

ZORGOVEREENKOMST DIËTETIEK 2016 EN 2017

Partijen:

De zorgverzekeraars, genoemd in bijlage 1, vertegenwoordigd door Multizorg VRZ B.V., statutair gevestigd te Utrecht aldaar kantoorhoudende te (3584 BL) Utrecht aan de Euclideslaan 1, hierna te noemen: de zorgverzekeraars;

[**naam (rechts)persoon**], gevestigd te [plaats], hierna te noemen: de diëtist, van wie de verdere gegevens als volgt luiden:

AGB-code :

Naam :

komen overeen als volgt:

Artikel 1 – Inhoud van de overeenkomst

1. Op deze zorgovereenkomst zijn de Algemene Inkoopvoorwaarden Multizorg VRZ van toepassing. Bij eventuele onduidelijkheden of tegenstrijdigheden tussen de algemene inkoopvoorwaarden(AIV) en de zorgovereenkomst prevaleert de zorgovereenkomst boven de algemene inkoopvoorwaarden. De diëtist verklaart een exemplaar van deze voorwaarden te hebben ontvangen en daarvan te hebben kennisgenomen.
2. Daarnaast maken de volgende bijlagen deel uit van deze zorgovereenkomst:
 - Bijlage 1: Zorgverzekeraars 2016 en 2017
 - Bijlage 2: Prestaties en tarieven diëtetiek 2016
 - Bijlage 3: Prestaties en tarieven diëtetiek 2017
3. Multizorg VRZ kan de inhoud van bijlage 1 gedurende de looptijd van de zorgovereenkomst wijzigen.

Artikel 2 – Zorg

1. De diëtist verleent aan de verzekerden van de zorgverzekeraars diëtetiek zoals omschreven in artikel 2.6 lid 7 van het Besluit zorgverzekering en de aanvullende verzekering van de verzekerden.
2. Diëtetiek zoals omschreven in artikel 2.6 lid 7 van het Besluit zorgverzekering, maakt geen deel uit van deze zorgovereenkomst in de situatie waarin de diëtetiek niet zelfstandig behoort te worden gedeclareerd, te weten wanneer de diëtetiek deel uitmaakt van multidisciplinaire zorg in het kader van de beleidsregel BR/CU-7144 'Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg' en opvolgende beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit, telkens voor het onderdeel Segment 2, waarbij een integraal tarief is overeengekomen voor de gehele keten aan multidisciplinaire zorg.
3. Zorg verleend aan verzekerden met een indicatie in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz) komt alleen voor vergoeding in aanmerking indien de paramedische zorg niet gericht is op de aandoening, beperking, stoornis of handicap die de grondslag vormt voor de Wlz-indicatie.

Artikel 3 – Verwijzing en directe toegang

1. De diëtist kan de verzekerde zonder verwijzing behandelen indien de diëtist hiervoor de door de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) vastgestelde opleiding heeft gevolgd en als zodanig geregistreerd staat in het door de NVD aangewezen register.
2. Indien de diëtist alleen bij een verwijzing diëtetiek wil en/of mag verlenen, heeft de diëtist de plicht ervoor te zorgen dat de verzekerde hier vooraf kennis van kan nemen.

Artikel 4 – Kwaliteit

1. De diëtist beschikt over een praktijkruimte welke voldoet aan de inrichtingseisen zoals die door de NVD zijn vastgesteld.
2. De diëtist staat als kwaliteitsgeregistreerde ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici, of dient aan te tonen dat hij/zij voldoet aan de eisen zoals hiervoor gesteld in het kwaliteitsregister.
3. Indien het voor de behandeling van de patiënt noodzakelijk is dat andere zorgaanbieders worden betrokken, dan neemt de diëtist hiertoe het initiatief. Minimaal rapporteert de diëtist aan de huisarts van de patiënt, tenzij de patiënt hier nadrukkelijk geen toestemming voor geeft.
4. De diëtist informeert de verzekerde duidelijk over de directe en indirecte contacttijd en de gevolgen hiervan op de aanspraak voor vergoeding door de zorgverzekeraar.
5. De verzekerde kan binnen vijf werkdagen terecht voor de eerste behandeling.
6. De diëtist draagt er zorg voor dat de praktijk alle werkdagen van 09.00 uur tot 17.00 uur telefonisch bereikbaar is.

