



OHRA Direct
geregeld



OVEREENKOMST INZAKE KRAAMZORG 2022

DEEL II: Algemeen Deel Zorgovereenkomst

Overeenkomst 1.33.001



Inhoudsopgave

Artikel 1.	Definities	3
Artikel 2.	Zorg	4
Artikel 3.	Weigering zorgverlening	5
Artikel 4.	Kwaliteit van de zorg	6
Artikel 5.	Informatie en gegevensuitwisseling	6
Artikel 6.	Controle	6
Artikel 7.	Verzekering en vrijwaring	7
Artikel 8.	Honorering, declaratie en betaling	7
Artikel 9.	Fraude	7
Artikel 10.	UBO (Ultimate Benifical Owner)	8
Artikel 11.	Duur en einde van de overeenkomst	9
Artikel 12.	Hoofdelijke aansprakelijkheid	10
Artikel 13.	Toepasselijk recht en geschillen	10
Artikel 14.	Slotbepalingen	10
Bijlage 1	Kwaliteit	12
Bijlage 2	Protocol couveuse nazorg, extra kraamzorg, kraamzorg na ziekenhuisopname	16
Bijlage 3	Administratieve bepalingen	17

DEEL II: ALGEMEEN DEEL ZORGOVEREENKOMST

Artikel 1. Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

- a. **Geboortezorgadvies**
de afdeling Geboortezorgadvies van de Zorgverzekeraar, die Verzekerden naar de Zorgaanbieder bemiddelt;
- b. **Integrale geboortezorg**
het gehele traject van geboortezorg vanaf de eerste afspraak in de zwangerschap tot en met de eerste zes weken na de geboorte dat integraal wordt aangeboden.
- c. **Integrale geboortezorgorganisatie**
de organisatie (IGO) waarin minimaal het ziekenhuis, gynaecologen, (klinisch) verloskundigen en kraamverzorgenden vertegenwoordigd zijn en bij wie de Zorgverzekeraar Integrale geboortezorg op basis van de vigerende beleidsregel integrale geboortezorg van de NZa inkoop.
- d. **Kraamverzorgende**
de aan de Zorgaanbieder verbonden kraamverzorgende met kwalificatie (kraam)verzorgende niveau 3 of een gelijkwaardig niveau die de daadwerkelijke Zorg levert en is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden van het Kenniscentrum Kraamzorg (KCKZ);
- e. **Kwaliteitsindicatoren**
de zorginhoudelijke indicatoren Kraamzorg die jaarlijks worden uitgevraagd door het Zorginstituut Nederland. De landelijke vastgestelde ketenindicatoren, vallen ook onder deze definitie;
- f. **Landelijk Indicatie Protocol kraamzorg**
het landelijk vastgestelde indicatieprotocol kraamzorg (LIP) waarmee de behoefte aan kraamzorg op verzekerdeniveau wordt vastgesteld¹;
- g. **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 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;
- h. **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
- i. **Partijen**
de Partijen die deze overeenkomst zijn aangegaan;
- j. **Partusassistentie**
de door een Kraamverzorgende te bieden assistentie aan de verloskundige tijdens de bevalling;

¹ indien het LIP vervangen wordt door een ander landelijk vastgestelde indicatie methodiek, dan wordt deze door de Zorgverzekeraar ook gehanteerd.

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

l. **Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV)**

Samenwerkingsverband bestaande uit minimaal verloskundigen, gynaecologen en kraamverzorgenden en is georganiseerd rondom een ziekenhuis met acute verloskunde in het zorgaanbod. In het VSV worden onder andere afspraken gemaakt over (de kwaliteit van) de geboortezorg;

m. **Werkgebied**

het gebied, aangegeven met postcodes, waar de Zorgaanbieder Zorg verleent;

n. **Zorg**

de door de Zorgaanbieder te verlenen Partusassistentie bij de thuisbevalling en het leveren van kraamzorg aan moeder en/of kind in de thuissituatie waarop de Verzekerde op grond van de Zorgverzekeringswet of de verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen van de Zorgverzekeraar een natura- of restitutie-aanspraak kan doen gelden (verzekerde zorg);

o. **Zorgaanbieder**

de instelling (met of zonder rechtspersoonlijkheid) als bedoeld in rubriek B van het Individueel Deel (Deel I) van deze overeenkomst, die bedrijfsmatig en aantoonbaar als kernactiviteit de zorg verleent als bedoeld onder n. van dit artikel, die als zodanig is toegelaten overeenkomstig de Wet Toetreding zorgaanbieders (Wtza)² en die deze overeenkomst is aangegaan.

