



Bijlage: Bepalingen Zorgovereenkomst Paramedische zorg 2026

Artikel 1 Paramedische zorg

1. De Zorgaanbieder levert paramedische zorg aan de verzekerden van de Zorgverzekeraar, voor zover zij op deze zorg zijn aangewezen en zich tot de Zorgaanbieder hebben gewend.
2. De paramedische zorg zoals omschreven in deze overeenkomst omvat de zorg die behoort tot de aanspraak van verzekerden op grond van de verzekeringsvoorwaarden van zowel de basis als de aanvullende zorgverzekering van de Zorgverzekeraar.
3. 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.
4. De Zorgaanbieder voldoet aan de door de betreffende beroepsvereniging opgestelde vigerende richtlijnen, evidence statements en gedragsprotocollen.
5. De zorg voldoet aan de eisen die wet- en regelgeving hieraan stelt en is in overeenstemming met de van toepassing zijnde vigerende NZa Beleidsregels en vigerende NZa Prestatiebeschrijvingbeschikkingen.

Artikel 2 Prestaties die géén onderdeel uitmaken van deze overeenkomst

1. De Zorgverzekeraar vergoedt alleen zorg zoals overeengekomen in artikel 2 van de 'Specifieke bepalingen'. 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 bijvoorbeeld medische trainingstherapie, medische fitness, running therapie en bewegen voor ouderen;
 - Behandelprogramma's ter verbetering van de leefstijl, bijvoorbeeld ter vermindering van risico op ziekte.
2. Indien de verzekerde paramedische zorg ontvangt vanuit de Wlz, Wmo of Zvw in de 2^e of 3^e lijn, is het de Zorgaanbieder niet toegestaan voor dezelfde indicatie 1^e lijns paramedische zorg in rekening te brengen bij de verzekerde of bij de Zorgverzekeraar.
3. Indien de verzekerde verblijft in een 1^e lijns verblijf, is het de Zorgaanbieder niet toegestaan voor dezelfde indicatie, 1^e lijns 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 zorg behorende tot de specialisatie leveren en de prestaties die onder de verbijzondering vallen, declareren bij de Zorgverzekeraar.
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 aandoeningen zoals opgenomen in artikel 2.6 Besluit zorgverzekering geldt dat wel een verklaring van diagnose in het dossier aanwezig moet zijn.¹
2. In aanvulling op het bepaalde in artikel 1 lid 5 van de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2026-2027 gelden de volgende eisen:
 - De Zorgaanbieder verleent de zorg die onder de aanspraak van de basisverzekering valt zo spoedig mogelijk, en wel uiterlijk binnen de Treeknorm van 1 week.

¹ Een verklaring van diagnose betreft een bewijsstuk waaruit blijkt dat de (medische) diagnose is gesteld door een erkend verwijzer zoals opgenomen in de polisvoorwaarden van de Zorgverzekeraar en welke ook redelijkerwijs bekwaam is om de specifieke medische diagnose te stellen. U kunt hierbij denken aan een verwijzing waarop de medische diagnose staat, een overzicht van de medische voorgeschiedenis of een diagnostisch verslag.



- Als de Zorgaanbieder in een individueel geval voorziet dat hij de toegangstijd van 1 week niet haalt, informeert hij de betreffende verzekerde hierover en wijst hem op een mogelijke bemiddeling via de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling van de Zorgverzekeraar. De verzekerde beslist zelf of hij hiervan gebruik wil maken.
- 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 zo spoedig mogelijk binnen de toegangstijd van 1 week geleverd kan worden en informeert hij de Zorgverzekeraar 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 alle verzekerden, ook voor minder validen, goed bereikbaar en toegankelijk is.
2. De Zorgaanbieder is bereikbaar en beschikbaar conform de vigerende richtlijnen voor zijn beroepsgroep indien en voor zover deze voor hem van toepassing zijn.
3. Deze zorgovereenkomst geldt voor alle behandellocaties van de Zorgaanbieder zoals geregistreerd en zichtbaar zijn in het Vektis AGB register.
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 zorgt voor waarneming bij afwezigheid van de behandelend zorgverlener wegens ziekte, vakantie, beroepsgerichte na- of bijscholing en daarmee vergelijkbare omstandigheden die van invloed zijn op de continuïteit van de zorg en stemt met de verzekerde af hoe de continuïteit van zorg wordt geborgd.
2. De Zorgaanbieder stelt de verzekerde op de hoogte van de waarneming en de naam (namen) en werkadres(sen) van de waarnemer(s). Bij waarneming dient de waarnemer gekwalificeerd te zijn en te handelen overeenkomstig de bepalingen van deze zorgovereenkomst.
3. Een waarnemer kan alleen die prestaties uitvoeren waarvoor hij (kwaliteits)geregistreerd is in het Individueel Register Fysiotherapie van KNGF (IRF), het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF), het Kwaliteitsregister Paramedici (KP) of in één van de NVLF-registers. Indien van toepassing beschikt de waarnemer ook over een aantekening in het deelregister en/of aantekeningen register van de betreffende paramedische zorgsoort.

