



**Overeenkomst
eerstelijns diëtetiek
2023-2026**

Behorend bij overeenkomstnummer 1.24.001

Inhoud

DEEL II: Algemeen Deel

Algemene bepalingen eerstelijns

Artikel 1.	Definities	3
Artikel 2.	Zorgverlening.....	4
Artikel 3.	Continuïteit van zorg.....	4
Artikel 4.	Declaratiebepaling	5
Artikel 5.	Informatievoorziening en gegevensbeheer	5
Artikel 6.	Controle	5
Artikel 7.	Fraude	6
Artikel 8.	Wijzigingen in de overeenkomst.....	6
Artikel 9.	Duur en einde van de overeenkomst.....	6
Artikel 10.	Toepasselijk recht en geschillen.....	6
Artikel 11.	Verzekering en vrijwaring	6

Zorgverzekeraar specifieke bepalingen

Artikel 1.	Definities	7
Artikel 2.	Zorgverlening.....	8
Artikel 3.	Continuïteit van zorg.....	9
Artikel 5.	Informatievoorziening en gegevensbeheer	10
Artikel 6.	Controle	10
Artikel 7.	Fraude	11
Artikel 8.	Wijzigingen in de overeenkomst.....	11
Artikel 9.	Duur en einde van de overeenkomst.....	11
Artikel 11.	Verzekering en Vrijwaring.....	12
Artikel 12.	Ultimate Beneficial Owner UBO.....	13
Artikel 13.	Hoofdelijke aansprakelijkheid	13
Artikel 14	Slotbepalingen	13

Bijlagen

Bijlage 2	Kwaliteit	15
Bijlage 3	Groepsbehandeling Diëtetiek	17
Bijlage 4	Praktijkinrichting.....	18
Bijlage 5	Administratie	19

DEEL II: Algemeen Deel

Opbouw overeenkomst

Het Algemeen Deel van deze overeenkomst bestaat uit twee delen; de algemene bepalingen eerstelijns en de Zorgverzekeraar-specifieke bepalingen. De algemene bepalingen eerstelijns bevatten het landelijk geüniformeerde deel van de overeenkomsten zorgverzekeraar - eerstelijnszorg en hebben tot doel algemene bepalingen van zorgverzekeraars die niet concurrentieel zijn te uniformeren. Reden die hieraan ten grondslag ligt, is het zo veel mogelijk beperken van de administratieve lasten bij de zorgaanbieder. Daar waar een keuze c.q. nadere invulling mogelijk was, heeft de Zorgverzekeraar deze keuze c.q. nadere invulling aangegeven middels **bold cursieve** tekst. In aanvulling op de algemene bepalingen eerstelijns zijn de Zorgverzekeraar-specifieke bepalingen van toepassing zoals vastgelegd in deze overeenkomst.

Algemene bepalingen eerstelijns

Artikel 1. Definities

a. Zorgaanbieder

de natuurlijke persoon, rechtspersoon of maatschap die deze overeenkomst is aangegaan en die tevens diëtist kan zijn, dit conform het beleid van de individuele zorgverzekeraar. In geval de Zorgaanbieder een instelling is (met of zonder rechtspersoonlijkheid) **die als zodanig is toegelaten overeenkomstig de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) dan wel de instelling** die voldoet aan de vereisten van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza), dan betreft het de instelling die de gecontracteerde Zorg aanbiedt en die deze overeenkomst is aangegaan;

b. Detailcontrole

onderzoek door de Zorgverzekeraar naar bij de Zorgaanbieder berustende persoonsgegevens met betrekking tot eigen Verzekerden ten behoeve van Materiële controle of Fraudeonderzoek;

c. Formele controle

een onderzoek waarbij de Zorgverzekeraar nagaat of het tarief dat door een Zorgaanbieder voor een prestatie in rekening is gebracht:

- een prestatie betreft, welke is geleverd aan een bij die Zorgverzekeraar verzekerde persoon;
- een prestatie betreft, welke behoort tot het verzekerde pakket van die persoon;
- een prestatie betreft, tot levering waarvan de Zorgaanbieder bevoegd is; en
- het tarief betreft, dat voor die prestatie krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg is goedgekeurd of vastgesteld of een tarief is dat voor die prestatie met de Zorgaanbieder is overeengekomen;

d. 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;

e. Materiële controle

een onderzoek waarbij de Zorgverzekeraar nagaat of de door de Zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de Verzekerde;

f. Professionele standaard

richtlijnen, modules, normen, zorgstandaarden, dan wel organisatiebeschrijvingen (voor zover van toepassing) die betrekking hebben op het gehele zorgproces of een deel van een specifiek zorgproces en die vastleggen wat noodzakelijk is vanuit het perspectief van de patiënt goede Zorg te verlenen;

g. Verzekerde

de persoon ten behoeve van wie een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en/of een aanvullende verzekeringsovereenkomst is gesloten met de

Zorgverzekeraar, en die recht heeft op de Zorg in natura dan wel op gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten van de Zorg.

Artikel 2. Zorgverlening

1. De Zorgaanbieder levert Zorg zoals diëtisten plegen te bieden aan de Verzekerden van de Zorgverzekeraar.
 2. De Zorgaanbieder levert de in artikel 2.1. 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 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 en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet BIG.
 4. 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 Zorgaanbieders 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.
 5. De Zorgaanbieder verleent de Zorg in een adequaat ingerichte en geoutilleerde (praktijk)ruimte die voor de Verzekerde goed bereikbaar en toegankelijk is. **Indien daarvoor een medische noodzaak is, behandelt de Zorgaanbieder de Verzekerde aan huis. De medische noodzaak dient te blijken uit de verwijzing.**
 6. De Zorgaanbieder is bereikbaar en beschikbaar conform de vigerende richtlijnen voor zijn beroepsgroep indien en voor zover van toepassing ingevolge bedoelde richtlijnen.
 7. De Zorgaanbieder beschikt over een klachtenprocedure en hanteert daartoe een reglement voor klachtbehandeling dat voldoet aan de wettelijke eisen (conform Wkkgz). De Zorgaanbieder informeert de Verzekerde over het bestaan van deze klachtenregeling.
-

Artikel 3. Continuïteit van zorg

1. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de continuïteit van de te leveren Zorg. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat waarneming plaatsvindt bij afwezigheid wegens ziekte, vakantie, beroepsgerichte na- of bijscholing en daarmee vergelijkbare omstandigheden die van invloed zijn op de continuïteit van de verlening van de Zorg. Bij waarneming dient de waarnemer gekwalificeerd te zijn en te handelen overeenkomstig de bepalingen van deze overeenkomst. De Zorgaanbieder stelt de Verzekerde op de hoogte van de waarneming en de na(a)m(en) en werkadres(sen) van de waarnemer(s).
2. Indien de waarneming langer duurt dan **vier** aaneengesloten maanden, doet de Zorgaanbieder hier schriftelijk mededeling van aan de Zorgverzekeraar onder vermelding van de vermoedelijke duur van de waarneming en de na(a)m(en) en AGB-code(s) van de waarnemer(s). Indien en voor zover de Zorgverzekeraar zich hierin niet kan vinden, zal deze met redenen omkleed ter zake de Zorgaanbieder zo snel mogelijk informeren.
3. De waarneming kan in beginsel niet langer duren dan **twaalf** aaneengesloten maanden. Daarna treden Partijen met elkaar in goed overleg.
4. Behoudens overmacht informeert de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar zo snel mogelijk, doch uiterlijk **drie** maanden voor de voorgenomen beëindiging van zijn praktijk.

5. De Zorgaanbieder kan het aangaan van een behandelrelatie met een patiënt slechts weigeren of de behandelrelatie slechts beëindigen wegens gewichtige redenen tenzij er sprake is van een spoedeisende situatie.
-

Artikel 4. Declaratiebepaling

1. Partijen verplichten zich hetgeen is vastgelegd in Bijlage 5. Administratie na te leven.
-

Artikel 5. Informatievoorziening en gegevensbeheer

Uitgangspunt is dat de Zorgverzekeraar jegens zowel de Verzekerden als jegens de Zorgaanbieder handelt overeenkomstig hetgeen geldt ingevolge de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap.

Informatievoorziening aan de Verzekerde

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de Verzekerden conform de geldende NZa-regels worden geïnformeerd over de Zorg die hij levert, de daarbij behorende prestaties – waaronder de (indien van toepassing) wettelijke eigen bijdragen – en wachttijden.
2. Bij het aangaan van de behandelrelatie informeert de Zorgaanbieder de Verzekerde mondeling en/of schriftelijk over o.a. de werkwijze, klachtenregeling en bereikbaarheid.
3. De Zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn Verzekerden conform de NZa-regels worden geïnformeerd over de zorgprestaties die voor vergoeding in aanmerking komen en de wijzigingen hierin. Hieronder vallen onder meer de consequenties van het zorginkoopbeleid voor de Verzekerde.

Gegevensbeheer en -uitwisseling

4. 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 zoals het uitwisselen van verwijzingen zich te committeren aan de in de keten gemaakte afspraken.

