



delta lloyd

OHRA Direct  
geregeld



**Overeenkomst  
eerstelijns diëtetiek**

**2017/2018/2019**



## Inhoudsopgave

### DEEL II: Algemeen Deel

Artikel 1.	Definities .....	3
Artikel 2.	Zorg.....	4
Artikel 3.	Weigering zorgverlening .....	5
Artikel 4.	Praktijkruimte .....	5
Artikel 5.	Verwijzing.....	6
Artikel 6.	Informatie .....	6
Artikel 7.	Controle .....	7
Artikel 8.	Declaratie en betaling .....	7
Artikel 9.	Vrijwaring .....	7
Artikel 10.	Fraude.....	8
Artikel 11.	Duur en einde van de overeenkomst.....	8
Artikel 12.	Geschillen .....	9
Artikel 13.	Hoofdelijke aansprakelijkheid .....	9
Artikel 14.	Slotbepalingen .....	10
Bijlage 1	Kwaliteit.....	12
Bijlage 2	Praktijkinrichting.....	15
Bijlage 3	Administratie .....	16

## DEEL II: Algemeen Deel

### Artikel 1. Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

#### a. 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);

#### b. Diëtetiek

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);

#### c. Directe contacttijd

de behandeltime waarbij er direct contact is tussen Diëtist en Verzekerde in dezelfde ruimte (face-to-face);

#### d. Indirecte contacttijd

de behandeltime die patiëntgerelateerd plaatsvindt zonder aanwezigheid van de Verzekerde. Hieronder val(t)(len) ook telefonisch- en/ of e-mailcontact tussen Diëtist en Verzekerde. Indirecte contacttijd kan enkel in rekening worden gebracht indien tenminste bij het eerste en het laatste consult sprake is van Directe contacttijd;

#### e. 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 dienstverlening" van de Nederlandse Zorgautoriteit van toepassing;

#### f. Medische dienst

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

#### g. Onderaanneming

Er is sprake van Onderaanneming indien een Verzekerde in behandeling is bij een Zorgaanbieder (de Hoofdaannemer) en deze, voor (een deel van) de daadwerkelijke Diëtetiek een andere Zorgaanbieder (de Onderaannemer), zijnde een andere juridische entiteit, inschakelt door (een deel van) deze Diëtetiek door te contracteren aan deze andere Zorgaanbieder;

#### h. Partijen

de Partijen die deze overeenkomst zijn aangegaan;

#### i. Praktijkadres(sen)

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



#### **j. Praktijkmedewerker**

de Diëtist, die rechtsgeldig de titel Diëtist mag voeren op grond van artikel 34 van de Wet BIG en tevens de status kwaliteitsgeregistreerd heeft in het Kwaliteitsregister Paramedici, die Diëtetiek verleent, en die voor de Zorgaanbieder werkzaam is 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;

#### **k. Verzekerde**

de persoon die een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet en/ of een aanvullende verzekeringsovereenkomst heeft gesloten met de Zorgverzekeraar, en die recht heeft op de Diëtetiek in natura dan wel op gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten van de Diëtetiek;

#### **l. Zorgaanbieder**

de Zorgaanbieder als bedoeld in rubriek B van het Individueel Deel (Deel 1) van deze overeenkomst. Ingeval de Zorgaanbieder een natuurlijk persoon is, dan betreft het de Diëtist die voor eigen rekening en risico Diëtetiek verleent zoals bedoeld onder b. van dit artikel, en die deze overeenkomst is aangegaan; ingeval de Zorgaanbieder een rechtspersoon is, die als zodanig is toegelaten overeenkomstig de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), dan betreft het de instelling met rechtspersoonlijkheid die Diëtetiek zoals bedoeld onder b. aanbiedt, en die deze overeenkomst is aangegaan;

#### **m. Zorggroep**

een organisatieverband van zorgverleners, geregistreerd als rechtspersoon, waarbij naast de huisartsenzorg ook andere disciplines zijn betrokken om een integrale behandeling te leveren, en dat verantwoordelijk is voor de coördinatie en de levering van gestructureerde en afgestemde multidisciplinaire zorg voor chronisch zieken;

#### **n. Zorgverzekeraar**

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

---

## **Artikel 2. Zorg**

1. De Zorgaanbieder verbindt zich de Diëtetiek te verlenen aan de Verzekerde die als zodanig recht heeft op Diëtetiek en zich tot hem wendt. De Zorgaanbieder verleent de Diëtetiek 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 Diëtetiek worden gesteld, alsmede met hetgeen Partijen hieromtrent bij of krachtens deze overeenkomst zijn overeengekomen.
2. De Zorgaanbieder verleent aan de Verzekerde de Diëtetiek verband houdend met de diagnose ziekte van Parkinson en waarvan de behandeling op enig moment in 2017 start, uitsluitend indien de behandelend Diëtist is aangesloten bij ParkinsonNet. Uitzondering hierop vormt de situatie dat de Verzekerde reeds vóór 1 september 2015 voor de diagnose Parkinson in behandeling was bij deze Diëtist. In dat geval mag de Diëtist de behandeling bij de betreffende Verzekerde ook doorzetten indien hij niet aangesloten is bij ParkinsonNet, waarbij de Diëtist zich maximaal inspant om alsnog aan te sluiten bij ParkinsonNet.
3. De Zorgaanbieder maakt als onderaannemer afspraken met een Zorggroep indien de Zorgaanbieder Diëtetiek wil leveren als onderdeel van Ketenzorg. Deze zorg maakt onderdeel 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.
4. Bij Onderaanneming is de Zorgaanbieder te allen tijde verantwoordelijk en aansprakelijk voor de Diëtetiek 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 Diëtetiek door de Onderaannemer hetzelfde kwaliteitsniveau heeft als waarvoor de Zorgaanbieder bij de Zorgverzekeraar is gecontracteerd;



