



Bijlage: Bepalingen zorgovereenkomst Paramedische zorg (2024)

Artikel 1 Paramedische zorg

1. De Zorgaanbieder levert paramedische zorg aan de verzekerden van de Zorgverzekeraar, voor zover zij redelijkerwijs op deze zorg zijn aangewezen en zich tot de Zorgaanbieder hebben gewend. De paramedische zorg omvat de zorg voor zover die behoort tot de aanspraak van verzekerden op grond van de verzekeringsvoorwaarden van de Zorgverzekeraar.
2. De inhoud en omvang van de zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.
3. De Zorgaanbieder voldoet aan de door de betreffende beroepsvereniging opgestelde vigerende richtlijnen, evidence statements en gedragsprotocollen.
4. De zorg zal worden geleverd in overeenstemming met de van toepassing zijnde vigerende NZa Beleidsregels en NZa Prestatiebeschrijvingbeschikkingen.
5. Behandeling op afstand via een videoconsult is toegestaan mits de zorg voldoet aan onderstaande voorwaarden:
 - * De behandeling is qua duur, kwaliteit en inhoud vergelijkbaar met de behandeling in de praktijkruimte;
 - * De Zorgaanbieder maakt gebruik van een veilige online applicatie welke voldoet aan de vigerende privacy wet- en regelgeving.

Artikel 2 Prestaties die géén onderdeel uitmaken van deze overeenkomst

1. Behandelingen die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk zijn uitgesloten van deze zorgovereenkomst. In dat kader komen onder andere, maar niet uitsluitend, de volgende behandelingen niet voor vergoeding in aanmerking:
 - Behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, medische fitness, runningtherapie en bewegen voor ouderen;
 - Behandelprogramma's ter verbetering van de leefstijl, bijvoorbeeld ter vermindering van risico op ziekte.
2. Paramedische zorg voor de indicaties diabetes mellitus type II, COPD of CVRM kan onderdeel uitmaken van multidisciplinair gecoördineerde zorg. Indien de verzekerde al multidisciplinair gecoördineerde zorg ontvangt, is het niet toegestaan voor dezelfde indicatie paramedische zorg in rekening te brengen bij de verzekerde of bij de Zorgverzekeraar.
3. Indien de verzekerde voor een indicatie behandeld wordt vanuit de Wlz, Wmo of Zvw in de tweede of derde lijn is het de Zorgaanbieder niet toegestaan voor dezelfde indicatie eerstelijns paramedische zorg in rekening te brengen bij de verzekerde of bij de Zorgverzekeraar.
4. Indien de verzekerde verblijft in een eerstelijnsverblijf, is het de Zorgaanbieder niet toegestaan voor dezelfde indicatie, eerstelijns paramedische zorg in rekening te brengen bij de verzekerde of bij de Zorgverzekeraar. Mocht de zorgverlener door de instelling verzocht worden om zorg te leveren voor dezelfde indicatie als de opname indicatie, dan beschouwt de Zorgverzekeraar dit als onderlinge dienstverlening.

Artikel 3 Verbijzonderingen

1. Alleen een gespecialiseerde zorgverlener die ingeschreven is in het specifieke deelregister, mag prestaties declareren die onder de verbijzondering vallen.
2. De Zorgaanbieder mag uitsluitend de verbijzonderde prestatie bij de Zorgverzekeraar declareren, indien de indicatie valt binnen het domein van de verbijzondering.

Artikel 4 Toegankelijkheid

1. De Zorgaanbieder is gerechtigd om zonder verklaring van diagnose (directe toegang) paramedische zorg te verlenen. Voor indicaties uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering geldt wel dat er een verklaring van diagnose in het dossier aanwezig moet zijn.

2. In aanvulling op het bepaalde in artikel 1 lid 5 van de Algemene Voorwaarden Zorginkoop 2024-2025 gelden de volgende eisen:

- Als de Zorgaanbieder in een individueel geval voorziet dat hij de toegangstijd van 1 week niet gaat halen, informeert hij de betreffende verzekerde hierover en verwijst hem naar de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling van de Zorgverzekeraar, tenzij de verzekerde op de wachtlijst wilt blijven.
- Als de Zorgaanbieder voorziet dat de toegangstijd van 1 week structureel zal worden overschreden, dan spant hij zich in om ervoor te zorgen dat de zorg spoedig mogelijk binnen de toegangstijd van 1 week geleverd kan worden en informeert hij de Zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk schriftelijk over deze situatie en over de genomen maatregelen.
- De Zorgaanbieder zorgt ervoor dat de actuele wachttijdinformatie kenbaar wordt gemaakt aan de verzekerde.



Artikel 5 Inrichtingseisen en toegankelijkheid van de praktijkruimte

1. De Zorgaanbieder verleent de zorg in een adequaat ingerichte en uitgeruste (praktijk)ruimte die voor de verzekerde goed bereikbaar en toegankelijk is.
2. De Zorgaanbieder is bereikbaar en beschikbaar conform de vigerende richtlijnen voor zijn beroepsgroep indien en voor zover van toepassing ingevolge bedoelde richtlijnen.
3. Deze zorgovereenkomst geldt voor alle behandellocaties van de Zorgaanbieder zoals geregistreerd bij Vektis.
4. De Zorgaanbieder administreert en registreert alle relevante gegevens met betrekking tot de behandeling conform de vigerende eisen van de beroepsvereniging.
5. De Zorgaanbieder maakt gebruik van een elektronisch patiëntendossier (EPD).