p. **Zorgverzekeraar**

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

Artikel 2. Zorg

1. De Zorgaanbieder verbindt zich de Zorg of een nader overeengekomen deel daarvan te verlenen aan de Verzekerde die als zodanig recht heeft op de Zorg en die zich tot hem wendt. De Zorgaanbieder verleent de Zorg met inachtneming van de relevante bepalingen die bij of krachtens de Zorgverzekeringswet, de vigerende beleidsregel en tariefbeschikking kraamzorg van de NZa en de verzekeringsvoorwaarden van de Zorgverzekeraar aan de Zorg worden gesteld, alsmede met hetgeen Partijen hieromtrent bij of krachtens deze overeenkomst zijn overeengekomen.
2. Tot de Zorg als bedoeld in artikel 1 onder n. van deze overeenkomst wordt niet gerekend:
 - de kraamzorg en partusassistentie geleverd in (de polikliniek van) een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis), geboortecentrum of kraamhotel. De Zorgverzekeraar koopt deze zorg in bij respectievelijk het ziekenhuis, het geboortecentrum en/of het kraamhotel. Er kan in deze situaties wel onderlinge dienstverlening zoals omschreven in de tariefbeschikking kraamzorg van de NZa plaatsvinden.
 - de kraamzorg (inclusief intake, inschrijving en partusassistentie) indien de Verzekerde geboortezorg van een Integrale geboortezorgorganisatie ontvangt in dezelfde fase van het zorgproces (prenataal/nataal/ kraamzorg postnataal) en de Zorgaanbieder al dan niet aan deze Integrale geboortezorgorganisatie is verbonden. In dat geval declareert de Integrale geboortezorgorganisatie de Integrale geboortezorg. De Zorgaanbieder kan met de Integrale geboortezorgorganisatie afspraken maken over onderlinge verrekening.
3. De Zorgaanbieder levert de in lid 1 van dit artikel 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 wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

² Indien de Wtza nog niet in werking is getreden op 1 januari 2022, dient de instelling te zijn toegelaten overeenkomstig de Wet Toelating Zorginstellingen.

4. 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 achterafcontroles als bedoeld in artikel 6 van deze overeenkomst, betrekking hebbende op Verzekerden waarbij een onderaannemer de daadwerkelijke Zorg heeft verleend.
5. Partijen leggen schriftelijk vast welke beroepsbeoefenaren en hulppersoneel aan de Zorgaanbieder verbonden zijn en welke bijdrage zij verlenen aan de Zorg.
6. De Zorgaanbieder indiceert de zorg op basis van de meest recente landelijk Indicatie methodiek (op dit moment het LIP). Een eventuele herindicatie vindt plaats conform de op dat moment geldende indicatie methodiek en wordt schriftelijk geaccordeerd door de medisch eindverantwoordelijke (verloskundige).
7. De Verzekerde reserveert de zorg zelf bij de Zorgaanbieder en de Zorgaanbieder bevestigt de inschrijving binnen een week definitief aan de Verzekerde.
8. Indien de Verzekerde uiterlijk voor de vijfde maand van de zwangerschap Zorg bij de Zorgaanbieder aanvraagt, is de Zorgaanbieder gehouden het volgens het LIP geïndiceerde aantal uren kraamzorg aan de Verzekerde te leveren.
9. Indien de Verzekerde in of na de vijfde maand van de zwangerschap Zorg bij de Zorgaanbieder aanvraagt, is de Zorgaanbieder gehouden minimaal het wettelijke minimum van 24 uur kraamzorg (zoals omschreven in het LIP) aan de Verzekerde te leveren.
10. Indien de Verzekerde in de kraamperiode in een ziekenhuis, geboortecentrum of kraamhotel is verbleven en daar kraamzorg heeft ontvangen, brengt de Zorgaanbieder de reeds geleverde Zorg evenredig en conform het LIP in mindering op de Zorg die de Verzekerde in de thuissituatie ontvangt.
11. De Zorgaanbieder voert met Verzekerde uiterlijk in de zevende maand van de zwangerschap een telefonisch intakegesprek. De Zorgaanbieder verricht enkel een huisbezoek als aan de criteria is voldaan die daaraan in bijlage 3 van het LIP worden gesteld.
12. Voor het verlenen van couveuse nazorg, extra kraamzorg en kraamzorg na ziekenhuisopname wordt verwezen naar bijlage 2 van deze overeenkomst, die integraal onderdeel uitmaakt van deze overeenkomst.
13. Indien de Verzekerde een geboorteplan opgesteld heeft, draagt de Zorgaanbieder er zorg voor dat de wensen en verwachtingen van de Verzekerde besproken en indien mogelijk gevolgd worden.

Artikel 3. Weigering zorgverlening

De Zorgaanbieder kan de Zorg weigeren of de aangevragen Zorg voortijdig beëindigen indien er gewichtige redenen bestaan op grond waarvan (voortgezette) verlening van de Zorg redelijkerwijs niet van hem kan worden verlangd, ondanks het (voort)bestaan van een indicatie en op voorwaarde dat er geen sprake is van een spoedeisende situatie of een noodsituatie. De Zorgaanbieder handelt hierbij in lijn met de meest recente 'Richtlijn niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst' van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

In geval van weigering of beëindiging van de verlening van Zorg doet de Zorgaanbieder schriftelijk - zo mogelijk vooraf - mededeling aan de Verzekerde van de weigering c.q. beëindiging en de redenen die daaraan ten grondslag liggen. De Zorgaanbieder zorgt in dit geval zo snel mogelijk dat de Verzekerde bij een andere (gecontracteerde) zorgaanbieder in zorg wordt genomen. De Zorgaanbieder neemt waar nodig en met toestemming van de Verzekerde tevens contact op met de Zorgverzekeraar teneinde gezamenlijk te trachten (de continuïteit van) de verlening van de Zorg te waarborgen.