Artikel 5 – Debiteurenrisico

1. De zorgverzekeraar met wie ten behoeve van de verzekerde een zorgverzekering of een aanvullende verzekering is gesloten, neemt op de wijze als bepaald in lid 3 het debiteurenrisico van de diëtist over¹:
 - a. indien ten tijde van de declaratie blijkt dat de patiënt geen verzekerde meer is;
 - b. voor zover de maximale vergoedingslimiet van de aanvullende verzekering is overschreden.
2. De overname van het debiteurenrisico geldt niet voor declaraties die worden verzonden nadat de diëtist door de zorgverzekeraar op de hoogte is gesteld van het feit dat de verzekerde of de patiënt geen aanspraak heeft op de verleende zorg of op vergoeding van de kosten daarvan.
3. In de gevallen omschreven in lid 1 is de diëtist gehouden zijn vordering op de verzekerde of de patiënt over te dragen aan de zorgverzekeraar, waartegenover de zorgverzekeraar zich verbindt bij wijze van koopprijs aan de diëtist een bedrag te voldoen gelijk aan dat van de declaratie. De indiening van de declaratie bij de zorgverzekeraar geldt tevens als levering van de in de vorige volzin bedoelde vordering aan de zorgverzekeraar.
4. Het bepaalde in de leden 1 en 3 geldt niet indien:
 - a. de diëtist een hoger tarief in rekening brengt dan vermeld in bijlage 2 en bijlage 3;
 - b. de declaratie wordt ingediend na de laatste dag van de maand volgend op de maand waarin de behandeling heeft plaatsgevonden.

Artikel 6 – Prestaties, tarieven en declaratie

1. Alleen de prestaties die zijn overeengekomen en vastgelegd in bijlagen 2 en 3 kunnen worden gedeclareerd.
2. Van toepassing zijn de tarieven vermeld in bijlagen 2 en 3.
3. In het geval de diëtist de patiënt buiten de praktijk behandelt, kan naast de individuele zitting een uittoeslag in rekening worden gebracht ter compensatie van tijd en reiskosten, indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:
 - de behandeling vindt buiten de praktijk plaats;
 - er bestaat een medische noodzaak voor behandeling buiten de praktijk, gesteld door een (huis)arts;
 - de toeslag kan per adres per dag slechts eenmaal in rekening worden gebracht, tenzij aan de voorwaarden wordt voldaan voor verschillende prestaties op één dag.

¹ Deze bepaling geldt niet voor Eno Zorgverzekeraar N.V. en Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.

4. De diëtist hanteert bij het indienen van declaraties de diagnosecode en code 'reden einde zorg' conform COD610-NVD binnen de declaratiestandaard en eventueel opvolgende standaarden.

Artikel 7 – Duur en einde van de overeenkomst

1. De overeenkomst is van kracht vanaf 1 januari 2016 en eindigt op 31 december 2017.
2. Indien deze zorgovereenkomst is aangegaan met meerdere praktijkhoudende zorgaanbieders dient een gezamenlijke opzegging of ontbinding te zijn voorzien van de handtekening van elk van de praktijkhoudende zorgaanbieders afzonderlijk. Bij vertrek van één of meer van de praktijkhoudende zorgaanbieders wordt de zorgovereenkomst met de overige praktijkhoudende zorgaanbieders automatisch voortgezet tenzij de wijziging als gevolg heeft dat niet langer aan de voorwaarden van deze zorgovereenkomst kan worden voldaan. De diëtist neemt in dat geval direct contact op met Multizorg VRZ en deze zorgovereenkomst vervalt met ingang van de datum van de wijziging in de praktijksamenstelling.
3. Op het moment van de eerste declaratie uit hoofde van een nieuwe praktijkhoudende zorgaanbieder wordt deze geacht zich te onderwerpen aan de bepalingen van deze zorgovereenkomst.
4. Als een bepaling in de zorgovereenkomst vanwege wijzigingen in de toepasselijke wet- en regelgeving gedurende de looptijd van de zorgovereenkomst niet langer onverkort van toepassing kan worden geacht, treden de diëtist en de zorgverzekeraars met elkaar in overleg teneinde overeenstemming te bereiken over een nieuwe bepaling, waarbij de uitgangspunten van de oorspronkelijke bepaling zo veel mogelijk in tact worden gelaten.
5. Onverminderd het bepaalde in de algemene inkoopvoorwaarden heeft elke partij het recht om de zorgovereenkomst schriftelijk op te zeggen tegen 31 december 2016, als voorzetting van de zorgovereenkomst vanwege wijzigingen in de toepasselijke wet- en regelgeving gedurende de looptijd van de zorgovereenkomst van die partij in redelijkheid niet langer gevegd kan worden. De schriftelijke opzegging dient uiterlijk op 1 september 2016 door de andere partij te zijn ontvangen.
6. Indien gedurende de looptijd van de overeenkomst één of meer zorgverzekeraars toetreden of uittreden, waardoor bijlage 1 wordt gewijzigd, blijft de overeenkomst van toepassing voor de andere zorgverzekeraars en treden Multizorg VRZ en de diëtist op verzoek van de diëtist in overleg.