- de Zorgaanbieder de Diëtetiek 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 7 van deze overeenkomst, betrekking hebbende op Verzekerden waarbij een Onderaannemer de daadwerkelijke Diëtetiek heeft verleend.
5. De Zorgaanbieder verplicht zich tegenover de Zorgverzekeraar om kwalitatief verantwoorde Diëtetiek te leveren. Hieronder wordt verstaan: Diëtetiek die cliëntgericht, doeltreffend en doelmatig wordt verleend naar de stand van wetenschap en praktijk, en die naar redelijkheid is afgestemd op de behoefte van de Verzekerde.
  6. Ten aanzien van de door Partijen overeengekomen kwaliteitsbepalingen wordt verwezen naar bijlage 1 Kwaliteit van deze overeenkomst, die onlosmakelijk deel uitmaakt van deze overeenkomst.
  7. Tenzij de Zorgaanbieder een rechtspersoon is, verleent de Zorgaanbieder de Diëtetiek persoonlijk, met uitzondering van het bepaalde in lid 7 van dit artikel, alsmede het bepaalde onder F. Waarneming en student in bijlage 1 Kwaliteit.
  8. De Zorgaanbieder mag de Diëtetiek 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.
  9. Onverminderd de eigen verantwoordelijkheid van de Praktijkmedewerker is de Zorgaanbieder ten volle verantwoordelijk en aansprakelijk voor de Diëtetiek die de Praktijkmedewerker aan de Verzekerde verleent.
  10. De Zorgaanbieder behandelt de verzekerde op individuele basis.
  11. 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 vijf werkdagen, indien en voor zover dit niet conflicteert met de van toepassing zijnde zorginhoudelijke richtlijn(en) en/ of de wens van de Verzekerde.

---

### Artikel 3. Weigering zorgverlening

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

---

### Artikel 4. Praktijkruimte

1. De Zorgaanbieder verleent de Diëtetiek in een adequaat ingerichte en geoutilleerde praktijkruimte, die voor de Verzekerde goed bereikbaar en toegankelijk is. De praktijkruimte(n) van de Zorgaanbieder voldoet(n) aan de door de Zorgverzekeraar gestelde eisen aan een praktijkruimte, zoals vastgelegd in bijlage 2 Praktijkinrichting van deze overeenkomst.
2. Deze overeenkomst is Praktijkadres gebonden. De Zorgaanbieder verleent de Diëtetiek 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 het eerste lid van dit artikel wordt verwezen.

---

## Artikel 5. Verwijzing

1. De Zorgaanbieder verleent de Diëtetiek voor rekening van de Zorgverzekeraar, indien voor de Diëtetiek een indicatie bestaat. Deze indicatie dient te blijken uit een schriftelijke, en voorafgaand aan de start van de verlening van Diëtetiek aan de Verzekerde verstrekte verwijzing van de huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
2. Iedere verwijzing dient, naast het gestelde onder lid 1. van dit artikel, minimaal de volgende gegevens te bevatten:
  - naam, AGB-code en (digitale) handtekening van de verwijzer;
  - naam, adres, geboortedatum en inschrijfnummer van de Verzekerde;
  - de datum waarop de verwijzing is verstrekt;
  - de medische diagnose;
  - indien van toepassing voorschrift behandeling "aan huis".
3. Het voorschrift/de verwijzing dient leesbaar en achteraf raadpleegbaar te zijn waarbij de authenticiteit in voldoende mate gewaarborgd dient te zijn.
4. Indien bij de Zorgaanbieder twijfel rijst ten aanzien van de juistheid of volledigheid van de verwijzing of onderdelen daarvan, dan zal de Zorgaanbieder zich in verbinding stellen met de verwijzer om hem te verzoeken om duidelijkheid over en/ of een aanvulling op de verwijzing.
5. Met betrekking tot de geldigheidsduur van de verwijzing geldt als uitgangspunt dat de verwijzing:
  - maximaal drie maanden geldig blijft totdat de verlening van de Diëtetiek een aanvang neemt;
  - bij doorlopende verlening van Diëtetiek gedurende een aaneengesloten periode van maximaal twaalf maanden geldig blijft, met dien verstande dat een op de verwijzing vermelde behandelduur dan wel het maximum aantal behandelingseenheden niet mag worden overschreden.
6. Wanneer in het licht van de verwijzing en indicatiestelling meerdere soorten behandelingen geacht kunnen worden adequaat te zijn, kiest de Zorgaanbieder te allen tijde voor de meest doelmatige behandeling.