Privacy en dossiervorming

5. De Zorgaanbieder richt een dossier in conform de eisen van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). De Zorgaanbieder houdt bij de verwerking van de persoonsgegevens in dit dossier de eisen van de WGBO, de ~~Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp)~~ **dan wel de hiervoor in de plaats tredende wetgeving relevante wet- en regelgeving betreffende de bescherming van persoonsgegevens** en de ~~Zorgverzekeringswet (Zvw)~~ en daaraan gelieerde regels in acht.
-

Artikel 6. Controle

1. De Zorgverzekeraar voert Formele en Materiële controles uit, met inachtneming van de eisen van de Zvw, de Regeling zorgverzekering (Rzv) en het vigerende Protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland.
2. De Zorgverzekeraar streeft ernaar Materiële controles zo snel mogelijk uit te voeren. De Zorgverzekeraar hanteert een maximale termijn van **twee** jaar **na definitieve afhandeling van de declaratie** om de materiële controle op te starten, mits de Zorgaanbieder zich houdt aan de afgesproken declaratieafspraken zoals overeengekomen in de Uniforme declaratieparagraaf behorende bij voornoemde artikel 4.1 waaronder de termijn van indiening van declaraties.
3. De Zorgaanbieder is verplicht zijn medewerking te verlenen aan een conform de Rzv uitgevoerde Materiële controle. De Zorgverzekeraar accepteert afdrucken uit een digitaal archiefsysteem als bewijsstukken.

Artikel 7. Fraude

1. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitvoering van Fraudeonderzoek in ieder geval het bepaalde bij of krachtens de ~~Wbp dan wel de daarvoor in de plaats tredende wet-relevante wet- en regelgeving betreffende de bescherming van persoonsgegevens~~, de Zvw en de Rzv in acht.
 2. De Zorgverzekeraar informeert de Zorgaanbieder schriftelijk over de zakelijke inhoud van de voorgenomen uitkomsten van het onderzoek en stelt de Zorgaanbieder in de gelegenheid daarop binnen een redelijke termijn te reageren. De Zorgverzekeraar betreft deze reactie van de Zorgaanbieder bij de vaststelling van de definitieve uitkomsten van het onderzoek en bericht deze schriftelijk aan de Zorgaanbieder.
-

Artikel 8. Wijzigingen in de overeenkomst

1. 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.
 2. 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 (VECOZO).
-

Artikel 9. Duur en einde van de overeenkomst

Zie Zorgverzekeraar-specifieke bepalingen.

Artikel 10. Toepasselijk recht en geschillen

1. Het Nederlands recht is op deze overeenkomst van toepassing.
 2. In geval van een geschil tussen Partijen zal worden getracht dit eerst in onderling overleg op te lossen.
 3. Een geschil is aanwezig zodra een van de Partijen dit schriftelijk aan de andere Partij kenbaar maakt.
 4. Geschillen die niet in onderling overleg kunnen worden opgelost, kunnen worden voorgelegd aan de Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering zoals ondergebracht bij het Nederlands Arbitrage Instituut dan wel aan de bevoegde rechtbank.
-

Artikel 11. Verzekering en vrijwaring

1. De Zorgaanbieder sluit een aansprakelijkheidsverzekering af die een dekking biedt tot een bedrag en onder voorwaarden zoals die binnen de beroepsgroep gebruikelijk is. De Zorgaanbieder geeft op eerste verzoek, indien daar een aanleiding toe bestaat, aan de Zorgverzekeraar een kopie van de polis en de voorwaarden van de in dit kader relevante verzekering.
2. Indien de Zorgverzekeraar door een patiënt (Verzekerde) aansprakelijk wordt gesteld voor toerekenbare tekortkomingen in de zorgverlening, zal de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar vrijwaren voor schade die de Verzekerde lijdt als gevolg van een tekortkoming in de nakoming van enige verbintenis die op de Zorgaanbieder rust.

Zorgverzekeraar-specifieke bepalingen

Artikel 1. Definities

In deze overeenkomst wordt (verder) verstaan onder:

h. Diëtist

de persoon (m/v), die rechtsgeldig de titel Diëtist mag voeren op grond van artikel 34 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) en het daarop gebaseerde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut". De Diëtist heeft de status kwaliteitsgeregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP);

i. Ketenzorg

door een zorggroep gecoördineerde en programmatisch vormgegeven multidisciplinaire eerstelijnszorg, waarbij naast de huisartsenzorg ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling te leveren. Het betreft de ketenprestaties voor multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg in het kader van Diabetes Mellitus type 2 (DM2), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Vasculair Risicomanagement (VRM) en Astma. Op deze zorg is op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde Beleidsregel "Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg" van de Nederlandse Zorgautoriteit van toepassing;

j. Medisch adviseur

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 (para)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;

k. 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;

l. Partijen

de Partijen die deze overeenkomst zijn aangegaan;

m. Praktijkadres(sen)

het (de) bij Vektis geregistreerde en door de Zorgverzekeraar beoordeelde en goedgekeurde adres(sen), waar de Zorg zoals bedoeld onder q van dit artikel aan de Verzekerde(n) wordt verleend;

n. Praktijkmedewerker

de Diëtist, die rechtsgeldig de titel Diëtist mag voeren op grond van artikel 34 van de Wet BIG en het daarop gebaseerde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut". De diëtist heeft de status kwaliteitsgeregistreerd in het KP, verleent de Zorg, en is voor de Zorgaanbieder werkzaam op diens Praktijkadres(sen) op basis van een schriftelijke civielrechtelijke (arbeids)overeenkomst. Deze (arbeids)overeenkomst bevat geen bepalingen die strijdig zijn met deze overeenkomst eerstelijns diëtetiek;

o. Zorg

de door de Zorgaanbieder te verlenen eerstelijns diëtetiek met een geneeskundig doel, niet zijnde Ketenzorg, zoals Diëtisten die plegen te bieden conform de standaard van de beroepsgroep diëtisten (Nederlandse Vereniging van Diëtisten, NVD), waarop de Verzekerde op grond van de Zorgverzekeringswet of de verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen van de Zorgverzekeraar een natura- of restitutieaanspraak kan doen gelden (verzekerde zorg). Onder Zorg wordt tevens verstaan de voorwaardelijke toelating van eerstelijns paramedische/diëtistische herstellende zorg voor coronapatiënten die ernstige klachten hebben als gevolg van COVID-19, indien en voor zover daarbij wordt voldaan aan de daarbij gestelde voorwaarden, zoals opgenomen op de website van de Zorgverzekeraar;

p. Zorgaanbieder

aanvulling op de definitie van Zorgaanbieder zoals vermeld onder a. van dit artikel: de Zorgaanbieder zoals bedoeld in rubriek B van het Individueel Deel (Deel I) van deze overeenkomst;

q. Zorggroep

een organisatieverband van zorgaanbieders, geregistreerd als rechtspersoon, waarbij naast de huisarts ook andere disciplines zijn betrokken om een integrale behandeling te leveren, en dat verantwoordelijk is voor de coördinatie en de levering van ketenzorg;

r. Zorgverzekeraar

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

Artikel 2. Zorgverlening

8. De Zorgaanbieder verbindt zich de Zorg te verlenen aan de Verzekerde die als zodanig recht heeft op De Zorg en zich tot hem wendt. De Zorgaanbieder verleent de Zorg met inachtneming van de relevante bepalingen die bij of krachtens de Zorgverzekeringswet, de vigerende NZa Beleidsregel 'extramurale diëtetiek', de Prestatiebeschrijvingbeschikking 'extramurale diëtetiek' en de verzekeringsvoorwaarden van de Zorgverzekeraar aan de Zorg worden gesteld, alsmede met hetgeen Partijen hieromtrent bij of krachtens deze overeenkomst zijn overeengekomen.
9. De Zorg verband houdend met de diagnose ziekte van Parkinson en waarvan de behandeling op enig moment in 2023, 2024, 2025 of 2026 start, wordt verleend door de Diëtist die beschikt over een actuele registratie bij ParkinsonNet. Uitzondering hierop vormt de situatie dat de Verzekerde beschikt over een toezegging zoals door de Zorgverzekeraar aan de Verzekerde verstrekt.
10. De Zorgaanbieder maakt als Onderaannemer afspraken met een Zorggroep indien de Zorgaanbieder de Zorg wil leveren als onderdeel van Ketenzorg. Deze zorg maakt deel uit van de overeenkomst tussen de Zorggroep en de Zorgverzekeraar. Het is enkel mogelijk deze zorg te leveren indien de overeenkomst eerstelijns diëtetiek tot stand is gekomen tussen de Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar.
11. Ten aanzien van de door Partijen overeengekomen kwaliteitsbepalingen wordt verwezen naar Bijlage 2. Kwaliteit van deze overeenkomst, die onlosmakelijk deel uitmaakt van deze overeenkomst.
12. Tenzij de Zorgaanbieder een instelling is, verleent de Zorgaanbieder de Zorg persoonlijk, met uitzondering van het bepaalde in lid 13 en lid 15 van dit artikel, alsmede het bepaalde in Artikel 3. Continuïteit van zorg.
13. De Zorgaanbieder mag de Zorg laten verlenen door (een) Praktijkmedewerker(s). De Praktijkmedewerker heeft met betrekking tot de beroepsinhoudelijke aspecten tegenover de Zorgverzekeraar en de verwijzer een eigen verantwoordelijkheid conform de bepalingen in de Wet BIG. Desgewenst kunnen Praktijkmedewerker en Zorgverzekeraar ten aanzien van de hiervoor bedoelde aspecten elkaar rechtstreeks aanspreken.
14. Onverminderd de eigen verantwoordelijkheid van de Praktijkmedewerker is de Zorgaanbieder ten volle verantwoordelijk en aansprakelijk voor de Zorg die de Praktijkmedewerker aan de Verzekerde verleent.
15. Bij Onderaanneming is de Zorgaanbieder te allen tijde verantwoordelijk en aansprakelijk voor de Zorg verleend door de Onderaannemer. Dit impliceert onder andere dat:
 - de Zorgaanbieder gehouden is alle verplichtingen die uit deze overeenkomst voortvloeien voor zover mogelijk ook in de afspraken met de Onderaannemer op te nemen;
 - de Zorgaanbieder ervoor zorgt dat de verlening van de Zorg door de Onderaannemer hetzelfde kwaliteitsniveau heeft als waarvoor de Zorgaanbieder bij de Zorgverzekeraar is gecontracteerd;
 - de Zorgaanbieder de Zorg verleend door een Onderaannemer zelf bij de Zorgverzekeraar declareert; en
 - de Zorgaanbieder aansprakelijk is voor klachten, uitkomsten van inspectierapporten en controles als bedoeld in Artikel 6. Controle van deze overeenkomst, betrekking hebbende op Verzekerden