Artikel 4. Kwaliteit van de zorg

Ten aanzien van de door Partijen overeengekomen kwaliteitsverplichtingen wordt verwezen naar bijlage 1 Kwaliteit, die integraal onderdeel uitmaakt van deze overeenkomst.

Artikel 5. Informatie en gegevensuitwisseling

1. Partijen verschaffen elkaar gevraagd en ongevraagd de inlichtingen die zij redelijkerwijs behoeven voor inzicht in de nakoming van de in deze overeenkomst aangegane verplichtingen.
 2. Partijen behandelen de (persoons)gegevens van de betrokken Verzekerden en de Zorgaanbieders 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.
 3. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het vullen, en daarna het actueel, correct en volledig houden van zijn gegevens, per vestigingsadres, via het AGB register. De gegevens worden gepresenteerd in Zorgvinden op de websites van de Zorgverzekeraar.
 4. De Zorgaanbieder neemt deel aan de uitvraag van kwaliteitsindicatoren van het Zorginstituut Nederland en levert daartoe de vereiste gegevens aan.
-

Artikel 6. Controle

1. De Zorgverzekeraar kan een controle uitoefenen ten aanzien van de uitvoering van deze overeenkomst door de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder dient hier zijn medewerking aan te verlenen. De Zorgverzekeraar kan de controle uitvoeren al dan niet naar aanleiding van een vermoeden van niet (juiste) nakoming van de in onderhavige overeenkomst opgenomen verplichtingen door de Zorgaanbieder. De Zorgverzekeraar meldt schriftelijk een voorgenomen controle bij de Zorgaanbieder ten minste 14 dagen voor het tijdstip dat de controle zal plaatsvinden, tenzij er reden is van die termijn af te wijken.
2. De Zorgverzekeraar kan periodiek formele en materiële controles uitvoeren conform de vigerende wet- en regelgeving, waaronder de Regeling Zorgverzekering en de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekering WMG. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitoefening van een dergelijke controle de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens in acht, alsmede de (nadere) regels die worden gesteld in artikel 87 Zorgverzekeringwet en artikel 68a Wet marktordening gezondheidszorg en, ten aanzien van de formele en materiële controle, hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering en de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekering WMG.
3. De controle als bedoeld in lid 1 en 2 van dit artikel zal niet onnodig belastend zijn voor de Zorgaanbieder en zich niet verder uitstrekken dan voor het doel van de controle noodzakelijk is.
4. De Zorgverzekeraar meldt een voorgenomen controle bij de Zorgaanbieder ten minste 14 dagen voor het tijdstip dat de controle zal plaatsvinden tenzij er reden is van die termijn af te wijken.

Reden om daarvan af te wijken is in ieder geval aan de orde in het geval onderzoek niet langer kan wachten omdat dit schadelijk is voor de Zorgverzekeraar of de Verzekerden of indien de onregelmatigheden door langer wachten niet of moeilijk zijn aan te tonen. Indien serieuze vermoedens van malversaties bestaan, zorgt de Zorgaanbieder dat de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar onmiddellijk na aankondiging van een controle toegang tot praktijk- en cliëntenregistratie van de Zorgaanbieder krijgen.

5. De Zorgaanbieder is op grond van artikel 7.4 lid 2 van de Regeling zorgverzekering verplicht medewerking te verlenen aan een materiële controle die wordt uitgevoerd overeenkomstig de Regeling zorgverzekering. Dit houdt onder andere in dat de Zorgaanbieder de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar ter uitvoering van de controle in de praktijk toe dient te laten. Tevens is de Zorgaanbieder verplicht de bevoegde medewerkers die uitvoering geven aan de controle(s) behulpzaam te zijn voor zover dat redelijkerwijs mag worden verwacht, waartoe uitdrukkelijk wordt gerekend dat de Zorgaanbieder desgevraagd actieve medewerking verleent aan het daadwerkelijk toegang verschaffen van de praktijk- en patiëntenregistratie.
6. Indien en voor zover de controle betrekking heeft op de rechtmatigheid van de aanspraken van Verzekerden en de doelmatigheid van de verleende Zorg is de Zorgaanbieder gehouden de Medisch adviseur van de Zorgverzekeraar met inachtneming van de daarvoor geldende wettelijke voorschriften inzage te geven in de zorgdossiers van de Verzekerden van de Zorgverzekeraar. Op verzoek van de Zorgverzekeraar kunnen deze dossiers op beveiligde wijze (versleuteld) zoals bijvoorbeeld middels Cryptshare door de Zorgaanbieder aan de Zorgverzekeraar beschikbaar worden 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 en wederhoor).

