverzekeraar en de verzekerde.

Artikel 14 – Zorgdossier

1. De zorgaanbieder legt per verzekerde een zorgdossier aan.
2. Het zorgdossier bestaat ten minste uit:
 - a. verzekerdengegevens
 - NAW-gegevens;
 - geboortedatum;
 - burgerservicenummer;
 - polisnummer.
 - b. gegevens aanvragend voorschrijver/behandelaar
 - naam;
 - AGB-code.
 - c. medische indicatie en diagnose plus toelichting;
 - d. datum van de aanvraag;
 - e. productkeuze, verstrekkingen en afspraken
 - het hulpmiddel waarop de verzekerde recht heeft en tevens of deze in bruikleen of eigendom wordt verstrekt;
 - de extra verstrekkingen en de reden daarvan (motivatie in geval van afwijking van de gebruiksnorm, hetzij meer of minder);
 - eerste verstrekking of herhaling (ook eerdere verstrekkingen via een andere zorgaanbieder);
 - datum van bestelling en aflevering;
 - beoogde gebruiksduur;
 - voortgangsrapportages, zorgplan, evaluaties en indien van toepassing de door de verzekerde ondertekende bruikleenovereenkomst.
3. De zorgaanbieder verleent op verzoek van de zorgverzekeraar inzage in het zorgdossier.
4. De zorgaanbieder informeert de verzekerde dat het zorgdossier door de zorgverzekeraar kan worden ingezien voor controledoeleinden.
5. De zorgaanbieder bewaart het zorgdossier ten minste 10 jaar na levering van het hulpmiddel en ten minste 3 jaar langer dan de richtlijnen voor de gemiddelde gebruiksduur.
6. De zorgaanbieder werkt mee aan het opzetten en in stand houden, alsmede het gebruik van een elektronisch zorgdossier.
7. De zorgaanbieder verleent medewerking aan een verzoek van of namens een verzekerde tot overdracht van zijn dossier en/of informatieverstrekking uit zijn dossier aan een andere zorgaanbieder.

Artikel 15 – Toestemming- en machtigingsprocedure

1. De zorgaanbieder verleent medewerking aan en handelt met inachtneming van de procedures die de zorgverzekeraar hanteert met betrekking tot toestemming en machtiging voor hulpmiddelenzorg.
2. De zorgverzekeraar verstrekt aan de zorgaanbieder de voor deze noodzakelijke informatie over de procedures als bedoeld in lid 1.

Artikel 16 – Verplichtingen zorgaanbieder

1. De zorgaanbieder is jegens de zorgverzekeraar gehouden:
 - a. de aanwijzingen van de voorschrijver, voor zover deze binnen de verzekeringsvoorwaarden van de verzekerde passen, dan wel van de zorgverzekeraar in acht te nemen;
 - b. de levering van een hulpmiddel zodanig uit te voeren, dat wordt voldaan aan de door de zorgverzekeraar gestelde medische en technische eisen, zoals omschreven in de zorgovereenkomst;
 - c. indien dat voor een goede uitvoering van de levering is vereist, overleg te voeren met de behandelend voorschrijver dan wel de adviseur van de zorgverzekeraar;
 - d. wijzigingen in de zorgaanbiedersgegevens zoals vermeld in de overeenkomst, tijdig te melden aan Vektis;
 - e. wijzigingen in de betaalgegevens tijdig te melden aan het Shared Service Centre van ONVZ.
2. Het is de zorgaanbieder niet toegestaan:
 - a. zelf en/of door zijn personeel direct of indirect invloed uit te oefenen op de keuze van een zorgverzekeraar door de verzekerde;
 - b. met de voorschrijver en/of met een zorgverzekeraar financiële bindingen aan te gaan of te onderhouden, die mogelijk aanleiding kunnen geven tot een belangenverstrengeling;
 - c. rechten en/of plichten uit hoofde van deze overeenkomst over te dragen aan derden;
 - d. verzekerden te wijzen op overschrijding van de gebruikstermijn van een hulpmiddel zoals genoemd in het reglement van de zorgverzekeraar, zolang sprake is van een adequaat functionerend hulpmiddel. Een gebruikstermijn is indicatief en niet bepalend voor het recht van de verzekerde.