waarbij een Onderaannemer de daadwerkelijke Zorg heeft verleend.

16. De Zorgaanbieder behandelt de Verzekerde op individuele basis, tenzij Partijen afspraken hebben gemaakt over groepsbehandelingen. De voorwaarden waaronder de groepsbehandelingen kunnen worden verleend, zijn vastgelegd in Bijlage 3. Groepsbehandeling Diëtetik, die onlosmakelijk deel uitmaakt van deze overeenkomst.
17. De Zorgaanbieder streeft ernaar om eventuele wachttijden voor de behandeling tot een minimum te beperken. In het geval dat er toch sprake is van een wachttijd bedraagt de tijd tussen het maken van de afspraak en de behandeling maximaal vier kalenderdagen, indien en voor zover dit niet conflicteert met de van toepassing zijnde zorginhoudelijke richtlijn(en) en/of de wens van de Verzekerde.
18. De praktijkruimte(n) van de Zorgaanbieder voldoe(t)(n) minimaal aan inrichtingseisen zoals opgenomen in Bijlage 4. Praktijkinrichting, die onlosmakelijk deel uitmaakt van deze overeenkomst.
19. Deze overeenkomst is Praktijkadres(sen) gebonden. De Zorgaanbieder verleent de Zorg op het (de) bij Vektis geregistreerde en door de Zorgverzekeraar beoordeelde en goedgekeurde adres(sen). Behandeling op grond van deze overeenkomst op een ander of een nieuw (praktijk)adres is slechts mogelijk na vooraf verkregen schriftelijke goedkeuring van de Zorgverzekeraar. De Zorgverzekeraar verleent alleen goedkeuring als de praktijkinrichting voldoet aan de inrichtingseisen waarnaar in lid 18 van dit artikel wordt verwezen.

Artikel 3. Continuïteit van zorg

6. De Zorg die geleverd wordt door (een) waarnemer(s) moet herkenbaar zijn in het declaratieverkeer door het laten toekennen van de status WRN door Vektis.
7. Indien de Zorgaanbieder verlening van Zorg weigert of voortijdig beëindigt, geldt in aanvulling op hetgeen is bepaald in artikel 3 lid 5 van de Algemene bepalingen van deze overeenkomst, dat de Zorgaanbieder schriftelijk mededeling doet, zo mogelijk vooraf, aan de Verzekerde van de weigering c.q. de 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.
8. Voor de toepassing van deze overeenkomst is de Zorgaanbieder, onverminderd de eigen verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de waarnemer, ten volle tegenover de Zorgverzekeraar verantwoordelijk en aansprakelijk voor de te verlenen Zorg, tenzij de waarneming gebeurt door een contractant diëtetik van de Zorgverzekeraar.
9. De Zorgaanbieder kan studenten die een opleiding tot diëtist aan een daarvoor erkend opleidingsinstituut volgen stage laten lopen, waarbij behandeling van Verzekerden plaatsvindt. De behandeling van Verzekerden door de student vindt plaats met instemming van de Verzekerde en onder supervisie van een Diëtist. Op het moment dat de student Verzekerden behandelt, is de Diëtist te allen tijde beschikbaar voor de student en behandelt derhalve gelijktijdig geen andere patiënten.
10. 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.
11. Ingeval de Zorgaanbieder of, indien de Zorgaanbieder een instelling is, een aan hem verbonden Praktijkmedewerker en/of Diëtist, krachtens een uitspraak gedaan op grond van de Wet BIG of het Wetboek van Strafrecht is geschorst in de uitoefening van zijn bevoegdheid, een maatregel is opgelegd, dan wel dat hij is doorgehaald in het toepasselijke beroepenregister 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 onmiddellijk aan de Zorgverzekeraar. Indien de Zorgverzekeraar toestaat dat de Zorgaanbieder of een aan hem verbonden beroepsbeoefenaar gedurende de schorsing c.q. doorhaling wordt waargenomen, is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor regeling van een adequate waarneming.

12. Indien de Zorgaanbieder onderhevig is aan een onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en/of de NZa stelt de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar hiervan direct in kennis en verstrekt een (voor zover relevant, geanonimiseerd) afschrift van ieder (niet) openbaar rapport van de IGJ en/of NZa dat de Zorgaanbieder betreft voor zover relevant voor de uitvoering van de overeenkomst.
-

Artikel 5. Informatievoorziening en gegevensbeheer

6. Partijen verschaffen elkaar gevraagd en ongevraagd de inlichtingen die zij redelijkerwijs behoeven voor inzicht in de nakoming van de in deze overeenkomst aangegane verplichtingen.
7. Partijen behandelen de (persoons)gegevens van de betrokken Verzekerde(n) en de Zorgaanbieder(s) op wie die gegevens betrekking hebben die zij uitwisselen en onderling ter beschikking stellen vertrouwelijk en met inachtneming van de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.
8. Het doorgeven van (persoons)gegevens aan derden zonder toestemming van de Verzekerde is verboden behoudens de verstrekking van de (persoons)gegevens die plaatsvindt met inachtneming van de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.

Praktijk- en patiëntenregistratie

9. De Zorgaanbieder draagt zorg voor een adequate praktijk- en patiëntenregistratie.
 10. De Zorgaanbieder maakt gebruik van elektronische verslaglegging.
 11. 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. Controle van deze overeenkomst, voor de Medische adviseur van de Zorgverzekeraar beschikbaar voor controledoeleinden, ook nadat deze overeenkomst een einde heeft genomen.
-

Artikel 6. Controle

4. In aanvulling op artikel 6 lid 1 van de Algemene Bepalingen, voert de Zorgverzekeraar Formele en Materiële controles uit met inachtneming van de eisen van de Regeling Persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekering WMG.
5. 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.
6. De Zorgverzekeraar controleert periodiek of de Zorgaanbieder zijn verplichtingen uit deze overeenkomst op een juiste wijze nakomt. Deze toetsing geschiedt op geleide van het bepaalde in dit artikel.
7. De controle zal niet onnodig belastend zijn voor de Zorgaanbieder en zal zich niet verder uitstrekken dan voor het doel van de controle noodzakelijk is.
8. De Zorgverzekeraar meldt een voorgenomen controle in de praktijk van de Zorgaanbieder tenminste veertien 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 krijgen tot praktijk- en

patiëntenregistratie van Verzekerden, van de Zorgaanbieder.