Artikel 7. Verzekering en vrijwaring

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

Artikel 8. Honorering, declaratie en betaling

Ten aanzien van de door Partijen overeengekomen declaratie- en betalingsverplichtingen wordt verwezen naar bijlage 3 Administratieve bepalingen, die integraal onderdeel uitmaakt van deze overeenkomst.

Artikel 9. Fraude

1. De Zorgverzekeraar kan een fraude onderzoek uitvoeren conform artikel 7.10 Regeling Zorgverzekering.

2. Onder fraude wordt verstaan de situatie waarin de Zorgaanbieder valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden of verduistering pleegt of tracht te plegen ten nadele van bij de totstandkoming of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties met het doel een prestatie, vergoeding, betaling of ander voordeel te krijgen waarop de Verzekerde dan wel de Zorgaanbieder (of aan de Zorgaanbieder verbonden personen) geen recht heeft of recht kan hebben.
3. De Zorgaanbieder verliest bij door hem gepleegde fraude het recht op vergoeding uit hoofde van deze overeenkomst (betreffende het gedeelte waarop de fraude betrekking heeft), ongeacht de geleverde zorg.
4. In geval van fraude kan de Zorgverzekeraar naar eigen keuze in ieder geval 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 3 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 10. UBO (Ultimate Benifical Owner)

1. De Zorgaanbieder heeft geen 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), 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 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 de 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
3. Naast de wettelijke beëindigingsgronden kan de overeenkomst verder met onmiddellijke ingang, zonder rechterlijke tussenkomst, geheel of gedeeltelijk worden opgezegd:
 - a) door een der Partijen als de wederpartij (voorlopige) surseance van betaling verkrijgt;
 - b) door een der Partijen als de wederpartij zich in staat van kennelijk onvermogen om aan zijn financiële verplichtingen te voldoen bevindt of het onderwerp is van een procedure tot faillissement, gerechtelijk akkoord, vereffening, beslaglegging waardoor de verlening van Zorg (mogelijk) in gevaar komt of van elke andere soortgelijke procedure;
 - c) door de Zorgverzekeraar indien de Zorgaanbieder een natuurlijk persoon is: door faillissement of overlijden van de Zorgaanbieder of indien de persoon is toegelaten tot de Wsnp;
 - d) door de Zorgverzekeraar indien de Zorgaanbieder een rechtspersoon is: door faillissement of ontbinding van de rechtspersoon;
 - e) door de Zorgverzekeraar als de onderneming van of de beroepsuitoefening door de Zorgaanbieder beëindigd wordt dan wel ontbonden of (een deel daarvan) aan een derde wordt overgedragen en hiervoor voorafgaand geen instemming is gegeven door de Zorgverzekeraar;
 - f) door 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 de zorgovereenkomst na een ingebrekestelling (voor zover vereist), niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomt, al dan niet blijkend uit de uitkomsten van een controle;
 - 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 dertig kalenderdagen;
 - i) indien de Zorgaanbieder een maatregel is opgelegd die gevolgen heeft voor de uitvoering van deze overeenkomst of die is doorgehaald in het toepasselijke beroepenregister;
 - 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. 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.
6. Dit met inachtneming van de oorspronkelijke bedoeling van Partijen. Indien er geen overeenstemming wordt bereikt, kan elk der Partijen de overeenkomst met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden opzeggen. Tussenkomst van de rechter is hier niet noodzakelijk.

³ Indien de Wtza nog niet in werking is getreden, eindigt de overeenkomst zonder dat schriftelijke opzegging is vereist indien de toelating van de zorgaanbieder op grond van de WTZI is ingetrokken of de zorgaanbieder niet langer voldoet aan de vereisten zoals gesteld in de WTZI.

7. De opzegging van de overeenkomst, alsmede de eventueel daaraan voorafgaande ingebrekestelling geschiedt schriftelijk aan de wederpartij.
 8. Rechten en plichten welke 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. Hoofdelijke aansprakelijkheid

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

Artikel 13. Toepasselijk recht en geschillen

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

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 gebruikmaakt, 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, met uitzondering van het vestigen van pandrechten niet toegestaan rechten en verplichtingen uit deze overeenkomst geheel dan wel gedeeltelijk over te dragen aan derden of door derden te laten overnemen. Aan de toestemming kan de Zorgverzekeraar voorwaarden verbinden
3. Ten aanzien van communicatie uitingen (zoals reclame) geldt:
 - a) het is de Zorgaanbieder toegestaan het beeldmerk van de Zorgverzekeraar te gebruiken in communicatie uitingen zolang het gebruik plaatsvindt in overeenstemming met het beleid van de Zorgverzekeraar. Het beleid inzake het gebruik van het logo is te vinden op de website van de Zorgverzekeraar;
 - b) indien (het logo van) de Zorgverzekeraar in communicatie uitingen van de Zorgaanbieder wordt gebruikt of genoemd, mag dit gebruik geen verband houden met doelen die niet verenigbaar zijn met het beleid en doelstellingen van de Zorgverzekeraar.