---

## Artikel 6. Informatie

1. Partijen doen elkaar schriftelijk mededeling van alle voor de uitvoering van deze overeenkomst relevante informatie, zoals bijvoorbeeld organisatiewijzigingen en personeelsmutaties.
2. Partijen verschaffen elkaar desgevraagd de inlichtingen die zij redelijkerwijs behoeven voor inzicht in de nakoming van de in deze overeenkomst aangegane verplichtingen.
3. Partijen behandelen de gegevens die zij uitwisselen en onderling ter beschikking stellen vertrouwelijk en met inachtneming van de regels ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de betrokken Verzekerde(n), de Zorgaanbieder en de Diëtist(en) op wie die gegevens betrekking hebben.
4. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het vullen en daarna het actueel, correct en volledig houden van zijn eigen persoons- en praktijkgegevens op "MijnZorgaanbod" (<https://mijnzorgaanbod.cz.nl>). De gegevens worden gepresenteerd in "Vind de beste zorg" op de websites van de Zorgverzekeraar.
5. Indien het deelnemen aan de landelijke benchmarkmeting "Patient Reported Experience Measures (PREM)" voor Diëtetiek mogelijk wordt in 2017, zorgt de Zorgaanbieder ervoor dat hij zich op 1 januari 2018 heeft aangesloten bij een gecertificeerd meetbureau die namens de Zorgaanbieder de PREMs kan uitzetten. De resultaten uit de PREM worden door zorgverzekeraars gebruikt als informatie voor de zorginkoop, voor het bieden van keuze-informatie aan Verzekerden en als informatie voor



kwaliteitsverbetering. Zorgverzekeraars hanteren een jaarkalender die gepubliceerd is op de website <http://www.patiëntvaringsmetingen.nl>

---

## Artikel 7. Controle

1. De Zorgverzekeraar controleert periodiek of de Zorgaanbieder zijn verplichtingen uit deze overeenkomst op een juiste wijze nakomt.
  2. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitoefening van de controle de bij of krachtens wet gestelde voorschriften ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de Verzekerde in acht, alsmede de (nadere) regels die worden gesteld in artikel 87 Zorgverzekeringswet, hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering en het Protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland.
  3. De controle zal niet onnodig belastend zijn en zich niet verder uitstrekken dan voor het doel van de controle noodzakelijk is.
  4. De Zorgverzekeraar meldt een voorgenomen controle in de praktijk van de Zorgaanbieder tenminste 14 dagen voor het tijdstip dat de controle zal plaatsvinden tenzij er reden is van die termijn af te wijken. 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.
  5. De Zorgaanbieder is op grond van artikel 7.4 lid 2 van de Regeling zorgverzekering verplicht medewerking te verlenen aan een conform de Regeling zorgverzekering uitgevoerde controle. Dit houdt onder andere in dat de Zorgaanbieder de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar ter uitvoering van de controle in de praktijk toe dient te laten. Tevens is de Zorgaanbieder verplicht de bevoegde medewerkers die uitvoering geven aan de controle(s) behulpzaam te zijn voor zover dat redelijkerwijs mag worden verwacht, waartoe uitdrukkelijk wordt gerekend dat de Zorgaanbieder desgevraagd actieve medewerking verleent aan het daadwerkelijk toegang verschaffen van de praktijk- en patiëntenregistratie.
  6. Indien en voor zover de controle betrekking heeft op de rechtmatigheid en doelmatigheid van de aanspraken van verzekerden is de Zorgaanbieder gehouden de Medische dienst van de Zorgverzekeraar met inachtneming van de daarvoor geldende wettelijke voorschriften inzage te geven in de medische dossiers van de Verzekerden. Op verzoek van de Zorgverzekeraar worden deze dossiers op beveiligde wijze (versleuteld), zoals bijvoorbeeld middels Cryptshare, door de Zorgaanbieder aan de Zorgverzekeraar beschikbaar gesteld.
  7. De Zorgverzekeraar zal de Zorgaanbieder binnen twee maanden na de controledatum schriftelijk in kennis stellen van zijn controlebevindingen en de Zorgaanbieder binnen redelijke termijn de gelegenheid geven daarop schriftelijk te reageren (hoor-wederhoor).
  8. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om ten onrechte gedane betalingen terug te vorderen of te verrekenen met nieuwe declaraties (inclusief doorberekeningen van de wettelijke rente).
- 

## Artikel 8. Declaratie en betaling

Ten aanzien van de door Partijen overeengekomen declaratie- en betalingsverplichtingen wordt verwezen naar de administratieve paragraaf in bijlage 3 Administratie. Deze bijlage maakt onlosmakelijk deel uit van deze overeenkomst.

---

## Artikel 9. Vrijwaring

De Zorgaanbieder vrijwaart de Zorgverzekeraar van alle aanspraken van derden (waaronder maar niet uitsluitend de Verzekerde(n)) terzake van door hen geleden schade als gevolg van door de Zorgaanbieder verleende Diëtetiek. In dat kader garandeert de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar dat hij een voor Diëtetiek

gebruikelijk en adequate (beroeps)aansprakelijkheidsverzekering heeft gesloten waaraan de Zorgaanbieder rechten kan ontleen. Daarnaast garandeert de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar dat eenzelfde soort verzekering is gesloten voor de door of vanwege de Zorgaanbieder ingeschakelde (rechts)perso(o)n(en) die in het kader van deze overeenkomst Diëtetiek verlenen maar niet onder de dekking van eerstgenoemde verzekering vallen.