9. De Zorgaanbieder is op grond van artikel 7.4 lid 2 van de Regeling zorgverzekering (Rzv) verplicht medewerking te verlenen aan een Materiële controle die wordt uitgevoerd overeenkomstig de Rzv. Dit houdt onder andere in dat de Zorgaanbieder de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar ter uitvoering van de controle in de praktijk dient toe te laten. Tevens is de Zorgaanbieder verplicht de bevoegde medewerkers die uitvoering geven aan de controle 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 van Verzekerden.
 10. Indien en voor zover de controle betrekking heeft op de rechtmatigheid van de aanspraken van de Verzekerden en de doelmatigheid van de Zorg 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 door de Zorgaanbieder aan de Zorgverzekeraar beschikbaar gesteld.
 11. De Zorgverzekeraar zal de Zorgaanbieder binnen twee maanden na de controledatum schriftelijk in kennis stellen van zijn controlebevindingen en de Zorgaanbieder binnen redelijke termijn de gelegenheid geven daarop schriftelijk te reageren (hoor en wederhoor).
-

Artikel 7 Fraude

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 één 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 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 8. Wijzigingen in de overeenkomst

3. Indien er geen overeenstemming wordt bereikt over aanpassing van de overeenkomst als gevolg van wijzigingen in wet- en/of regelgeving, kan elk der Partijen de overeenkomst met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden opzeggen. Tussenkost van de rechter is hier niet noodzakelijk.
-

Artikel 9. Duur en einde van de overeenkomst

1. De overeenkomst treedt in werking en eindigt op de in het Individueel Deel (Deel I) 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 Wtza: indien de toelatingsvergunning 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 Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen (Wsnp);
 - d. door de Zorgverzekeraar indien de Zorgaanbieder een instelling met rechtspersoonlijkheid 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 de Zorgverzekeraar indien de zeggenschapsverhouding binnen de instelling van de Zorgaanbieder naar het oordeel van de Zorgverzekeraar significant wijzigt door bijvoorbeeld overdracht van aandelen, omzetting, splitsing of fusie, tenzij de Zorgverzekeraar na voorafgaand overleg hiertegen geen bezwaar heeft;
 - g. door een der Partijen als de wederpartij haar verplichtingen uit deze overeenkomst na een ingebrekestelling (voor zover vereist) niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomt, al dan niet blijkend uit de uitkomsten van een controle;
 - h. door een der Partijen, als de wederpartij in een situatie van overmacht verkeert en aan te nemen is dat deze langer zal duren dan 30 kalenderdagen;
 - i. indien de Zorgaanbieder en/ of meerdere Praktijkmedewerkers (ingeval de Zorgaanbieder zelf de Zorg verleent) dan wel een of meerdere aan de Zorgaanbieder verbonden Diëtenisten (ingeval de Zorgaanbieder een rechtspersoon is), niet de status kwaliteitsgeregistreerd heeft (hebben) in het Kwaliteitsregister Paramedici;
 - j. als een der Partijen zich tegenover de wederpartij schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, fraude, 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. De opzegging van de overeenkomst, alsmede de eventueel daaraan voorafgaande ingebrekestelling geschiedt schriftelijk aan de wederpartij.
 6. 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 11. Verzekering en Vrijwaring

3. De Zorgaanbieder garandeert, in aanvulling op hetgeen is bepaald in artikel 11 lid 1 van deze overeenkomst, dat tevens een adequate beroeps- en bedrijfsaansprakelijkheidsverzekering 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 de genoemde verzekering in artikel 11 lid 1 van deze overeenkomst vallen. De Zorgaanbieder geeft op eerste verzoek aan de Zorgverzekeraar een kopie van de polis en de voorwaarden van de in dit kader relevante verzekeringen.

4. 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, geldt in aanvulling op hetgeen is bepaald in artikel 11 lid 2 van deze overeenkomst dat de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar vrijwaart ter zake van de 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 Ultimate Beneficial Owner (UBO)

1. De Zorgaanbieder heeft geen Ultimate Beneficial Owner (UBO) die vermeld staat op een sanctielijst zoals bedoeld in lid 2 van dit artikel.
 2. Onverminderd hetgeen bepaald in lid 1 mag de Zorgverzekeraar op grond van de Sanctiewet- en regelgeving (waaronder de Sanctiewet 1977) nooit betalingen verrichten aan een Zorgbieder waarvan de UBO (uiteindelijk belanghebbende) is vermeld op een sanctielijst behorend bij de Sanctiewet- en regelgeving. Om dit te kunnen controleren maakt Zorgverzekeraar onder andere gebruik van het landelijk UBO-register en Vektis. De Zorgaanbieder draagt daartoe – indien voor haar een registratieplicht geldt - zorg voor een juiste UBO-registratie in het landelijk UBO-register en Vektis. Mocht de Zorgverzekeraar niet zelfstandig, onder andere door gebruikmaking van het UBO-register en Vektis, kunnen vaststellen wie de UBO van de Zorgaanbieder is, dan verstrekt Zorgaanbieder op eerste verzoek van Zorgverzekeraar deze informatie aan de Zorgverzekeraar.
 3. De Zorgverzekeraar verricht nooit betalingen aan Zorgaanbieder indien blijkt dat de UBO van Zorgaanbieder is vermeld op een sanctielijst behorend bij de Sanctiewet- en regelgeving.
 4. Indien Zorgverzekeraar de UBO van de Zorgaanbieder niet kan achterhalen en Zorgaanbieder na het eerste verzoek van de Zorgverzekeraar geen informatie verstrekt over de UBO (zoals bedoeld in lid 2 van dit artikel), dan heeft Zorgverzekeraar de mogelijkheid om betalingen aan Zorgaanbieder op te schorten totdat Zorgverzekeraar meer duidelijkheid over de UBO van de Zorgaanbieder heeft verkregen.
-

Artikel 13. 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 14 Slotbepalingen

1. 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 deze toestemming kan de Zorgverzekeraar voorwaarden verbinden.
2. 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;
 - c. indien de Zorgaanbieder het beeldmerk en/of woordmerk van de Zorgverzekeraar in strijd met hetgeen bepaald onder a) en/of b) gebruikt, staakt de Zorgaanbieder dit gebruik op eerste verzoek van de Zorgverzekeraar. De Zorgverzekeraar kan, eventueel na sommatie, passende (rechts)maatregelen treffen als het gebruik niet wordt gestaakt.
3. Indien één of meerdere 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 die 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.
 4. Op deze overeenkomst zijn de algemene voorwaarden van de Zorgaanbieder, onder welke naam of in welke vorm dan ook, uitdrukkelijk niet van toepassing.
 5. 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.
 6. Ingeval de overeenkomst met de Zorgverzekeraar eindigt en niet aansluitend wordt vernieuwd, is de Zorgaanbieder gehouden de Verzekerde 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 declareert de behandeling(en) ten laste van de Zorgverzekeringwet tot maximaal twaalf maanden na afloop van de overeenkomst met inachtneming van de op de datum van de behandeling door de Zorgverzekeraar gecontracteerde tarieven, mits deze tarieven niet lager zijn dan de tarieven zoals met de Zorgaanbieder overeengekomen in de overeenkomst die eindigt en niet wordt vernieuwd;
 - c. de Zorgaanbieder wijst de Verzekerde op de mogelijkheid de behandeling 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 de "Zorgvinder" op de websites van de Zorgverzekeraar; en
 - d. indien de behandeling van de Verzekerde wordt voortgezet door een andere zorgaanbieder is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor een adequate overdracht, een en ander in overeenstemming met de daarvoor geldende wet- en regelgeving.

Bijlage 2 Kwaliteit

Kwaliteit van de Zorg is de primaire verantwoordelijkheid van de Zorgaanbieder zelf. De Zorgverzekeraar speelt een rol ten aanzien van het stimuleren van kwaliteit van zorg en het mede toezien op de levering hiervan. De Zorgverzekeraar streeft ernaar om door middel van het sluiten van zorgovereenkomsten voldoende en kwalitatief goede Zorg beschikbaar te hebben voor haar Verzekerden. Het handelen door de Diëtist dient inhoudelijk kwalitatief verantwoord en transparant te zijn. In deze kwaliteitsparagraaf worden hiertoe nadere voorwaarden opgenomen. De kwaliteitsparagraaf maakt integraal deel uit van de overeenkomst. Getracht is om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de kwaliteitsnormen die door de NVD zelf worden nagestreefd.

A. Algemene voorwaarden

De Zorgaanbieder verplicht zich jegens de Zorgverzekeraar om bij het leveren van de Zorg de eisen in acht te nemen die 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 WGBO, de Wet BIG, de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens, de Wkkgz en handelt conform de eisen gesteld in deze overeenkomst.

B. 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 aan de Verzekerde of diens wettelijke vertegenwoordiger(s) over alle relevante aspecten van de aan hem te verlenen Zorg. Hiertoe worden uitdrukkelijk ook de financiële aspecten van de Zorg gerekend.
3. De Zorgaanbieder betreft de Verzekerde, of diens wettelijke vertegenwoordiger(s), bij het opstellen van het behandelplan en geeft de Verzekerde desgewenst inzicht in de eindrapportage.
4. De Zorgaanbieder zorgt ervoor dat de Zorg steeds door dezelfde Diëtist wordt verleend, behoudens overmacht, hulpvraag gerelateerde redenen en specifieke wensen van de Verzekerde.
5. Voor het geval de Verzekerde een keuzemogelijkheid heeft en zijn voorkeur voor een bepaalde Diëtist heeft uitgesproken, voorziet de Zorgaanbieder erin dat de Verzekerde zoveel mogelijk de Zorg van deze Diëtist ontvangt.