Artikel 7 Stagiaires

1. De Zorgaanbieder kan stagiaires die een opleiding aan een daarvoor erkend opleidingsinstituut volgen, stage laten lopen. Hierbij dient een contract tussen het opleidingsinstituut, de stagiaire en de Zorgaanbieder aanwezig te zijn.
2. Een stagiair functioneert onder de verantwoordelijkheid en supervisie van de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder moet een gedeelte van de behandeling fysiek aanwezig zijn en dient hierbij te allen tijden beschikbaar te zijn voor de stagiaire.
3. 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.
4. Handelingen van de Zorgverlener c.q. de stagiair c.q. de waarnemer worden beschouwd als handelingen verricht door de Zorgaanbieder, los van de eigen aansprakelijkheid van de Zorgverlener, stagiair of waarnemer.

Artikel 8 Declaraties en betaling

Op deze Zorgovereenkomst is de vigerende 'Uniforme Declaratieparagraaf Paramedische zorg' van toepassing zoals gepubliceerd op de website van de Zorgverzekeraar 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 2026-2027 is opgenomen.



In aanvulling op de Uniforme Declaratieparagraaf en de bepalingen uit de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2026-2027 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. 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 deze Zorgovereenkomst gehouden zorg te verlenen aan de verzekerde van de Zorgverzekeraar die op het moment van beëindiging van de Zorgovereenkomst zorg ontvangt van de Zorgaanbieder.
3. In afwijking van hetgeen in de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2026-2027 is bepaald, is de Zorgverzekeraar, uitsluitend in het kalenderjaar volgend op beëindiging van deze Zorgovereenkomst, gehouden tot het vergoeden van de gecontracteerde tarieven uit de beëindigde Zorgovereenkomst. Dit geldt enkel voor zorg die onder de aanspraak van de basisverzekering (Zvw) valt en waarvoor het behandeltraject is aangevangen gedurende de looptijd van deze overeengekomen zorgovereenkomst. Voor zorg die valt onder de aanvullende verzekering en voor nieuwe behandeltrajecten is dit niet van toepassing.
4. Nota's dienen te voldoen aan de vigerende versie van de Generieke Declaratiestandaard Paramedische Zorg van Vektis.

Artikel 9 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 8 van deze Zorgovereenkomst, waaronder de termijn van indiening van declaraties.
Deze beperking van de controletermijn geldt niet 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 de gedeclareerde zorg niet in aanmerking komt voor vergoeding zal terugvordering plaatsvinden bij de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder kan deze kosten niet alsnog in rekening brengen bij de verzekerde.

Artikel 10 Duurzaamheid

1. De Zorgaanbieder spant zich in om bij te dragen aan het realiseren van de doelen van de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 (GDDZ3.0).
2. De Zorgaanbieder verankert duurzaamheid in haar strategie, kleinere zorgaanbieders hebben aandacht voor duurzaamheid in plannen en ontwikkelingen.
3. De Zorgaanbieder rapporteert over duurzaamheid in haar jaarverslag of duurzaamheidsverslag (voor zover beschikbaar).
4. Op verzoek van de Zorgverzekeraar verstrekt de Zorgaanbieder informatie over de duurzaamheidsprestaties in het kader van de CSRD (Corporate Sustainability Reporting Directive).
5. De Zorgaanbieder boekt aantoonbaar voortgang op de uitvoering van het mobiliteitsplan gericht op het terugdringen van de CO2-emissie t.g.v. vervoersbewegingen van medewerkers (alleen van toepassing bij zorgaanbieders met meer dan 100 fte).