---

## Artikel 10. Fraude

1. Onder fraude wordt verstaan het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze (trachten te) verkrijgen van een vergoeding van de Zorgverzekeraar. Dit omvat het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering door de Zorgaanbieder, bij de totstandkoming en/of de uitvoering van deze overeenkomst, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat. In ieder geval wordt hieronder verstaan het opzettelijk geven van een verkeerde voorstelling van zaken of het opzettelijk doen van een onjuiste of onvolledige weergave van de feiten ten aanzien van de feitelijk verleende Diëtetiek en de ingediende declaratie en/of het verzwijgen van feiten die voor de Zorgverzekeraar van belang kunnen zijn (geweest) bij de beoordeling van de vergoeding van de verleende Diëtetiek.
2. 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 Diëtetiek.
3. 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.
4. De in lid 3 van dit artikel beschreven sancties laten het recht van de Zorgverzekeraar om nakoming, beëindiging en/of schadevergoeding te vorderen onverlet.
5. 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 11. 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 kan eerder eindigen met wederzijds goedvinden.
3. De overeenkomst kan 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 bevindt of het onderwerp is van een procedure tot faillissement, gerechtelijk akkoord, vereffening, beslaglegging waardoor de verlening van Diëtetiek (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 rechtspersoon is: door faillissement of ontbinding van de rechtspersoon;
  - e. door de Zorgverzekeraar als de onderneming van of de beroepsuitoefening door de Zorgaanbieder beëindigd wordt of aan een derde wordt overgedragen;
  - 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;
  - g. door de Zorgverzekeraar indien de Zorgaanbieder zijn schorsing zoals bedoeld in bijlage 1 Kwaliteit, onder E., lid 2. van deze overeenkomst niet conform de daar opgenomen verplichtingen onmiddellijk heeft gemeld aan de Zorgverzekeraar;
  - h. door een der Partijen als de wederpartij haar verplichtingen uit de zorgovereenkomst na een ingebrekestelling (voor zover vereist), niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomt, al dan niet blijkend uit de uitkomsten van een achterafcontrole;
  - i. door een der Partijen, als de wederpartij in een situatie van overmacht verkeert en aan te nemen is dat deze langer zal duren dan dertig kalenderdagen;
  - j. indien de Zorgaanbieder en/ of meerdere Praktijkmedewerkers (ingeval de Zorgaanbieder zelf Diëtetiek verleent) dan wel een of meerdere aan de Zorgaanbieder verbonden Diëtisten (ingeval de Zorgaanbieder een rechtspersoon is), niet de status kwaliteitsgeregistreerd heeft (hebben) in het KP;
  - k. indien geen Praktijkmedewerker(s) meer in de praktijk werkzaam is (zijn), ingeval de Zorgaanbieder een rechtspersoon is;
  - l. als een der Partijen zich tegenover de wederpartij schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, dwang of bedreiging;
  - m. wanneer een der Partijen niet meer voldoet aan de definities in artikel 1 (definities) van de overeenkomst.
4. Als wettelijke wijzigingen of andere Partijen bindende beslissingen aanpassing van deze overeenkomst noodzakelijk maken, treden Partijen zo snel mogelijk met elkaar in overleg om de bepalingen die gewijzigd moeten worden aan te passen. Dit met inachtneming van de oorspronkelijke bedoeling van Partijen. Indien er geen overeenstemming wordt bereikt, kan elk der Partijen de overeenkomst met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden opzeggen. Tussenkost van de rechter is hier niet noodzakelijk.
5. De Zorgverzekeraar is bij beëindiging, op welke wijze dan ook, van deze overeenkomst geen schadevergoeding uit welke hoofde dan ook aan de Zorgaanbieder verschuldigd.
6. De opzegging van de overeenkomst, alsmede de eventueel daaraan voorafgaande ingebrekestelling geschiedt schriftelijk aan de wederpartij.
7. Rechten en plichten die naar hun aard bestemd zijn om ook na beëindiging van deze overeenkomst voort te duren, blijven na beëindiging van deze overeenkomst bestaan. Tot deze verplichtingen behoren onder meer aansprakelijkheid en geheimhouding.

---

## Artikel 12. Geschillen

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

---

## 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. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om een overeenkomst die is voorzien van doorhalingen en/ of mededelingen van de Zorgaanbieder van welke aard dan ook, als ongeldig te beschouwen. Indien de Zorgverzekeraar van dit recht gebruik maakt, zal zij de Zorgaanbieder daarvan schriftelijk in kennis stellen. In dat geval zal de Zorgverzekeraar de Zorgaanbieder eenmalig de overeenkomst alsnog toezenden en in de gelegenheid stellen binnen een termijn van drie weken door ondertekening en terugzending aan de Zorgverzekeraar de overeenkomst alsnog tot stand te brengen.
2. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Zorgverzekeraar is het de Zorgaanbieder niet toegestaan rechten en verplichtingen uit deze overeenkomst geheel dan wel gedeeltelijk over te dragen aan derden of door derden te laten overnemen. Aan de toestemming kan de Zorgverzekeraar voorwaarden verbinden.
3. Ten aanzien van communicatieuitingen (zoals reclame) geldt:
  - a) het is de Zorgaanbieder toegestaan het beeldmerk van de Zorgverzekeraar te gebruiken in communicatieuitingen 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 communicatieuitingen van de Zorgaanbieder wordt gebruikt of genoemd, mag dit gebruik geen verband houden met doelen die niet verenigbaar zijn met het beleid en doelstellingen van de Zorgverzekeraar. Tevens mag het gebruik niet leiden tot verwarring bij de Verzekerden ten aanzien van onder andere de vergoeding van Zorg of de kosten van het zorggebruik.
4. Indien één of 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.
5. Op deze overeenkomst zijn de algemene voorwaarden van de Zorgaanbieder, onder welke naam of in welke vorm dan ook, uitdrukkelijk niet van toepassing.
6. Behalve indien de Zorgverzekeraar daarvan uitdrukkelijk schriftelijk afstand doet, behoudt de Zorgverzekeraar elk recht dat hij ontleent aan deze overeenkomst en de wet, onverminderd alle andere rechten en vorderingen uit deze overeenkomst en de wet. Het achterwege blijven van een beroep op enig daaruit voortvloeiend recht of vordering van de Zorgverzekeraar of van een protest tegen een tekortkoming in de nakoming van een daaruit voortvloeiende verplichting, of door het verlenen van uitstel aan de Zorgaanbieder om aan een of meer van haar daaruit voortvloeiende verplichtingen te voldoen, geldt niet als afstand van enig recht door de Zorgverzekeraar.
7. 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 informeert de Verzekerde over de consequenties van het opheffen van het rechtstreeks declareren aan de Zorgverzekeraar, inclusief de eventueel afgesproken