C. Inhoudelijke professionele kwaliteit

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat hij en de eventueel aan hem verbonden Praktijkmedewerker(s) en/of Diëtisten handelen volgens de standaard die binnen de kring van beroepsgenoten algemeen aanvaard is, en onder meer door deelname aan deskundigheidsbevordering blijven beschikken over de kennis en kunde, die voor een goede verlening van de Zorg volgens deze standaard noodzakelijk is.
2. De Zorgaanbieder levert de Zorg op doelmatige en professioneel verantwoorde wijze en past daartoe de voor zijn beroepsgroep geldende protocollen, richtlijnen en standaarden toe.
3. De Diëtist betreft de Verzekerde actief bij de behandeling en stimuleert de therapietrouw en de eigen verantwoordelijkheid van de Verzekerde.
4. De Diëtist bespreekt regelmatig het behandelplan met de Verzekerde. Van belang zijn onder andere de hulpvraag van de Verzekerde en de effectiviteit van de behandeling.
5. De Diëtist werkt op basis van het methodisch handelen en kan dat ook inzichtelijk maken. Kwaliteitsverbetering en -controle zijn voor elke Diëtist onderdeel van zijn beroepsuitoefening en takenpakket.

D. Meten patiëntervaringen

1. De Zorgaanbieder spant zich maximaal in om patiëntervaringen te meten op de manier zoals onderstaand omschreven. Voor het meten van patiëntervaringen maakt de Zorgaanbieder gebruik van de landelijk tripartite vastgestelde Patient Reported Experience Measure (PREM) Paramedische zorg. De vragenlijst en de werkinstructie zijn opgenomen op de jaarkalender van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) die gepubliceerd zijn op www.patiëntervaringsmetingen.nl/metingen onder PREM Eerste lijn en dan PREM Paramedische zorg.

De onderstaande voorwaarden zijn ervoor om te voorzien in veilige verwerking van de persoonsgegevens en algemene informatieveiligheid, uniforme wijze van uitvraag en om te borgen dat de resultaten gebruikt kunnen worden voor kwaliteitsverbetering, voor informatievoorziening naar Verzekerden en voor inkoopdoeleinden door de Zorgverzekeraar.

2. De Zorgaanbieder laat de meting uitvoeren door een meetbureau dat minimaal voldoet aan de volgende criteria. Het meetbureau:
 - a. beschikt over een geldig NEN 7510 certificaat;
 - b. beschikt over een geldig ISO 27001 certificaat;
 - c. heeft onderzoek en dataverzameling in hun scope;
 - d. voert de metingen uit volgens de werkinstructie PREM Paramedische zorg en vraagt geen andere data uit dan behorend bij de PREM Paramedische zorg;
 - e. gebruikt de data niet voor een ander doeleinde dan de doelen zoals vermeld in lid 5 van dit artikel.

De door de Zorgverzekeraar erkende meetbureaus zijn gepubliceerd op www.cz.nl/zorgaanbieder (onder "Diëtetiek", "Beleid", en dan onder "PREM").

3. De Zorgaanbieder sluit voor het meten van patiëntervaringen een overeenkomst af met een meetbureau zoals vermeld in lid 2 van dit artikel voor alle bij de Zorgaanbieder werkzame Diëtisten
4. De Zorgaanbieder gaat akkoord met en zorgt ervoor dat de meetdata (proces- en responsdata), door het meetbureau worden gedeeld met de Zorgaanbieder, kosteloos worden verstrekt aan de Zorgverzekeraar en de landelijke verwerker die zorgt voor de benchmarkrapportage via Zorgprisma en voor rapportages op Zorgaanbieder-niveau. De Zorgaanbieder gaat tevens akkoord met een eventuele publicatie op www.zorgkaartnederland.nl van de Patiëntenfederatie Nederland, indien de Verzekerde daarvoor toestemming heeft gegeven, en zorgt ervoor dat de metadata daartoe worden aangeleverd.
5. De resultaten uit de PREM worden door de Zorgverzekeraar gebruikt als keuze-informatie voor de Verzekerden, als informatie voor kwaliteitsverbetering van de Zorgaanbieder, ten behoeve van een landelijke benchmarkrapportage via Zorgprisma aan de betrokken zorgverzekeraars en om Verzekerden te helpen bij het vinden van de juiste zorg(verlener) en voor het inkopen van Zorg.
6. Bij uitnodiging voor deelname dient de Zorgaanbieder de Verzekerde erop te wijzen dat de resultaten van de meting op geaggregeerd niveau gebruikt worden voor de doelen zoals genoemd in lid 5 van dit artikel.

Bijlage 3 Groepsbehandeling Diëtetiek

Onder groepsbehandeling/groepszitting diëtetiek wordt verstaan: het gelijktijdig in groepsverband behandelen van patiënten met een zo groot mogelijke homogeniteit in relatie tot de zorgzwaarte en indien mogelijk tot de medische diagnose. Er is sprake van een groepszitting als de Diëtist over twee of meer patiënten de verantwoordelijkheid heeft en hen in dezelfde ruimte begeleidt, adviseert en/of behandelt ongeacht de tijdsduur en de inhoud van de behandeling.

A. NZa prestatiebeschrijving extramurale diëtetiek

Ten aanzien van groepsbehandeling is de Zorgaanbieder gehouden aan hetgeen in de vigerende beleidsregel en prestatiebeschrijvingbeschikking extramurale diëtetiek van de NZa ten aanzien van de prestaties groepszitting wordt gesteld.

B. Voorwaarden Zorgverzekeraar

De Zorgverzekeraar stelt ten aanzien van de groepszitting diëtetiek de volgende voorwaarden:

- de Diëtist die de groepsbehandeling verleent, beschikt over de benodigde deskundigheid aangaande het verlenen van diëtetiek in groepsverband aan de desbetreffende categorie patiënten;
- de Diëtist hanteert een groepsbehandelprotocol dat minimaal de volgende gegevens bevat:
 - de medische diagnosegroep(en);
 - in- en exclusiecriteria;
 - grootte van de groep;
 - tijdsduur per groepszitting;
 - frequentie van de behandelingen;
 - beschrijving van behandelplan en –plan;
 - aantal en serieduur behandelingen, waarbij “kop en staart” van het behandeltraject duidelijk is;
 - de locatie waar de groepsbehandeling plaatsvindt, indien deze afwijkt van het Praktijkadres.
- tijdens de uitvoering van groepsbehandeling Diëtetiek is aanwezigheid van derden (niet direct bij de behandeling betrokkenen) in dezelfde ruimte niet toegestaan en dient de privacy van de Verzekerde geheel te zijn gewaarborgd.

C. Aanvraagprocedure

Het geven van groepsbehandeling is enkel mogelijk met goedkeuring van de Zorgverzekeraar. Deze goedkeuring kan de Zorgaanbieder aanvragen door het indienen van het groepsbehandelprotocol bij de Zorgverzekeraar. Dit protocol wordt o.v.v. “aanvraag groepsbehandeling Diëtetiek” per e-mail gestuurd naar de Zorgverzekeraar:

E-mail: rz.paramedischezorg@cz.nl

D. Administratieve afhandeling

De Zorgaanbieder declareert de groepszitting diëtetiek op basis van de door Partijen in Bijlage 1 Tarieven overeengekomen tarieven. Het tarief is inclusief een vergoeding voor het extra tijdsbeslag in verband met individuele voor- en nabehandeling en de daarbij behorende kosten. Dit betekent dat hiervoor geen aanvullende reguliere zitting in rekening gebracht kan worden.

Bijlage 4 Praktijkinrichting

De praktijkinrichting van de Zorgaanbieder voldoet minimaal aan de hieronder gestelde inrichtingseisen.

Algemene eisen

- De praktijk is duidelijk herkenbaar als eerstelijns praktijk voor paramedische zorg. Als de praktijk in een instelling is gevestigd, is er een duidelijke bewegwijzering naar de praktijkruimten.
- De behandelruimten en de wachtkamer zijn gescheiden door gesloten vaste wanden en deuren.
- De praktijk is goed toegankelijk, ook voor minder validen (drempelvrij, brede ingang, et cetera). In geval van een verdieping is een (trap)lift aanwezig.
- De praktijk is tijdens de openingstijden telefonisch goed bereikbaar. Bij afwezigheid bestaat de mogelijkheid een voicemailbericht in te spreken.
- De praktijk beschikt (of kan beschikken) over adequaat instructiemateriaal ter ondersteuning van onderzoek, advies en/of behandeling.
- De prijslijst, de klachtenregeling en de betalingsvoorwaarden zijn duidelijk zichtbaar voor de verzekerde.

Hygiëne

- De praktijk beschikt over een toilet en een gelegenheid om de handen te wassen. Het toilet en de handenwasgelegenheid zijn vanuit de wachtruimte toegankelijk.
- De praktijkruimte, inventaris en gebruiksmaterialen worden op een verantwoorde manier gereinigd.
- De behandelruimten hebben een goed te reinigen, egaal vloeroppervlak.