Tevens mag het gebruik niet leiden tot verwarring bij de Verzekerden ten aanzien van onder andere de vergoeding van Zorg of de kosten van het zorggebruik.

4. Indien één of meerdere bepalingen van deze overeenkomst nietig zijn of niet rechtsgeldig worden verklaard, zullen de overige bepalingen van de overeenkomst van kracht blijven. Partijen zullen over de bepalingen welke nietig zijn of niet rechtsgeldig worden verklaard, overleg plegen teneinde een vervangende regeling te treffen, zodanig dat in zijn geheel de strekking van deze overeenkomst voor zoveel als mogelijk 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. De zorgverzekeraar behoudt elk recht dat hij ontleent aan deze overeenkomst en de wet, behalve indien de zorgverzekeraar daarvan uitdrukkelijk afstand doet.
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) na afloop van de overeenkomst rechtstreeks bij de Verzekerde met inachtneming van de bij deze overeenkomst afgesproken tarieven;
 - d. de Zorgaanbieder declareert de behandeling(en) na afloop van de overeenkomst rechtstreeks bij de Verzekerde met inachtneming van de bij deze overeenkomst afgesproken tarieven;
 - e. eenmaal gestarte Zorg (in uren) dient na afloop van de overeenkomst te worden voortgezet, volgens het geïndiceerde aantal uren;
 - f. indien de verwachte bevallingsdatum binnen drie maanden na afloop van de overeenkomst valt, dient gegarandeerde Zorg - met inachtneming van het LIP- door de Zorgaanbieder te worden geleverd;
 - g. indien de verwachte bevallingsdatum minstens drie maanden na afloop van de overeenkomst valt, dan dient de Zorg in goed overleg met de Verzekerde adequaat te worden overgedragen aan een Zorgaanbieder die met de Zorgverzekeraar een overeenkomst inzake kraamzorg heeft gesloten;
 - h. de Zorg die op basis van lid b. en lid c. van dit artikel wordt geleverd na afloop van deze overeenkomst, wordt door de Zorgaanbieder gedeclareerd met inachtneming van de op dat moment door de Zorgverzekeraar gemiddeld gecontracteerde tarieven op de datum waarop de Zorg geleverd is;
 - i. de Zorgaanbieder wijst de Verzekerde op de mogelijkheid de Zorg voort te zetten bij een Zorgaanbieder die wel een overeenkomst met de Zorgverzekeraar heeft. De Zorgaanbieder adviseert de Verzekerde contact op te nemen met de Zorgverzekeraar waarbij tevens verwezen kan worden naar 'Zorgvinden' op de websites van de Zorgverzekeraar, en
 - j. indien de behandeling van de Verzekerde wordt voortgezet door een gecontracteerde zorgaanbieder is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor een adequate overdracht, een en ander in overeenstemming met de daarvoor geldende wet- en regelgeving.

Bijlage 1 Kwaliteit

A. Algemene voorwaarden

1. 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 Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (Wgbo), de Wet BIG, de wet- en regelgeving met de betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens en, de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en handelt conform de eisen gesteld in deze overeenkomst.
2. De Zorgaanbieder is ingeschreven bij de Kamer van Koophandel en heeft aantoonbaar als kernactiviteit het leveren van kraamzorg.
3. De Zorgaanbieder beschikt over een HKZ- en/of ISO-certificaat.
4. De Zorgaanbieder is lid van de brancheorganisatie BO geboortezorg en voldoet aan de Algemene voorwaarden voor kraamzorg 2018, opgesteld door BO geboortezorg.
5. De Zorgaanbieder voert een kwaliteitscyclus (PDCA-cyclus) uit, waarbij de kwaliteit van zorg en de veiligheid periodiek worden vastgelegd. Dit resulteert in een kwaliteitsjaarverslag dat op verzoek gedeeld wordt met de Zorgverzekeraar.

B. Privacy en dossiervorming

1. De Zorgaanbieder registreert en bewaart de (persoons)gegevens van elke Verzekerde op zorgvuldige wijze. De (persoons)gegevens dienen te worden geregistreerd en beheerd volgens de Wgbo en de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.
2. Het doorgeven van (persoons)gegevens aan derden zonder toestemming van de Verzekerde is verboden behoudens de verstrekking van (persoons)gegevens die plaatsvindt met inachtneming van de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.

C. Praktijk- en cliëntenregistratie

1. De Zorgaanbieder draagt zorg voor een adequate praktijk- en cliëntenregistratie.
2. De Zorgaanbieder registreert de volgende cliënten- en zorgverleningsgegevens:
 - naam, geboortedatum, woonplaats van de Verzekerde;
 - het burgerservicenummer (indien toegestaan op grond van wet- en regelgeving) van de Verzekerde;
 - het tijdstip van aanvang Zorg;
 - het tijdstip van contact tussen verloskundige en Zorgaanbieder voor de aanvraag van Partusassistentie;
 - het tijdstip van de geboorte van het kind;
 - het aantal geleverde uren Partusassistentie in de thuissituatie;
 - het aantal geleverde uren Zorg per dag;
 - (her)indicatie(s) naar aard en omvang volgens het LIP, inclusief de gegevens en handtekening van, en de toelichting door, de verloskundige of arts die de herindicatie(s) heeft gesteld;
 - Indicatie(s) voor extra kraamzorg en/of couveuse nazorg en/of kraamzorg na ziekenhuisopname zoals omschreven in bijlage 2 van deze overeenkomst, inclusief de gegevens en handtekening van, en de toelichting door, de verloskundige of arts die de indicatie(s) heeft gesteld.