Aldus opgemaakt te Utrecht, <datum>

namens de zorgverzekeraars,
Multizorg VRZ B.V.,

namens de diëtist,

A.H.W. Crommelin
Directeur

naam:
functie:

BIJLAGE 1 ZORGVERZEKERAARS 2016 EN 2017

Zorgverzekeraars met bijbehorende labels:

ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.
gevestigd te Houten

- ONVZ Zorgverzekeraar (Uzovi-code 3343)
- VvAA zorgverzekering (Uzovi-code 3343)
- PNOzorg (Uzovi-code 3343)

ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V.
gevestigd te Utrecht

- De Amersfoortse Verzekeringen (Uzovi-code 9018)
- Ditzo Zorgverzekering (Uzovi-code 3336)
- BeterDichtbij (Uzovi-code 3339)

Eno Zorgverzekeraar N.V. en Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.
gevestigd te Deventer

- Salland verzekeringen (Uzovi-code 7032)
- HollandZorg (Uzovi-code 7032)
- Energiek (Uzovi-code 7032)
- Salland ZorgDirect (Uzovi-code 7032)

Volmachten:

Aevitae B.V.
gevestigd te Heerlen

- Aevitae (ASR Ziektekosten) (Uzovi-code 3328)

IAK Volmacht B.V.

gevestigd te Eindhoven

- IAK Volmacht B.V. (ASR Ziektekosten) (Uzovi-code 8973)

Caresco B.V.

gevestigd te Amersfoort

- Caresco (ASR Ziektekosten) (Uzovi-code 8959)

Turien & Co Assuradeuren

gevestigd te Alkmaar

- Turien & Co (ASR Ziektekosten) (Uzovi-code nnb)

BIJLAGE 2 PRESTATIES EN TARIEVEN DIËTETIEK 2016

Op de prestaties genoemd in deze bijlage is de meest recente prestatiebeschrijvingsbeschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) van toepassing.

	Prestaties*	Tarieven 2016
6000	Reguliere behandeling diëtetiek, per kwartier	
6001	Uitvoerslag vrijgevestigde diëtisten	
6050	Screening bij directe toegang diëtetiek	
6100	Groepsbehandeling diëtetiek door vrijgevestigde diëtisten	
6300	Diëtetiek als onderdeel van gecoördineerde multidisciplinaire zorgverlening	
6301	Uitvoerslag bij diëtetiek als onderdeel van gecoördineerde multidisciplinaire zorgverlening	
6302	Groepsbehandeling bij diëtetiek als onderdeel van gecoördineerde multidisciplinaire zorgverlening	**

* Prestaties die niet in het overzicht zijn opgenomen, komen niet in aanmerking voor vergoeding door de zorgverzekeraar.

** Voor de berekening van het op de declaratie te vermelden tarief per individu voor diëtetiek in groepsverband wordt de totale tijd van de groepsbehandeling in kwartieren vermenigvuldigd met het tarief van de reguliere behandeling. Het tarief dat dan ontstaat wordt gedeeld door het aantal deelnemers om het te declareren bedrag per individu te bepalen.