- incassoprocedure tussen de Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar;
- c. de Zorgaanbieder declareert de behandeling(en) tot maximaal 12 maanden na afloop van de overeenkomst met inachtneming van de op de datum van de behandeling door de Zorgverzekeraar gemiddeld gecontracteerde tarieven ;
  - d. 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 wijst de Verzekerde hiervoor naar "Vind de beste zorg" op de websites van de Zorgverzekeraar; en
  - e. indien de behandeling van de Verzekerde wordt voortgezet door een andere zorgaanbieder is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor een adequate overdracht.



## Bijlage 1      Kwaliteit

### A. Algemene voorwaarden ten aanzien van kwaliteit

De Zorgaanbieder verplicht zich jegens de Zorgverzekeraar om Zorg te leveren die voldoet aan de eisen zoals gesteld in de voor de Zorgaanbieder relevante wet- en regelgeving, waaronder (maar niet uitsluitend) de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet BIG, De Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp), de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en landelijke c.q. regionaal vastgestelde kwaliteitsstandaarden, richtlijnen en protocollen alsmede de eisen gesteld in deze overeenkomst.

### B. Privacy en dossiervorming

1. De Zorgaanbieder registreert en bewaart op zorgvuldige wijze van elke Verzekerde de gegevens. De gegevens dienen te worden geregistreerd en beheerd volgens de richtlijnen van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst en de Wet bescherming persoonsgegevens.
2. Het doorgeven van gegevens aan derden zonder toestemming van de Verzekerde is verboden behoudens indien de verstrekking van de gegevens plaatsvindt met inachtneming van de daarvoor gegeven wettelijke voorschriften.

### C. Praktijk- en patiëntenregistratie

1. De Zorgaanbieder draagt zorg voor een adequate praktijk- en patiëntenregistratie.
2. De Zorgaanbieder registreert de patiënten- en zorgverleningsgegevens, zoals opgenomen in de richtlijn verslaglegging (ProbleemgeOriënteerd Registreren, POR) met aanvulling van onderstaande gegevens:
  - burgerservicenummer van de Verzekerde;
  - de data van alle contactmomenten met de Verzekerde en of dit Directe of Indirecte contacttijd is;
  - de verhouding Directe en Indirecte contacttijd;
  - behandeling thuis of in praktijk;
  - het behandelniveau (conform indeling NVD).
3. De Zorgaanbieder maakt gebruik van het Electronisch Diëtetiek Dossier (EDD).
4. 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 7 Achterafcontrole van deze overeenkomst, voor de Medische dienst van de Zorgverzekeraar beschikbaar voor controledoeleinden, ook nadat deze overeenkomst een einde heeft genomen.

### D. Patiëntbejegening

1. De Zorgaanbieder treedt de Verzekerde met respect tegemoet en neemt hierbij de algemeen aanvaarde en thans geldende 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 Diëtetiek. Hiertoe worden uitdrukkelijk ook de financiële aspecten van Diëtetiek gerekend. Verzekerden vinden met name de volgende informatie van belang: het behandelplan, behandelmethoden, inhoud van de eindrapportage aan de verwijzer, nazorg en vergoedingen. De Zorgaanbieder geeft, bij voorkeur schriftelijk, duidelijke informatie over Directe en Indirecte contacttijd en de gevolgen hiervan op de aanspraak voor vergoeding door de Zorgverzekeraar.
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 Diëtetiek steeds door dezelfde Diëtist wordt verleend, behoudens overmacht, hulpvraagrelateerde 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 Diëtetiek van



deze Diëtist ontvangt.

6. De Zorgaanbieder dient te beschikken over een interne klachtenregeling die voldoet aan de eisen die daaraan worden gesteld in de Wkkgz

#### **E. Opleiding/ nascholing, inhoudelijke professionele kwaliteit**

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat hij en de eventueel aan hem verbonden Praktijkmedewerker(s) 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 Diëtetiek volgens deze standaard noodzakelijk is.
2. De Zorgaanbieder levert de Diëtetiek 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 bijvoorbeeld 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.

#### **F. Continuïteit**

1. De Zorgaanbieder treft voorzieningen die nodig zijn voor een continue verlening van de Diëtetiek en meldt omstandigheden die de continuïteit in gevaar brengen aan de Zorgverzekeraar.
2. Ingeval de Zorgaanbieder of een aan hem verbonden Praktijkmedewerker, krachtens een uitspraak gedaan op grond van de Wet BIG onderscheidenlijk het Wetboek van Strafrecht is geschorst in de uitoefening van zijn bevoegdheid, dan wel hem de uitoefening van zijn beroep is ontzegd, meldt hij dit onmiddellijk aan de Zorgverzekeraar. Indien de Zorgverzekeraar toestaat dat de Zorgaanbieder gedurende de schorsing c.q. ontzegging wordt waargenomen, is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor regeling van een adequate waarneming.