3. Onverlet hetgeen ter zake in de wetgeving is bepaald, wordt de originele cliëntenregistratie ten minste vijf jaar na afloop van het betreffende kalenderjaar bewaard. Deze blijft, met inachtneming van het bepaalde in artikel 6 van deze overeenkomst, voor de medisch adviseur van de Zorgverzekeraar beschikbaar voor controledoelinden, ook nadat deze overeenkomst een einde heeft genomen.

D. Cliëntbejegening

1. De Zorgaanbieder en de aan hem verbonden Kraamverzorgenden en medewerkers nemen in hun relatie tot de Verzekerde de algemeen aanvaarde patiëntenrechten in acht.
2. Het inzetten van niet-Kraamverzorgenden (leerlingen, stagiaires) kan uitsluitend indien Verzekerde hier vooraf toestemming voor heeft gegeven, en is alleen toegestaan onder begeleiding en in aanwezigheid van een Kraamverzorgende.
3. De zorgaanbieder voert periodiek een cliënttevredenheidsmeting uit, de resultaten worden binnen de organisatie besproken en er worden eventuele verbeterplannen opgesteld. De resultaten van de cliënttevredenheidsmeting worden op verzoek aan de Zorgverzekeraar verstrekt.
4. De Zorgaanbieder draagt zorg voor goede voorlichting aan de Verzekerde over de alle relevante aspecten van de aan haar te verlenen Zorg. Hiertoe worden uitdrukkelijk ook de financiële aspecten van de Zorg gerekend.
5. Voor het geval de Verzekerde een keuzemogelijkheid heeft en zijn voorkeur voor een bepaalde Kraamverzorgende heeft uitgesproken, voorziet de Zorgaanbieder erin dat deze Verzekerde zoveel mogelijk de Zorg van deze Kraamverzorgende ontvangt.
6. De Zorgaanbieder zorgt ervoor dat de Verzekerde tijdens de gehele kraamperiode, met uitzondering van de Partusassistentie, Zorg ontvangt van maximaal twee verschillende Kraamverzorgenden. Indien er ten tijde van de kraamperiode verschillende kraamverzorgenden aan het werk zijn, dient er een persoonlijke overdracht tussen de twee kraamverzorgenden plaats te vinden zodat de kwaliteit van zorg voor de verzekerden niet af zal nemen.
7. De Zorgaanbieder dient te beschikken over een interne klachtenregeling die voldoet aan de eisen die daaraan worden gesteld in de Wkkgz.
8. De Zorgaanbieder is 24 uur per dag bereikbaar voor verloskundigen en voor Verzekerden die gaan bevallen.
9. De Zorgaanbieder is het gehele jaar op werkdagen tijdens kantooruren (van 9.00 uur tot 17.00 uur) bereikbaar voor alle Verzekerden.

E. Inhoudelijke professionele kwaliteit

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de aan hem verbonden Kraamverzorgenden handelen volgens de standaard die binnen de kring van beroepsgenoten algemeen aanvaard is. Door onder meer deelname aan deskundigheidsbevordering dienen zij te blijven beschikken over de kennis en kunde, die voor verlening van de Zorg volgens deze standaard noodzakelijk is.
2. De Zorgaanbieder handelt volgens de regionaal geldende protocollen van het VSV voor zover deze niet strijdig zijn met de voor zijn beroepsgroep geldende landelijke richtlijnen en standaarden en de bepalingen in deze overeenkomst.
3. De zorgaanbieder registreert de landelijke indicatoren en levert deze onder de AGB-code waaraan ook de zorgregistratie en zorgdeclaratie gekoppeld is aan bij het Zorginstituut Nederland.

F. Kwaliteitsjaarverslag

De Zorgaanbieder maakt een kwaliteitsjaarverslag en stelt deze op verzoek beschikbaar aan de Zorgverzekeraar.

G. Tijdigheid van zorg

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat een Kraamverzorgende aanwezig is tijdens de partus, binnen één uur na oproep door de verloskundige. Hieronder wordt tevens de vervroegde inzet van Partusassistentie op indicatie van de verloskundige begrepen.
2. Over de invulling van het aantal uren Zorg per dag maken Zorgaanbieder en Verzekerde, op geleide van de indicatie volgens het LIP, onderlinge afspraken en leggen deze schriftelijk vast. Dit betreft tevens de aanvang- en eindtijd van de Zorg per dag.