Privacy

- De praktijk beschikt over behandelruimten die de privacy van de patiënt waarborgen (auditief en visueel).
- De praktijk beschikt over administratieve voorzieningen die de privacy van de patiënt waarborgen. Deze zijn in overeenstemming met de relevante wet- en regelgeving.
- Geluidsoverdracht tussen verschillende ruimten wordt voorkomen.

Veiligheid

- De praktijk beschikt over een goedgekeurde elektriciteits- en energievoorziening.
- De praktijk voldoet aan de geldende (brand) veiligheidseisen.
- In de praktijk zijn een EHBO-does en een brandblusapparaat aanwezig.
- De verlichting, verwarming en ventilatie voldoen aan algemeen te stellen eisen van hygiëne en veiligheid.
- De praktijk voldoet aan de geldende eis rondom de veiligheid van patiëntgegevens, dossiervorming en declaratieverkeer.
- Alle aanwezige apparatuur ter ondersteuning van de behandeling voldoet aan de wettelijke veiligheidseisen en is geschikt voor professioneel gebruik. De ruimtelijke voorziening en inventaris zijn van zodanige kwaliteit en constructie, dat zij bij gebruik geen gevaren voor personen opleveren.

Behandelruimte

- Als meerdere paramedici van dezelfde praktijkruimte gebruikmaken, moeten zij de werkzaamheden net zo adequaat uitvoeren als wanneer zij als solist werkzaam zouden zijn.
- Er is ten minste één behandelruimte waar een-op-een behandeling mogelijk is in een afgesloten ruimte zonder aanwezigheid van derden.
- De behandelruimte voor logopedie heeft een vrij vloeroppervlak van minimaal 14 m², voor ergotherapie, fysiotherapie en oefentherapie minimaal 16 m² en voor fysiotherapie is er minimaal één ruimte beschikbaar van minimaal 25 m².
- Voor fysiotherapie geldt: een oefenzaal wordt beschouwd als behandelruimte van minimaal 25 m² wanneer daar een een-op-een behandeling mogelijk is zonder aanwezigheid van derden.
- In de behandelruimte is diagnostisch / behandel materiaal aanwezig voor het behandelen van aandoeningen / stoornissen.

Bijlage 5 Administratie

Bijlage Deel II Administratie van deze overeenkomst bestaat uit twee delen; de Uniforme declaratieparagraaf en de Zorgverzekeraar-specifieke bepalingen. De Uniforme declaratieparagraaf betreft het landelijk geüniformeerde deel van de declaratiebepalingen zorgverzekeraar - eerstelijnszorg en heeft tot doel algemene bepalingen van zorgverzekeraars die niet concurrentieel zijn te uniformeren. Reden die hieraan ten grondslag ligt, is het zo veel mogelijk beperken van de administratieve lasten bij de zorgaanbieder. Daar waar een keuze c.q. nadere invulling mogelijk was, heeft de Zorgverzekeraar deze keuze c.q. nadere invulling aangegeven middels **bold cursief** tekst. In aanvulling op de Uniforme declaratieparagraaf zijn de Zorgverzekeraar-specifieke bepalingen van toepassing zoals vastgelegd in deze bijlage.

Uniforme declaratieparagraaf versie 1.0

Artikel 1 Algemeen

1. Wetgeving, regelgeving (beleidsregels en andere regels), landelijke richtlijnen en overige bilateraal overeengekomen afspraken zijn altijd leidend.
2. De declaratieparagraaf geldt voor:
 - a. het declaratieproces en onderwerpen die daarmee samenhangen; en
 - b. declaraties betrekking hebbende op Zorg, zoals omschreven in de overeenkomst en zoals is verleend aan de Verzekerden van de Zorgverzekeraar.
3. Deze declaratieparagraaf is niet van toepassing op afspraken onder de beleidsregel innovatie, tenzij specifiek afgesproken bij die afspraken onder de beleidsregel innovatie.
4. De declaratieparagraaf is een bijlage bij de individuele zorgovereenkomst tussen de Zorgverzekeraar en de Zorgaanbieder en vormt hiermee één geheel.
5. Het is uitsluitend toegestaan te declareren bij de Zorgverzekeraar dan wel de Verzekerde namens Zorgaanbieder die in de overeenkomst genoemd wordt.

Artikel 2 Controle verzekeringsrecht en BSN

1. De Zorgverzekeraar stelt elke werkdag geactualiseerde gegevens van haar Verzekerden beschikbaar voor controle op verzekeringsrecht (COV) via VECOZO.
2. De Zorgaanbieder stelt vast dat de patiënt dezelfde persoon is als uit diens legitimatiebewijs blijkt.
3. De Zorgaanbieder controleert het verzekeringsrecht van de patiënt via COV vóór:
 - a. aanvang aanschrijven c.q. behandeling; en voor
 - b. inzending declaratie.Uitzondering hierop geldt bij een acute situatie. In voorkomende gevallen dient dit door de Zorgaanbieder aangetoond te worden.
4. Een COV-bericht via VECOZO dient in overeenstemming te zijn met de meest recente vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is.
5. Door de beschikbaarheid van COV is het slechts mogelijk om in uitzonderlijke situaties gegevens over verzekeringsrecht of Burgerservicenummer (BSN) van een patiënt telefonisch bij de Zorgverzekeraar op te vragen, een en ander overeenkomstig vigerende privacywetgeving.
6. Bij twijfel over de identiteit van de patiënt of wanneer er gerichte aanwijzingen zijn voor fraude, wordt door de Zorgaanbieder een melding gedaan bij de afdeling fraude van de Zorgverzekeraar.

Artikel 3 Declareren

1. Een declaratie dient in overeenstemming te zijn met de vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen Zorg.
2. De Zorgaanbieder declareert de in het kader van de op grond van deze overeenkomst verleende Zorg zonder tussenkomst van de Verzekerde bij de Zorgverzekeraar **met uitzondering van de prestaties die zijn opgenomen in bijlage A.1 Uitzonderde prestaties.**
3. Declaraties worden door de Zorgaanbieder via VECOZO digitaal aangeleverd bij de Zorgverzekeraar.
4. De Zorgaanbieder hanteert bij declaratie de UZOVI-code(s) **9664. -zoals die zijn opgenomen in bijlage A.2 UZOVI-code(s).**
5. De Zorgaanbieder levert maandelijks de initiële declaraties in leesbare en onbeschadigde staat aan. Indien het declaratiebestand niet leesbaar of beschadigd is, wordt het declaratiebestand afgewezen en is de Zorgaanbieder gehouden zo snel mogelijk een nieuw declaratiebestand aan te leveren.
6. Alleen declaraties die (deels) zijn afgewezen omdat die niet onder de dekking van de verzekering van de Verzekerde vallen, kunnen door de Zorgaanbieder aan de Verzekerde worden voorgelegd. In dat geval voegt de Zorgaanbieder duidelijk op of bij de nota een tekst met onderstaande strekking toe: *“Deze nota is door [NAAM zorgaanbieder] rechtstreeks ingediend bij uw zorgverzekeraar. Voor zover u recht heeft op een vergoeding van – het deel – verzekerde zorg is dat door uw zorgverzekeraar al aan [NAAM zorgaanbieder] betaald. Het resterende niet voor vergoeding in aanmerking komende bedrag à € [BEDRAG te voldoen] dient u zelf aan [NAAM zorgaanbieder] te betalen. Stuurt u deze nota dus niet door aan uw verzekeraar”.*
Alle zorg die, op basis van de informatie waarover de Zorgaanbieder redelijkerwijs kan beschikken, niet onder de dekking van de verzekering van de Verzekerde valt, kan door de Zorgaanbieder ten laste van de Verzekerde worden voorgelegd. De Zorgaanbieder informeert de patiënt/Verzekerde voorafgaand aan de behandeling -voor zover hij redelijkerwijs over de informatie beschikt- indien een behandeling niet, of niet volledig, voor vergoeding in aanmerking komt op grond van de verzekering. Het voorgaande laat onverlet dat de Zorgaanbieder in ieder geval de patiënt/Verzekerde zal informeren omtrent de vergoeding voor wat betreft de zorgverzekering.
7. Alleen indien er expliciete afspraken zijn gemaakt tussen Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar kan er in uitzonderlijke gevallen een papieren declaratiebericht verstuurd worden. Een papieren declaratiebericht (ook een nota aan de Verzekerde) bevat tenminste een aantal gegevenselementen. Deze moeten voldoen aan de Nadere Regels die de NZa aan de informatieverplichting bij factureren stelt.
- ~~8. De Zorgaanbieder declareert ten opzichte van de einddatum van de prestatie [percentage] binnen/voor/uiterlijk TIJDSEENHEID AFSPREKEN/[SECTORSPECIFIEK] bij de Zorgverzekeraar. Nb. Dit is sectorspecifiek afhankelijk of er een behandeltraject is; bijvoorbeeld verloskundetraject, DBC of per behandeling declareren.~~
9. Indien door overmacht de termijn, zoals bedoeld in dit artikel, niet gehaald wordt, neemt de Zorgaanbieder contact op met de Zorgverzekeraar met de intentie om alsnog de betreffende declaratie(s) zowel administratief als financieel juist af te handelen. De partij die zich op overmacht beroept, moet dat aantonen.
10. De afhandeling van declaratieregels wordt door de Zorgverzekeraar uitgevoerd volgens het principe dat de Zorgverzekeraar foutief aangeleverde regels niet corrigeert en daarom niet verwerkt en/of (gedeeltelijk) uitbetaalt. Bij regelmatige foutieve aanlevering, dan wel hoge uitvalpercentages, neemt de Zorgverzekeraar contact op met de Zorgaanbieder.
11. Indien de Zorgaanbieder een machtiging heeft aangevraagd en verkregen via het zogenoemde machtigingenportaal van VECOZO, vult de Zorgaanbieder bij het declareren het door de Zorgverzekeraar afgegeven machtigingsnummer (en dus niet het VECOZO machtiging-ID) in.