#### **G. Waarneming en student**

1. 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 Diëtetiek. Bij waarneming dient de waarnemer gekwalificeerd te zijn en te handelen overeenkomstig de bepalingen uit deze overeenkomst.
2. Indien de waarneming langer duurt dan drie aaneengesloten maanden doet de Zorgaanbieder hiervan schriftelijke mededeling aan de Zorgverzekeraar onder vermelding van de vermoedelijke duur van de waarneming en de na(a)m(en) en de AGB-code(s) van de waarnemer(s). De door de waarnemer(s) geleverde Diëtetiek moet via het door Vektis laten toekennen van de status WRN herkenbaar zijn in het declaratieverkeer. Indien de Zorgverzekeraar instemming met de gemelde waarneming wenst te onthouden, zal dit binnen drie weken na melding aan de Zorgaanbieder schriftelijk worden meegedeeld, met opgave van reden.
3. De waarneming kan in beginsel niet langer duren dan twaalf aaneengesloten maanden. Daarna volgt een moment van evaluatie door Partijen. Verlenging van de waarneming is slechts mogelijk indien daarover overeenstemming is bereikt door Partijen.
4. 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 Diëtetiek, tenzij de waarneming gebeurt door een contractant Diëtetiek van de Zorgverzekeraar.

5. 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 Zorgaanbieder te allen tijde beschikbaar voor de student en behandelt derhalve gelijktijdig geen andere patiënten.



## Bijlage 2 Praktijkinrichting

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

### Algemene eisen

- De praktijk is optimaal toegankelijk en bereikbaar voor minder validen.
- De praktijk is duidelijk herkenbaar als eerstelijns praktijk voor Diëtetiek. Als de praktijk in een instelling is gevestigd, is er een duidelijke bewegwijzering naar de praktijkruimte(n).
- De praktijk bestaat tenminste uit een wachtkamer en één behandelruimte.
- Tussen de verschillende ruimten wordt geluidsoverdracht voorkomen.
- De behandelruimte(n) en wachtkamer zijn gescheiden door gesloten vaste wanden en deuren.
- De praktijk voldoet aan de geldende algemene bouweisen.
- De praktijk wordt volgens normale standaarden verwarmd.
- In de praktijk is voldoende licht en voldoende ventilatie.
- De praktijk is tijdens kantooruren telefonisch goed bereikbaar. Bij afwezigheid of tijdens behandeling wordt gebruik gemaakt van een antwoordapparaat met opnamemogelijkheid of voicemail.
- De praktijk beschikt over adequaat instructiemateriaal ter ondersteuning van onderzoek en behandeling.
- De prijslijst, de klachtenregeling en de betalingsvoorwaarden zijn duidelijk zichtbaar voor de Verzekerde.

### Hygiëne

- De praktijk beschikt over een toilet en gelegenheid om de handen te wassen.
- Het toilet en de handenwasgelegenheid is vanuit de wachtruimte toegankelijk (niet enkel via een behandelkamer).
- De praktijk en inventaris worden op verantwoorde wijze schoon gehouden.
- De behandelruimte(n) heeft (hebben) een goed te reinigen, egaal en vlak vloeroppervlak.

### Privacy

- De praktijk beschikt over (een) behandelruimte(n) die de privacy van de patiënt waarborgt.
- De praktijk beschikt over administratieve voorzieningen die de privacy van de patiënt waarborgt.

### Veiligheid

- De praktijk beschikt over een goedgekeurd elektriciteits- en energievoorziening.
- De praktijk voldoet aan de geldende brandveiligheidseisen.
- In de praktijk is een EHBO-doos en een brandblusapparaat aanwezig.
- De verlichting, verwarming en ventilatie voldoen aan algemeen te stellen eisen van hygiëne en veiligheid.
- De ruimtelijke voorziening en inventaris zijn van zodanige kwaliteit en constructie, dat zij bij gebruik overeenkomstig hun bestemming geen gevaren voor personen opleveren.

### Behandelruimte

- De behandelruimte(n) is (zijn) geschikt voor het geven van Diëtetiek in volle omvang.
- Indien meerdere diëten van dezelfde praktijkruimte gebruik maken, kunnen de werkzaamheden even adequaat uitgevoerd worden als ware iedere Diëtist als solist werkzaam.