Artikel 17 – Materiële controle

1. De zorgverzekeraar oefent periodiek controle uit op de rechtmatigheid en doelmatigheid van de zorgverlening door de zorgaanbieder. Uitkomsten van materiële controle kunnen leiden tot terugvorderingen.
2. De zorgaanbieder beschikt over een zodanig toegankelijke administratie dat controle op eenvoudige wijze mogelijk is.
3. De zorgaanbieder verleent aan de in lid 1 bedoelde controle alle medewerking die redelijkerwijs van hem kan worden gevergd, met inbegrip van het zo spoedig mogelijk, maar binnen een redelijke termijn, verstrekken van kopieën van bescheiden waarover de zorgaanbieder de beschikking heeft.
4. De zorgverzekeraar kan verlangen dat de zorgaanbieder aan hem, tegen ontvangstbewijs, originele bescheiden ter hand stelt voor de tijd die de zorgverzekeraar nodig heeft om daarin inzage te nemen.
5. De zorgverzekeraar kan ten behoeve van rechtmatigheidsonderzoek in het kader van materiële controle gebruik maken van steekproeven. Behoudens tegenbewijs geldt de uitkomst van een representatieve steekproef als bewijs voor de mate van rechtmatigheid en juistheid van de declaraties van de zorgaanbieder ten aanzien van het betreffende controleonderdeel voor de gehele periode waarop de steekproef betrekking heeft. De zorgverzekeraar kan een eventuele terugvordering voor de gehele periode waar de steekproef betrekking op heeft, baseren op de uitkomst van deze steekproef.

6. De zorgverzekeraar stelt de zorgaanbieder of de derde partij op de hoogte van de ten gevolge van materiële controles door haar geconstateerde ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties en de wijze waarop zij voornemens is de terugvordering uit te voeren.
7. Indien de zorgaanbieder de terugvordering betwist, wordt hij gedurende 42 dagen in de gelegenheid gesteld de declaratie te motiveren alvorens de zorgverzekeraar tot daadwerkelijke terugvordering overgaat.
8. De zorgaanbieder zal declaraties die door de zorgverzekeraar zijn teruggevorderd op grond van geconstateerde ondoelmatige zorg danwel onterechte declaraties niet alsnog in rekening brengen bij de verzekerde.
9. De zorgaanbieder dient een declaratie waarvan op grond van een materiële controle is vastgesteld dat deze moet worden gecorrigeerd zelf te corrigeren binnen een termijn van 30 dagen.
10. Indien de zorgaanbieder niet binnen de hiervoor genoemde termijn tot correctie overgaat, kan de zorgverzekeraar de declaratie crediteren op kosten van de zorgaanbieder.
11. Indien de ondoelmatigheid van de verleende zorg dan wel het onterecht zijn van een declaratie is vastgesteld, is de zorgaanbieder, onverminderd het bepaalde in artikel 18, lid 3 van de inkoopvoorwaarden, de gerelateerde redelijke onderzoekskosten van de materiële controle verschuldigd aan de zorgverzekeraar als de zorgverzekeraar daarom verzoekt.

Artikel 18 – Fraude

1. De zorgverzekeraar kan fraude registreren in de tussen verzekeringsmaatschappijen toepasselijke signaleringssystemen.
2. De zorgverzekeraar meldt fraudesignalen die hij in onderzoek heeft bij het Kenniscentrum Fraudebeheersing in de Zorg.
3. De zorgaanbieder is bij fraude aan de zorgverzekeraar schadevergoeding verschuldigd, mede omvattend de kosten van opsporing en onderzoek van de fraude.
4. Bij twijfel over de identiteit van de verzekerde dient de zorgverzekeraar daarvan onmiddellijk op de hoogte te worden gesteld.
5. Wanneer er aanwijzingen zijn dat enig medewerker van de zorgaanbieder met declaraties heeft gefraudeerd dient de zorgverzekeraar daarvan onmiddellijk op de hoogte te worden gesteld.

Artikel 19 – Aansprakelijkheid en vrijwaring

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat hij gedurende de periode waarin de zorgovereenkomst van kracht is verzekerd is voor aansprakelijkheid jegens (nabestaanden van) patiënten of cliënten, tot het bedrag en onder de voorwaarden die gebruikelijk zijn in de kring van degenen tot wie de zorgaanbieder behoort.
2. De zorgaanbieder geeft op eerste verzoek aan de zorgverzekeraar inzage in de polis en de voorwaarden van de in lid 1 bedoelde verzekering.
3. De zorgaanbieder vrijwaart de zorgverzekeraar voor aanspraken van verzekerden verband houdend met:
 - a. schade die het gevolg is van het niet, niet tijdig of niet deugdelijk presteren van de zorgaanbieder;
 - b. schade die het gevolg is van een fout of gebrek in de door de zorgaanbieder geleverde hulpmiddelen.

Artikel 20 – Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Zorgverzekeraar en zorgaanbieder handelen bij de verwerking van persoonsgegevens met inachtneming van de regels, daarover gesteld bij of krachtens de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), de Zorgverzekeringswet, afdeling 5 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (de overeenkomst

inzake geneeskundige behandeling), de Wet marktordening gezondheidszorg en de ten aanzien van zorgverzekeraars toepasselijke gedragscode.