H. Continuïteit

1. De Zorgaanbieder treft voorzieningen die nodig zijn voor een continue verlening van de Zorg en meldt omstandigheden die de continuïteit in gevaar brengen onverwijld aan de Zorgverzekeraar. Continuïteit heeft in dit kader betrekking op reeds aangevangen Zorg en op nog te leveren Zorg die is geaccepteerd door de Zorgaanbieder.
2. Ingeval de aan de Zorgaanbieder verbonden beroepsbeoefenaar krachtens een uitspraak gedaan op grond van de Wet BIG of het Wetboek van Strafrecht is geschorst in de uitoefening van zijn bevoegdheid, 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 onverwijld aan de Zorgverzekeraar.
3. 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.
4. Indien de Zorgaanbieder onderhevig is aan een onderzoek van de 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.
5. De Zorgaanbieder verzorgt minimaal 10 kraambedden per maand en heeft daartoe ten minste zes fte Kraamverzorgenden aan zich verbonden, waarbij één fte gelijk staat aan een 36-urige werkweek en een zzp'er wordt gezien als ½ fte.
6. Wijzigingen in het postcodewerkgebied van de Zorgaanbieder worden slechts na uitdrukkelijke, schriftelijke toestemming door de Zorgverzekeraar geaccepteerd.

I. Samenwerking met ketenpartners

1. De Zorgaanbieder spant zich aantoonbaar in om de ketensamenwerking tussen professionals in de eerste en in de tweede lijn te intensiveren met het doel de Zorg voor de Verzekerde te verbeteren.
2. De Zorgaanbieder is lid van het Kraamzorgsamenwerkingsverband (KSV) in elke regio waarin de aanbieder kraamzorg aanbiedt.
3. De Zorgaanbieder is lid van een verloskundig samenwerkingsverband (VSV) in de betreffende regio('s). De Zorgaanbieder mag zich hierin ook laten vertegenwoordigen.
4. De Zorgaanbieder spant zich ervoor in dat alle kraamzorgorganisaties in het werkgebied van het VSV, worden toegelaten tot het VSV.
5. De Zorgaanbieder draagt zorg voor een goede samenwerking van de Kraamverzorgenden met de verloskundigen tijdens de partus en de gehele kraamperiode, waarbij de richtlijnen voor de Kraamverzorgende en die voor de verloskundige op elkaar zijn afgestemd. De Zorgaanbieder verplicht zich tot regulier overleg met verloskundigen met wie wordt samengewerkt.
6. De Zorgaanbieder draagt zorg voor een adequate overdracht aan de Jeugdgezondheidszorg (JGZ).



7. De Zorgaanbieder stelt de in dit artikel opgenomen protocollen en richtlijnen op verzoek beschikbaar aan de Zorgverzekeraar.

J. Overige eisen

1. De Zorgaanbieder biedt aantoonbaar opleidingsmogelijkheden voor de instroom van nieuwe kraamverzorgenden. Desgewenst kan de Zorgverzekeraar het opleidingsplan opvragen bij de Zorgaanbieder.
2. De Zorgaanbieder werkt met dienstroosters voor de kraamverzorgenden die dit graag willen. Desgewenst kan de Zorgverzekeraar informatie over de wijze van roosteren opvragen bij de Zorgaanbieder.
3. De Zorgaanbieder houdt zich aan de landelijk geldende cao.

Bijlage 2 Protocol couveuse nazorg, extra kraamzorg, kraamzorg na ziekenhuisopname

Begripsomschrijving

- a. Couveuse nazorg
Zorg na thuiskomst van een kind dat minimaal vijf dagen in de couveuse, en/of minimaal acht dagen aansluitend op de geboorte in het ziekenhuis gelegen heeft. De Zorg betreft de noodzakelijke ondersteuning, advisering en het geven van instructies t.a.v. de verzorging van en de omgang met het kind, alsmede het inpassen van de zorg in het dagelijks ritme.
- b. Extra kraamzorg
Onder extra kraamzorg wordt verstaan: ondersteuning van de moeder die vanwege medische complicaties, ontstaan tijdens de bevalling en/of het kraambed, binnen de reguliere kraamzorguren niet de noodzakelijke ondersteuning heeft kunnen ontvangen. De Zorg betreft de verzorging van de moeder en de omgang met het kind, alsmede het inpassen van de zorg in het dagelijks ritme.
- c. Kraamzorg na ziekenhuisopname
Onder kraamzorg na ziekenhuisopname wordt verstaan: ondersteuning van de moeder die zelf, aansluitend op de bevalling, minimaal 14 dagen in het ziekenhuis heeft gelegen, waardoor geen aanspraak op kraamzorg (meer) bestaat. De Zorg betreft de verzorging van de moeder en de omgang met het kind, alsmede het inpassen van de zorg in het dagelijks ritme.

Voorwaarden van zorg als bedoeld onder a., b. en c.