## Bijlage 3 Administratie

### A. Honorering, declaratie en betaling

1. De Zorgaanbieder verleent de Diëtetiek die binnen het kader van deze overeenkomst wordt verleend zonder enige betaling voor de Diëtetiek door de Verzekerde. Uitzondering hierop vormt de situatie waarin een Verzekerde met een restitutiepolis uitdrukkelijk te kennen geeft de declaratie van de Zorgaanbieder te willen ontvangen. In dat geval brengt de Zorgaanbieder de Diëtetiek in rekening bij de Verzekerde tegen de tarieven zoals vastgelegd in deze overeenkomst.
2. De Zorgaanbieder declareert de aan de Verzekerde verleende Diëtetiek op basis van de door Partijen in het Individueel Deel (Deel I) van deze overeenkomst overeengekomen tarieven, indien en voor zover de Verzekerde op de dag van de behandeling actueel bij de Zorgverzekeraar verzekerd is, zulks met inachtneming van de overige bepalingen in dit artikel.
3. De Zorgaanbieder declareert de Diëtetiek die hij in enige kalendermaand heeft geleverd, één keer per maand, voor het einde van de daaropvolgende kalendermaand bij de Zorgverzekeraar.
4. De Zorgaanbieder levert de declaratie digitaal aan via [www.vecozo.nl](http://www.vecozo.nl) conform de vigerende Vektis Standaard Externe Integratie Paramedische Zorg. Uitzondering hierop vormt de situatie waarin een Verzekerde uitdrukkelijk te kennen geeft zelf de declaratie van de Zorgaanbieder te willen ontvangen. In dat geval brengt de Zorgaanbieder de Diëtetiek in rekening bij de Verzekerde tegen de tarieven zoals vastgelegd in deze overeenkomst.
5. De Zorgverzekeraar zal de declaratie binnen 15 werkdagen na ontvangst betaalbaar stellen aan de Zorgaanbieder. Onder betaalbaarstelling wordt verstaan het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank om tot betaling van de declaratie over te gaan.
6. De Zorgverzekeraar stelt retourinformatie over de via [www.vecozo.nl](http://www.vecozo.nl) ingediende declaraties, waaronder de afrekenspecificatie, via [www.vecozo.nl](http://www.vecozo.nl) beschikbaar aan de Zorgaanbieder volgens de meest recente versie van de Standaard Externe Integratie Paramedische Zorg. De Zorgaanbieder kan de retourinformatie na afhandeling van de declaraties ophalen via [www.vecozo.nl](http://www.vecozo.nl). De retourinformatie is tot één jaar na verwerking van de declaratie beschikbaar.
7. Indien de Zorgverzekeraar door een oorzaak gelegen in haar risicosfeer er niet in slaagt de declaratie binnen de in lid 5 genoemde termijn betaalbaar te stellen, stelt de Zorgverzekeraar een voorschot betaalbaar van in de regel 100% van het gedeclareerde bedrag. De Zorgverzekeraar stelt geen voorschot betaalbaar indien de oorzaak van de vertraging gelegen is in de risicosfeer van de Zorgaanbieder, bijvoorbeeld omdat de declaratie niet voldoet aan de voorwaarden die in deze overeenkomst aan de declaratie worden gesteld.
8. Onverminderd zijn verplichting de declaraties maandelijks in te dienen, zal de Zorgaanbieder de Diëtetiek die hij in enig kalenderjaar heeft geleverd uiterlijk 1 maart 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.
9. De Zorgaanbieder zal de declaratie die is afgewezen omdat zij niet voldoet aan de voorwaarden die in deze overeenkomst aan de declaratie, de indiening daarvan en/ of de Zorg worden gesteld, niet ter betaling aan de Verzekerde voorleggen.
10. Diëtetiek verleend buiten de kaders van de onderhavige overeenkomst en/ of verzekeringspolissen van de Zorgverzekeraar komt niet voor vergoeding door de Zorgverzekeraar in aanmerking, behoudens in geval van overname van de incassoprocedure van de desbetreffende Diëtetiek door de Zorgverzekeraar op grond van een daartoe met de Zorgaanbieder gesloten overeenkomst, zie onder B. in deze bijlage.
11. 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, waaronder begrepen die van VECOZO, strekken Partijen tot volledig bewijs, behoudens tegenbewijs door de





Zorgaanbieder.

12. Indien onder de Zorgverzekeraar beslag wordt gelegd ter verzekering van de rechten van een schuldeiser van de Zorgaanbieder, komen de extra kosten die de Zorgverzekeraar hiervoor moet maken, volledig voor rekening van de Zorgaanbieder.
13. Alle bescheiden en digitale gegevensbestanden welke 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.
14. De Diëtetiek die de Zorgaanbieder aan de Verzekerde verleent als onderdeel van Ketenzorg en waarbij sprake is van een integraal tarief kan niet door de Zorgaanbieder bij de Zorgverzekeraar worden gedeclareerd, maar wordt verrekend met de Zorggroep.
15. De Diëtetiek die de Zorgaanbieder aan de Verzekerde verleent als onderdeel van Ketenzorg en waarbij geen sprake is van een integraal tarief maar van een zogenaamd koptarief wordt bij de Zorgverzekeraar gedeclareerd met vermelding van de declaratiecodereeks 6300.
16. Diëtetiek ten behoeve van een nevenaandoening en/ of een aandoening die voortvloeit uit de primaire aandoening ingeval van Ketenzorg maakt onderdeel uit van de Diëtetiek als onderdeel van Ketenzorg. Derhalve is het niet toegestaan deze Diëtetiek apart te declareren bij de Zorgverzekeraar.
17. De Zorgaanbieder is verplicht de diagnosecode (rubriek 414) en de reden einde behandeling (rubriek 427) te vullen bij het declareren van de Diëtetiek.
18. Indien de Verzekerde een klacht heeft betreffende de declaratie en/ of de behandeling, ontvangt de Zorgaanbieder hieromtrent schriftelijk bericht van de Zorgverzekeraar. De eventuele vordering wordt door de Zorgverzekeraar teruggelegd bij de Zorgaanbieder en door de Zorgaanbieder rechtstreeks met de Verzekerde afgewikkeld.