Artikel 6 Continuïteit van zorg

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 de zorg. Bij waarneming dient de waarnemer gekwalificeerd te zijn en te handelen overeenkomstig de bepalingen van deze zorgovereenkomst. De Zorgaanbieder stelt de verzekerde op de hoogte van de waarneming en de naam (namen) en werkadres(sen) van de waarnemer(s).
2. Behoudens overmacht informeert de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar zo snel mogelijk over een voorgenomen beëindiging van zijn praktijk.
3. Indien in de praktijk van de Zorgaanbieder zorgverleners in dienstverband werken, dienen de individuele AGB-codes van de zorgverleners in Vektis gekoppeld te zijn aan de praktijk AGB-code van de Zorgaanbieder.
4. De Zorgaanbieder kan stagiaires die een opleiding aan een daarvoor erkend opleidingsinstituut volgen, stage laten lopen. Een stagiair functioneert onder de verantwoordelijkheid en supervisie van de Zorgaanbieder. De behandeling van verzekerden door de stagiair vindt plaats met instemming van de verzekerde. In beginsel zal een verzekerde steeds door dezelfde stagiair worden behandeld.
5. Handelingen van de praktijkmedewerker c.q. de stagiair c.q. de waarnemer worden beschouwd als handelingen verricht door de Zorgaanbieder, los van de eigen verantwoordelijkheid van de praktijkmedewerker, stagiair of waarnemer.
6. Een waarnemer kan alleen die prestaties uitvoeren waarvoor hij kwaliteit geregistreerd is in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL), het register van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF), het Kwaliteitsregister Paramedici (KP) of in één van de NVLF-registers.

Artikel 7 Declaraties en betaling

Op deze zorgovereenkomst is de 'Uniforme Declaratieparagraaf Paramedische zorg' van toepassing zoals gepubliceerd op de website van VGZ voor zorgaanbieders: <https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/paramedische-zorg/overeenkomsten/overeenkomsten-overzicht>. Deze Uniforme Declaratieparagraaf en de aanvulling op de Uniforme Declaratieparagraaf zoals hieronder beschreven gaan voor op hetgeen hierover in de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2024-2025 is opgenomen.

In aanvulling op de Uniforme Declaratieparagraaf en de bepalingen uit de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2024-2025 geldt het volgende:

1. Indien meerdere praktijkeigenaren in een samenwerkingsverband (bijvoorbeeld een maatschap) werkzaam zijn, handelend onder een gemeenschappelijke naam, wordt uitgegaan van één declaratie-eenheid. Per notaregule dient de individuele AGB-code van de behandelaar vermeld te worden. De Zorgverzekeraar zal de betaling doen aan de Zorgaanbieder op één bankrekeningnummer.
2. Indien na beëindiging van deze zorgovereenkomst geen nieuwe zorgovereenkomst tussen de Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar tot stand komt, blijft de Zorgaanbieder na beëindiging van de zorgovereenkomst gehouden zorg te verlenen aan de verzekerde van de Zorgverzekeraar die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van de Zorgaanbieder.
3. In afwijking van hetgeen in de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2024-2025 is bepaald, is de Zorgverzekeraar, uitsluitend in het kalenderjaar volgend op beëindiging van deze zorgovereenkomst, gehouden tot het vergoeden van de gecontracteerde tarieven uit deze zorgovereenkomst. Dit geldt enkel voor zorg die onder de aanspraak van de basisverzekering valt. Voor zorg die valt onder de aanvullende verzekering is dit niet van toepassing.

Artikel 8 Controles

1. De Zorgverzekeraar hanteert een maximale termijn van 2 jaar (behandeldatum -2) in schadejaren) om de materiële controle op te starten, mits de Zorgaanbieder zich houdt aan de afgesproken declaratieafspraken zoals overeengekomen in de Uniforme Declaratieparagraaf behorende bij artikel 7 van deze zorgovereenkomst, waaronder de termijn van indiening van declaraties. Deze beperking van de controletermijn geldt niet indien en voor zover de resultaten uit de jaren welke gecontroleerd zijn, dan wel andere signalen van welke aard dan ook,



waaronder maar niet uitsluitend (een vermoeden van) fraude, aanleiding geven om ook eerdere jaren alsnog te controleren. Dit is ter beoordeling aan de Zorgverzekeraar.

2. Indien na controle blijkt dat de indicatiestelling van zorg niet klopt, en zorg niet in aanmerking komt voor vergoeding zal terugvordering plaatsvinden bij de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder kan deze kosten niet terugvorderen bij de verzekerde.

Artikel 9 Prestaties en tarieven

1. Alleen de prestaties en tarieven zoals vastgelegd in Bijlage Tarieven van de zorgovereenkomst kunnen door de Zorgaanbieder bij de Zorgverzekeraar worden gedeclareerd.
2. Zorgverzekeraar is gerechtigd de tarievenbijlage ten gunste van de Zorgaanbieder (eenzijdig) te wijzigen voor aanvang en ten behoeve van een nieuw contractjaar.