Artikel 4 Declareren via derden (voor zover van toepassing)

1. Alle bepalingen uit deze declaratieparagraaf zijn onverminderd van toepassing op declaraties via derden. Met derden wordt bedoeld partijen die zich met een AGB-code in het veld als servicebureau identificeren in het voorlooprecord van het declaratiebericht.
2. De Zorgaanbieder is vrij de gehele declaratieprocedure aan een derde partij uit te besteden (ongeacht de wijze waarop). De Zorgaanbieder is er verantwoordelijk voor dat de Zorgverzekeraar formeel en schriftelijk wordt geïnformeerd dat:
 - a. de declaratiewerkzaamheden zijn uitbesteed aan een derde en welke derde;
 - b. en hiermee samenhangend aan wie in het vervolg betaald moet worden.Dit dient tenminste 14 kalenderdagen voorafgaand aan de eerste verzending van de declaratie bij de Zorgverzekeraar bekend te zijn gemaakt.
3. Beëindiging of wijziging van de hiervoor genoemde uitbesteding dient door de Zorgaanbieder zo spoedig mogelijk, **maar in ieder geval binnen de gestelde betaaltermijn**, schriftelijk bij de Zorgverzekeraar bekend gemaakt te zijn.
4. De Zorgaanbieder is er tevens verantwoordelijk voor dat de derde gemachtigde de bepalingen uit deze declaratieparagraaf onverkort naleeft. Indien dit onverhoopt niet gebeurt, dan kan de Zorgverzekeraar hier niet aansprakelijk voor worden gesteld.
5. Indien de Zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteedt aan een derde, blijft de Zorgaanbieder te allen tijde zelf volledig verantwoordelijk en aansprakelijk voor naleving van verplichtingen die uit de overeenkomst voortvloeien, ongeacht wat tussen de Zorgaanbieder en de derde partij is overeengekomen. De Zorgaanbieder vrijwaart de Zorgverzekeraar voor het niet of niet juist naleven door een gemachtigde van de bepalingen uit deze declaratieparagraaf.
6. Betaling door de Zorgverzekeraar aan een derde op schriftelijk verzoek en/of met schriftelijke instemming van de Zorgaanbieder, geldt als een bevrijdende betaling aan de Zorgaanbieder.

Artikel 5 Herdeclaraties en correcties

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat herdeclaraties/correcties, ten gevolge van eerdere afwijzingen, binnen **30 kalenderdagen** na beschikbaarstelling van de retourinformatie op VECOZO opnieuw worden 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. De Zorgverzekeraar is gerechtigd om een uitbetaalde declaratie bij de Zorgaanbieder terug te vorderen indien er sprake is van:
 - ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties;
 - incorrecte tarieven;
 - fraude;
 - dubbel uitbetaalde declaraties.
4. De Zorgverzekeraar stelt de Zorgaanbieder of de derde partij op de hoogte van de door hem geconstateerde ten onrechte of foutief uitbetaalde declaratie(s) ten gevolge van achterafcontroles en de wijze waarop zij de terugvordering voornemens is uit te voeren. Indien de Zorgaanbieder de terugvordering betwist, heeft hij **21** kalenderdagen de tijd om de declaratie te motiveren alvorens de Zorgverzekeraar de terugvordering ten uitvoer zal brengen. Indien de (eventueel gedeeltelijke) onrechtmatigheid van de terugvordering is aangetoond, vervalt de vordering (gedeeltelijk).
- ~~5. De Zorgaanbieder stelt de Zorgverzekeraar op de hoogte van het intrekken van een factuur met betrekking tot een restitutie nota [SECTORSPECIFIEK]~~

Artikel 6 Betaling

1. ~~De Zorgaanbieder informeert de patiënt/Verzekerde voor aanvang behandeling indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat de Verzekerde, op basis van de informatie waarover de Zorgaanbieder redelijkerwijs kan beschikken, mogelijk geen recht op vergoeding heeft op grond van zijn verzekering of dat een machtiging [SECTORSPECIFIEK] van de Zorgverzekeraar nodig is. Het voorgaande laat onverlet dat de Zorgaanbieder in ieder geval de patiënt/Verzekerde zal informeren omtrent de vergoeding voor wat betreft de zorgverzekering.~~
2. Indien een zorgovereenkomst is gesloten, vindt uitsluitend betaling van Zorg plaats tegen de in de zorgovereenkomst overeengekomen ~~en/of de wettelijke~~ tarieven waarvoor de Verzekerde bij de Zorgverzekeraar is verzekerd.
3. De Zorgverzekeraar betaalt de goedgekeurde regels van de ingediende declaratie aan de Zorgaanbieder op het door de Zorgaanbieder vooraf aangegeven IBAN. Voor zover de Zorgverzekeraar betalingen verricht, geldt, indien en voor zover van toepassing, dat deze altijd zijn gedaan inclusief BTW.
4. Bij digitale declaraties hanteert de Zorgverzekeraar voor de betaalbaarstelling ten opzichte van de datum ontvangst factuur een betaaltermijn van **10 kalenderdagen** mits de declaraties zijn ontvangen binnen de overeengekomen declaratietermijn.
5. ~~Declaraties die meer dan [VARIABEL PERIODE] na behandeldatum/behandeltraject (bijv. DBC [SECTORSPECIFIEK]) worden ingediend, komen niet meer voor vergoeding in aanmerking.~~
6. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat de Verzekerde een eigen risico heeft, zal de Zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag conform overeenkomst uitbetalen en volledig aan de Zorgaanbieder vergoeden ~~conform bijlage A.3 (Betaalafspraken).~~
7. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat er sprake is van een door de Verzekerde te betalen eigen bijdrage, dan zal de Zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag ~~geheel/gedeeltelijk/niet~~ aan de Zorgaanbieder vergoeden, ~~conform bijlage A.3 (Betaalafspraken).~~
8. Indien de Zorgverzekeraar bij een door de Zorgaanbieder correct ingediende declaratie niet binnen de overeengekomen betaaltermijnen kan vergoeden, dan gaat de Zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk over tot een voorlopige betaling in de vorm van een voorschot ter hoogte van **in de regel 100% van** het gedeclareerde bedrag.
9. Als achteraf blijkt dat de Zorgverzekeraar met het voorschot teveel heeft betaald, ~~[KEUZE 1] betaalt de Zorgaanbieder het teveel betaalde zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen veertien kalenderdagen nadat de Zorgverzekeraar dit schriftelijk heeft aangegeven terug. De Zorgverzekeraar geeft schriftelijk aan onder welk kenmerk en op welk IBAN het te veel betaalde terugbetaald dient te worden. [OF KEUZE 2]~~ verrekent de Zorgverzekeraar het teveel betaalde met de volgende betaling(en). De Zorgverzekeraar verstrekt in dit geval, binnen de overeengekomen betaaltermijn, een duidelijke verreken- of betaalspecificatie.
10. Indien de terugbetaling van het voorschot conform hetgeen geldt overeenkomstig het onderhavige artikel niet binnen **14** kalenderdagen plaatsvindt, is de Zorgverzekeraar gerechtigd al zijn vorderingen op de Zorgaanbieder te verrekenen met al hetgeen de Zorgverzekeraar aan de Zorgaanbieder dient te betalen ter hoogte van het bedrag dat als voorschot is betaald.
11. Bij surseance van betaling en/of een – naderend – faillissement worden uitstaande voorschotten aan de Zorgaanbieder direct verrekend met nog openstaande ingediende en/of in te dienen declaraties.

Artikel 7 Retourinformatie

1. Ieder retourbericht dient in overeenstemming te zijn met de vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen zorg.

2. Indien een declaratie niet voldoet aan de specificaties van de externe integratie standaard, informeert de Zorgverzekeraar (door middel van de retourinformatie via VECOZO) de Zorgaanbieder hier zo spoedig mogelijk over.
3. De Zorgverzekeraar stelt conform de eisen van de externe integratie standaard de retourinformatie beschikbaar volgens dezelfde versie van de standaard als waarmee het declaratiebericht is verzonden.
4. De Zorgverzekeraar stelt de retourinformatie met betrekking tot via VECOZO ingediende declaraties binnen de overeengekomen betaaltermijn, uiterlijk binnen 21 kalenderdagen, beschikbaar via VECOZO. Tenzij sprake is van een voorlopige betaling in de vorm van een voorschot.