Artikel 21 – Maatschappelijk verantwoord ondernemen

1. De zorgaanbieder neemt verantwoordelijkheid voor de effecten van de bedrijfsactiviteiten op mens en milieu.
2. De zorgaanbieder spant zich in om positieve effecten te creëren op sociaal (people), ecologisch (planet) en economisch (profit) gebied.
3. De zorgaanbieder maakt in zijn jaarverslag (voor zover van toepassing) inzichtelijk op welke wijze hij vorm geeft aan het maatschappelijk verantwoord ondernemen.

Artikel 22 – Duur en einde van de zorgovereenkomst

1. De zorgovereenkomst is aangegaan voor de tijd als daarin vermeld.
2. De zorgovereenkomst eindigt:
 - a. bij het verstrijken van de in lid 1 genoemde termijn;
 - b. met wederzijds goedvinden;
 - c. bij overlijden van een zorgaanbieder met een eenmanszaak;
 - d. met ingang van het tijdstip waarop een zorgaanbieder onder curatele staat;
 - e. zodra aan de zorgaanbieder surseance van betaling wordt verleend of deze in staat van faillissement wordt verklaard.
3. De zorgaanbieder met een eenmanszaak kan de zorgovereenkomst, indien hij besluit zijn werkzaamheden als zorgaanbieder definitief te beëindigen, tussentijds opzeggen met inachtneming van een opzegtermijn van 90 dagen.
4. Onverminderd de bevoegdheid tot ontbinding van de overeenkomst kan de zorgverzekeraar de zorgovereenkomst tussentijds opzeggen:
 - a. in geval van fraude;
 - b. in geval van fusie van de zorgaanbieder, overdracht van aandelen of activa van de zorgaanbieder of enige andere rechtshandeling die leidt tot een aanmerkelijke wijziging van de zeggenschap over de onderneming;
 - c. als de zorgaanbieder jegens de zorgverzekeraar zodanig handelt in strijd met de algemeen in Nederland aanvaarde fatsoensnormen dat van de zorgverzekeraar niet langer gevergd kan worden de zorgovereenkomst te continueren;
 - d. indien één van de partijen in een situatie van overmacht verkeert en indien is aan te nemen dat deze langer zal duren dan 30 dagen.
5. Opzegging of ontbinding van de zorgovereenkomst geschiedt schriftelijk.
6. Indien de zorgovereenkomst voortijdig eindigt, plegen partijen overleg teneinde voor de maatschappelijke gevolgen van beëindiging, waaronder begrepen de belangen van de verzekerden aan wie de zorgaanbieder zorg verleent, een oplossing te vinden.
7. De opzegging of ontbinding van de zorgovereenkomst ontslaat partijen nadrukkelijk niet van die verplichtingen die naar hun aard bedoeld zijn om gehandhaafd te blijven, waaronder het bepaalde met betrekking tot garanties, geheimhouding, omgang met persoonsgegevens, aansprakelijkheid, toepasselijke recht en geschillenoplossing.

Artikel 23 – Toepasselijk recht

1. Nederlands recht is van toepassing.
2. Alle geschillen worden bij voorkeur voorgelegd aan een mediator van de Geschilleninstantie zoals overeenkomen is in het Convenant ter instelling van een onafhankelijke geschillencommissie van ZN met vertegenwoordigers van zorgaanbieders. De uitvoering van de Geschilleninstantie is ondergebracht bij het Nederlands Arbitrage Instituut (NAI). In geval mediation niet kan of niet

succesvol is, kan het geschil worden voorgelegd aan een bindend adviseur of aan een arbiter van de Geschilleninstantie. Het Convenant met diverse bijlagen en een addendum treft u aan op onze website www.vrzzorginkoop.nl.

3. In afwijking van het voorgaande staat het de eisende partij vrij het geschil voor te leggen aan de burgerlijke rechter. Bevoegd is de Rechtbank binnen welk resort de zorgverzekeraar die het betreft gevestigd is. Indien ONVZ wordt aangesproken als vertegenwoordiger van meerdere zorgverzekeraars is de Rechtbank Midden Nederland, locatie Utrecht, bevoegd.
4. Door de zorgaanbieder gehanteerde algemene voorwaarden zijn niet van toepassing.
5. Afwijkingen van de zorgovereenkomst, met inbegrip van de inkoopvoorwaarden, zijn slechts geldig als deze schriftelijk zijn overeengekomen.

Artikel 24 – Wijziging van de inkoopvoorwaarden

1. ONVZ is bevoegd de inkoopvoorwaarden te wijzigen.
2. De zorgaanbieder wordt in kennis gesteld van een wijziging van de inkoopvoorwaarden en van het tijdstip waarop die wijziging ingaat.
3. De zorgaanbieder kan de zorgovereenkomst opzeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende 30 dagen nadat de wijziging hem is meegedeeld.
4. Indien een wijziging van de inkoopvoorwaarden het gevolg is van een wetswijziging en een verplichting met zich meebrengt voor de zorgaanbieder kan de zorgovereenkomst niet worden opgezegd.