1. De vrouwelijke verzekerde die bevallen is heeft een aanvullende verzekering waarin kraamzorg zoals bedoeld onder a., b. en c. is opgenomen.
2. De kraamzorg als bedoeld in deze bijlage wordt voorafgaand aan de zorgverlening schriftelijk aangevraagd, gemotiveerd en geïndiceerd door de verloskundige of de arts van de Verzekerde. De Zorgaanbieder bewaart de schriftelijke aanvraag in het dossier van Verzekerde.
3. De indicatie voor het toepassen van kraamzorg zoals bedoeld onder a., b. en c., het vastgestelde aantal uren en de data waarop deze uren geleverd zijn, dienen duidelijk omschreven te worden in het dossier van de Verzekerde.
4. De extra kraamzorg wordt pas ingezet als de reguliere aanspraak op kraamzorg volledig is benut.
5. Op kraamzorg zoals bedoeld onder a., b. en c. is de wettelijke eigen bijdrage niet van toepassing.

Bijlage 3 Administratieve bepalingen

Honorering, declaratie en betaling

1. De Zorgaanbieder verleent de Zorg die binnen het kader van deze overeenkomst wordt verleend zonder enige betaling voor de Zorg door de Verzekerde. Uitzondering hierop vormt de situatie waarin een Verzekerde met een restitutiepolis uitdrukkelijk te kennen geeft zelf de declaratie van de Zorgaanbieder te willen ontvangen. In dat geval brengt de Zorgaanbieder de declaratie in rekening bij de Verzekerde tegen de tarieven zoals vastgelegd in deze overeenkomst.
2. De Zorgaanbieder declareert bij de Zorgverzekeraar het volledige overeengekomen tarief zonder aftrek van de eigen bijdrage.
3. 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.
4. 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 aan de Zorgaanbieder vergoeden.
5. Indien het cumulatief van de Verzekerde is bereikt, wordt door de Zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag, dat in overeenstemming dient te zijn met de afgesproken tarieven in deze overeenkomst, volledig aan de Zorgaanbieder vergoed. Onder het bereiken van het cumulatief wordt verstaan dat de maximale vergoeding van de Verzekerde bij een bepaalde behandeling of prestatie is bereikt.
6. De Zorgaanbieder declareert de aan de Verzekerde verleende Zorg op basis van de door partijen in het Individueel Deel (deel I) van deze overeenkomst overeengekomen tarieven, indien en voor zover de Verzekerde op de dag van de behandeling actueel bij de Zorgverzekeraar verzekerd is, zulks met inachtneming van de overige bepalingen in dit artikel.
7. De kosten van inschrijving en intake kunnen slechts, na het afsluiten van de kraamzorg, in rekening worden gebracht door de Zorgaanbieder die de volledige Zorg daadwerkelijk levert.
8. De Zorgaanbieder declareert de Zorg die hij in enige kalendermaand heeft geleverd voor het einde van de daaropvolgende kalendermaand bij de Zorgverzekeraar.
9. De Zorgaanbieder levert de declaratie digitaal aan via www.VECOZO.nl conform de vigerende Vektis Standaard Externe Integratie Kraamzorg.
10. De Zorgverzekeraar zal de declaratie binnen 10 kalenderdagen na ontvangst betaalbaar stellen aan de Zorgaanbieder. Onder betaalbaarstelling wordt verstaan het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank om tot betaling van de declaratie over te gaan. Indien (een) feestdag(en) binnen de betaaltermijn valt/vallen, wordt de betaaltermijn verlengd met de duur van de betreffende feestdag(en). Als feestdag wordt hier beschouwd: Nieuwjaarsdag, Goede vrijdag, Koningsdag, Tweede paasdag, Hemelvaartsdag, Tweede pinksterdag, Eerste kerstdag en Tweede kerstdag.
11. De Zorgverzekeraar stelt retourinformatie over de via www.VECOZO.nl ingediende declaraties, waaronder de afrekenspecificatie, via www.VECOZO.nl beschikbaar aan de Zorgaanbieder volgens de meest recente versie van de Standaard Externe Integratie Kraamzorg. De Zorgaanbieder kan de retourinformatie na afhandeling van de declaraties ophalen via www.VECOZO.nl. De retourinformatie is tot 1 jaar na verwerking van de declaratie beschikbaar.



12. Indien de Zorgverzekeraar door een oorzaak gelegen in haar risicosfeer er niet in slaagt de declaratie binnen de in lid 10 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.
13. Onverminderd zijn verplichting de declaraties conform lid 8 van dit artikel in te dienen, zal de Zorgaanbieder de Zorg 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. In geval van een faillissement dient de Zorgaanbieder dit per direct kenbaar te maken bij de Zorgverzekeraar, onder vermelding van de naam van de curator en het insolventienummer. De Zorgaanbieder dient in deze gevallen de eigen bijdrage zelf bij de Verzekerde in rekening te brengen. Betalingen van ingediende declaraties kunnen vanaf dat moment slechts plaats vinden via het door de curator aangegeven IBAN.
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. Alle bescheiden en digitale gegevensbestanden welke ten grondslag liggen aan de declaraties blijven vijf jaar voor de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar beschikbaar voor controledoelinden, ook nadat deze overeenkomst een einde heeft genomen.
20. Indien de Verzekerde een klacht heeft betreffende de declaratie, ontvangt de Zorgaanbieder hieromtrent schriftelijk 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.