Artikel 8 Beheer en onderhoud gegevens in AGB en UZOVI

1. Het AGB-register van Vektis baseert zich mede op authentieke bronnen. Om problemen met of bij het declareren te voorkomen, is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor het actueel houden van de door en over hem geregistreerde gegevens in AGB.
2. De Zorgaanbieder dient ervoor zorg te dragen dat de gegevens van de bij hem werkzame Zorgaanbieders die voldoen aan de AGB eisen, actueel in AGB vastgelegd zijn. Daarbij in acht nemen dat bij een onderneming/vestiging altijd een bevoegde Zorgaanbieder gekoppeld moet zijn en een Zorgaanbieder ook altijd gekoppeld moet zijn aan een onderneming/vestiging. Ingeval er sprake is van beëindiging van het beroep of bij het aangaan van een nieuwe relatie met een onderneming/vestiging dient dit zo spoedig mogelijk te worden gemeld bij AGB.
3. De Zorgaanbieder dient mutaties van AGB-gegevens zo snel mogelijk door te geven aan AGB (zie hiervoor www.AGBCODE.nl) of te wijzigen via www.vecozo.nl (indien men beschikt over een VECOZO certificaat).
4. De Zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het actueel houden van zijn gegevens behorende bij UZOVI-nummers en zijn raadpleegbaar via UZOVI-register van Vektis.
5. Indien de Zorgverzekeraar wijzigingen in zijn gegevens behorende bij UZOVI-nummers doorvoeren die consequenties hebben voor de Zorgaanbieder, stelt hij de Zorgaanbieder hiervan tijdig én schriftelijk op de hoogte.

Addendum

In dit addendum zijn de voor **de Zorgverzekeraar ~~INAAM~~** aanvullende bepalingen opgenomen.

Artikel 3 Declareren

12. Indien een Verzekerde met een restitutiepolis uitdrukkelijk te kennen geeft zelf de declaratie van de Zorgaanbieder te willen ontvangen, dan brengt de Zorgaanbieder de Zorg in rekening bij de Verzekerde tegen de tarieven zoals vastgelegd in deze overeenkomst.
13. De Zorgaanbieder declareert de Zorg die hij in enige kalendermaand heeft geleverd, één keer per maand, voor het einde van de daaropvolgende kalendermaand bij de Zorgverzekeraar.
14. Onverminderd zijn verplichting de declaraties maandelijks in te dienen, zal de Zorgaanbieder de Zorg die hij in enig kalenderjaar heeft geleverd uiterlijk 1 april van het daaropvolgende kalenderjaar declareren bij de Zorgverzekeraar. Na die datum ontvangen declaraties neemt de Zorgverzekeraar niet in behandeling, behoudens ingeval van overmacht aan de zijde van de Zorgaanbieder.
15. Ingeval de Zorgaanbieder niet voldoet aan het bepaalde in artikel 3. lid 13 van deze bijlage, is de Zorgverzekeraar niet gehouden de declaratie binnen de in lid 4. van artikel 6 van deze bijlage genoemde termijn betaalbaar te stellen.
16. Indien een Verzekerde een klacht heeft betreffende de declaratie of de behandeling, ontvangt de Zorgaanbieder hieromtrent bericht van de Zorgverzekeraar. De vordering wordt gelijktijdig teruggeboekt en hiermee overgedragen aan de Zorgaanbieder. Indien de klacht naar tevredenheid van de Verzekerde is opgelost, zal de Zorgaanbieder de openstaande vordering rechtstreeks met de Verzekerde afwerken. Door het terugleggen van de nota aan de Zorgaanbieder neemt de Zorgverzekeraar géén standpunt in over het feit, of een klacht terecht is of kan zijn.
17. 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.
18. Alle bescheiden en digitale gegevensbestanden die ten grondslag liggen aan de declaraties blijven vijf jaar voor de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar beschikbaar voor controledoeleinden, ook nadat deze overeenkomst een einde heeft genomen.
19. Zorg verleend buiten de kaders van de onderhavige overeenkomst en/of zorg die niet voldoet aan de voorwaarden uit de verzekeringspolis van de betreffende Verzekerde komt niet voor vergoeding in aanmerking.
20. Foutief aangeleverde of inhoudelijke onjuiste declaratieregels worden afgewezen.
21. De Zorgaanbieder vult in Vecozo bij de indicatie 'betalen aan' de AGB-code van de onderneming/praktijk. Betaling vindt uitsluitend plaats op de IBAN van deze onderneming/praktijk.

Artikel 5 Herdeclaraties en correcties

6. De Zorgverzekeraar behoudt zich in aanvulling op artikel 5 lid 3 eveneens het recht voor om ten onrechte gedane betalingen te verrekenen met nieuwe declaraties aan elk van de in deel I genoemde Zorgverzekeraars.
12. De Zorgverzekeraar is gerechtigd ten onrechte uitbetaalde declaraties en overige opeisbare vorderingen te verrekenen met nog af te wikkelen declaraties van de Zorgaanbieder. 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.

Artikel 6 Betaling

13. In aanvulling op artikel 6 lid 4 spreken Partijen af dat indien (een) feestdag(en) binnen de betaaltermijn val(t)(len), de betaaltermijn wordt verlengd met de duur van de betreffende feestdag(en). Als feestdag wordt hier beschouwd: Nieuwjaarsdag, Goede Vrijdag, Koningsdag, Tweede Paasdag, Bevrijdingsdag, Hemelvaartsdag, Tweede Pinksterdag, Eerste Kerstdag en Tweede Kerstdag. Verder geldt in aanvulling op het genoemde artikel (lid) dat de Zorgverzekeraar de declaratie die voldoet aan de daarvoor gestelde voorwaarden, zo spoedig mogelijk uit betaalt, maar uiterlijk binnen de in artikel 6 lid 4 gestelde termijn.
14. In aanvulling op artikel 6 lid 7 spreken Partijen af dat ook indien het cumulatief van de Verzekerde is bereikt, de Zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag, dat in overeenstemming dient te zijn met de afgesproken tarieven in deze overeenkomst, volledig aan de Zorgaanbieder vergoedt. Onder het bereiken van het cumulatief wordt verstaan dat de maximale vergoeding van de Verzekerde bij een bepaalde behandeling of prestatie is bereikt.
15. De Zorgaanbieder stelt de declaratie op met vermelding van alle gegevens die volgens de meest recente versie van het voor de onderhavige zorgsector toepasselijke rapport externe integratie op de declaraties dienen te worden vermeld.
16. Onder betaalbaarstelling wordt in artikel 6 lid 4 verstaan het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank om tot betaling van de declaratie over te gaan.
17. De Zorgverzekeraar stelt geen voorschot, zoals bedoeld in artikel 6 lid 8, 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.
18. Indien onder de Zorgverzekeraar beslag wordt gelegd ter verzekering van de rechten van een schuldeiser van de Zorgaanbieder, kunnen de extra kosten die de Zorgverzekeraar hiervoor moet maken volledig voor rekening van de Zorgaanbieder worden gebracht.
19. Zorg verleend buiten de kaders van de onderhavige zorgovereenkomst en/of verzekeringspolissen van de Verzekerde komt niet voor vergoeding door de Zorgverzekeraar in aanmerking.
20. De Zorgverzekeraar is gerechtigd de betaling van de declaraties op te schorten zolang de Zorgaanbieder niet al zijn (betalings)verplichtingen uit hoofde van enige met de Zorgverzekeraar bestaande rechtsverhouding heeft voldaan.
21. In geval van faillissement dient de Zorgaanbieder dit per direct kenbaar te maken bij de Zorgverzekeraar, onder vermelding van de naam van de curator en het insolventienummer. Betalingen van ingediende declaraties kunnen vanaf dat moment slechts plaatsvinden via het door de curator aangegeven IBAN.
22. Betaling vindt uitsluitend plaats op de IBAN van de onderneming/praktijk.

Bijlage A: Specifieke afspraken

A.1: Uitgezonderde prestaties

Onderstaande prestaties dienen niet rechtstreeks bij de verzekeraar te worden gedeclareerd:

<i>Prestatiecode/Declaratiecode</i>	<i>Omschrijving/toelichting</i>

A.2: UZOVI-code

Overzicht code UZOVI die gehanteerd moeten worden in de declaraties.

<i>UZOVI-code</i>	<i>UZOVI-naam</i>

A.3: Betaalafspraken

Betaalafspraken gelden per code UZOVI, voor alle prestaties en/of op prestatieniveau. Mogelijke betaalafspraken zijn (combinaties zijn mogelijk):

<i>Soorten eigen betalingen</i>	<i>Overname incassoprocedure</i>	<i>Overname Incassorisico</i>	<i>Aanvullend Clausules</i>
<i>Eigen risico</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	
<i>Eigen bijdrage (co-payment)</i>			
<i>Boven-maximale vergoeding (co-insurance)</i>			
<i>Onverzekerde zorg</i>			