## **B. Ei-Incasso Diëtetiek**

In aanvulling op c.q. afwijking van het bepaalde onder A. van deze bijlage komen partijen het volgende overeen:

1. Voor de Zorgaanbieder bestaat de mogelijkheid om declaraties betreffende zorg die niet valt onder de dekking van een verzekering (op grond van de Zorgverzekeringswet of de verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen van de Zorgverzekeraar) rechtstreeks te declareren indien deze zorg behoort tot de zorg en diensten zoals die binnen de kring van beroepsgenoten gebruikelijk worden verleend en waarover de Zorgaanbieder en de Verzekerde een overeenkomst hebben gesloten en die zorg aan de Verzekerde is geboden (onverzekerde zorg).
2. De Zorgaanbieder vraagt de Verzekerde uitdrukkelijke toestemming om deze onverzekerde zorg rechtstreeks bij de Zorgverzekeraar en legt deze toestemming vast zodat deze desgevraagd getoond kan worden. Zonder vastgelegde toestemming van de Verzekerde mag de Zorgaanbieder de declaratie voor onverzekerde zorg niet bij de Zorgverzekeraar indienen.
3. Op eerste verzoek van de Zorgverzekeraar verstrekt de Zorgaanbieder een overzicht van namen en adressen van Verzekerden die toestemming hebben gegeven voor de indiening van rekeningen bij de Zorgverzekeraar en van wie die toestemming is vastgelegd. De Zorgverzekeraar mag de opgave van de Zorgaanbieder alleen gebruiken om zich ervan te vergewissen dat Verzekerden toestemming hebben gegeven.
4. Indien er over de toestemming die de Verzekerde heeft gegeven verschil van mening ontstaat, zal de Zorgaanbieder (i) alle medewerking verlenen teneinde de Zorgverzekeraar te laten vaststellen of de Verzekerde al dan niet toestemming heeft verleend, (ii) indien geen toestemming is verleend dan wel onvoldoende duidelijk is of toestemming is verleend, betalingen gedaan door de Zorgverzekeraar op eerste verzoek van de Zorgverzekeraar onmiddellijk restitueren en (iii) de Verzekerde ervan in kennis stellen dat onvoldoende duidelijk geborgd was dat rekeningen voor verleende onverzekerde zorg bij de Zorgverzekeraar konden worden ingediend zodat de Verzekerde alsnog zelf dient te worden



aangesproken voor betaling van verleende onverzekerde zorg, tenzij de Verzekerde alsnog uitdrukkelijk de indiening van de rekeningen bekrachtigt.

5. De zorg zoals genoemd in lid 2 van dit artikel wordt via deze procedure afgewikkeld conform de door de partijen in het Individueel Deel (Deel I) van deze overeenkomst overeengekomen tarieven. Berichtgeving aan de Verzekerde over onverzekerde zorg vindt plaats op basis van het gedeclareerde tarief.
6. Vorderingen waarvan de Zorgverzekeraar op basis van ervaringsgegevens verwacht dat de incasso ervan problemen oplevert, worden niet opgenomen in deze procedure en direct teruggelegd bij de Zorgaanbieder. Hiermee wordt de Zorgaanbieder in staat gesteld direct gerichte actie richting de Verzekerde te ondernemen.
7. In aanvulling op lid 3 onder A. van deze bijlage heeft de Zorgaanbieder de mogelijkheid om de Diëtetiek die is geleverd maximaal twee maal per maand te declareren bij de Zorgverzekeraar.
8. Conform lid 5 onder A. van deze bijlage zal de Zorgverzekeraar de declaratie uiterlijk binnen 15 werkdagen na ontvangst betaalbaar stellen.
9. De vordering van de Zorgverzekeraar op de Verzekerde blijft eigendom van de Zorgaanbieder.
10. De Zorgverzekeraar zal zich via de incassoprocedure, nader uitgewerkt in lid 8 tot en met 10, inspannen om de bij de Verzekerde in rekening gebrachte bedragen binnen zes maanden na ontvangst van de declaratie te innen.
11. De Zorgverzekeraar brengt de kosten van de door de Zorgaanbieder via [www.vecozo.nl](http://www.vecozo.nl) gedeclareerde Diëtetiek bij de Verzekerde in rekening, na aftrek van de vergoeding waarop de Verzekerde krachtens zijn zorgovereenkomst met de Zorgverzekeraar aanspraak c.q. recht heeft.
12. De Zorgverzekeraar stuurt de Verzekerde minimaal één herinnering en één aanmaning vanaf het moment van binnenkomst declaratie.
13. Als de vordering na het versturen van één herinnering en één aanmaning niet is geïncasseerd, wordt de vordering door de Zorgverzekeraar bij de deurwaarder aangemeld voor het uitvoeren van het minnelijke deurwaarderstraject, waarbij pogingen worden ondernomen om de vordering bij de Verzekerde te innen. Indien het minnelijke deurwaarderstraject door de Zorgaanbieder niet wordt gewenst voor een bepaalde Verzekerde, kan dit door de Zorgaanbieder bij de Zorgverzekeraar kenbaar worden gemaakt.
14. De vordering die na uitvoering van het gestelde onder lid 8, 9 en 10 niet is geïncasseerd en waarvoor geen betalingsregeling is getroffen, wordt door de Zorgverzekeraar als oninbaar beschouwd en overgedragen aan de Zorgaanbieder.
15. De Zorgaanbieder ontvangt eenmaal per kalendermaand een overzicht van de vorderingen op de door hem behandelde Verzekerden, die uiterlijk drie maanden na de maand van ontvangst van de declaratie nog openstaan. Van de declaraties met een resterende vordering ontvangt de Zorgaanbieder een eindstand.