Voorbeeld: een groepsbehandeling van 1 uur (4 kwartieren) met 8 deelnemers.

$4 \times \text{€ } 14,85 = \text{€ } 59,40$

$\text{€ } 59,40/8 \text{ deelnemers} = \text{€ } 7,43 \text{ per deelnemer te declareren}$

Gecoördineerde multidisciplinaire zorgverlening

Conform de duiding van het Zorginstituut Nederland (destijds College voor Zorgverzekeringen) is er sprake van gecoördineerde, multidisciplinaire zorg voor een specifieke aandoening op basis van de relevante zorgstandaard in 2 situaties:

1. Als de zorg integraal wordt bekostigd met toepassing van de NZa beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.
2. Als de verschillende zorgaanbieders los worden gecontracteerd. De coördinatie- en organisatiekosten worden separaat bekostigd ('koptarief'/GEZ-module).

In de eerste situatie vindt declaratie niet via deze zorgovereenkomst plaats, omdat de vergoeding voor de diëtetiek is opgenomen in het integrale tarief.

In de tweede situatie moeten de declaratiecodes 6300, 6301 of 6302 gebruikt worden.

Indien diëtetiek niet als multidisciplinaire zorg, zoals hierboven omschreven, wordt aangeboden, vindt declaratie plaats door middel van de codes 6000, 6001, 6050 of 6100.

BIJLAGE 3 PRESTATIES EN TARIEVEN DIËTETIEK 2017

Op de prestaties genoemd in deze bijlage is de meest recente prestatiebeschrijvingsbeschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) van toepassing.

	Prestaties*	
6000	Reguliere behandeling diëtetiek, per kwartier	
6001	Uitvoerslag vrijgevestigde diëtisten	
6050	Screening bij directe toegang diëtetiek	
6100	Groepsbehandeling diëtetiek door vrijgevestigde diëtisten	
6300	Diëtetiek als onderdeel van gecoördineerde multidisciplinaire zorgverlening	
6301	Uitvoerslag bij diëtetiek als onderdeel van gecoördineerde multidisciplinaire zorgverlening	
6302	Groepsbehandeling bij diëtetiek als onderdeel van gecoördineerde multidisciplinaire zorgverlening	**

* Prestaties die niet in het overzicht zijn opgenomen, komen niet in aanmerking voor vergoeding door de zorgverzekeraar.

** Voor de berekening van het op de declaratie te vermelden tarief per individu voor diëtetiek in groepsverband wordt de totale tijd van de groepsbehandeling in kwartieren vermenigvuldigd met het tarief van de reguliere behandeling. Het tarief dat dan ontstaat wordt gedeeld door het aantal deelnemers om het te declareren bedrag per individu te bepalen.

Voorbeeld: een groepsbehandeling van 1 uur (4 kwartieren) met 8 deelnemers.

$4 \times \text{€ } 15,10 = \text{€ } 60,40$

$\text{€ } 60,40/8 \text{ deelnemers} = \text{€ } 7,55 \text{ per deelnemer te declareren}$

Gecoördineerde multidisciplinaire zorgverlening

Conform de duiding van het Zorginstituut Nederland (destijds College voor Zorgverzekeringen) is er sprake van gecoördineerde, multidisciplinaire zorg/ketenzorg voor een specifieke aandoening op basis van de relevante zorgstandaard in 2 situaties:

1. Als de zorg integraal wordt bekostigd met toepassing van de NZa beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.
2. Als de verschillende zorgaanbieders los worden gecontracteerd. De coördinatie- en organisatiekosten worden separaat bekostigd ('koptarief'/GEZ-module).

In de eerste situatie vindt declaratie niet via deze zorgovereenkomst plaats, omdat de vergoeding voor de diëtetiek is opgenomen in het integrale tarief.

In de tweede situatie moeten de declaratiecodes 6300, 6301 of 6302 gebruikt worden.

Indien diëtetiek niet als ketenzorg, zoals hierboven omschreven, wordt aangeboden, vindt declaratie plaats door middel van de codes 6000, 6001, 6050 of 6100.