



delta lloyd

OHRA Direct  
geregeld



**Overeenkomst**  
**eerstelijns fysiotherapie 2017/2018**

Behorend bij overeenkomstnummer 1.04.021 A

**Overeenkomst**  
**eerstelijns fysiotherapie 2017**

Behorend bij overeenkomstnummer 1.04.011 B en 1.04.001 C



## 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	8
Artikel 9.	Vrijwaring	8
Artikel 10.	Fraude	8
Artikel 11.	Duur en einde van de overeenkomst	9
Artikel 12.	Geschillen	10
Artikel 13.	Hoofdelijke aansprakelijkheid	10
Artikel 14.	Slotbepalingen	10
Bijlage 2	Kwaliteit	12
Bijlage 3	Praktijkinrichting	15
Bijlage 4	Administratie	16
Bijlage 5	Groepsfysiotherapie	19
Bijlage 6	Beweegprogramma's (specifieke indicaties)	20
Bijlage 7	Beheersmodel	21

## Deel II: Algemeen Deel

### Artikel 1. Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

#### a. Akkoordverklaring

de schriftelijke toestemming van de Zorgverzekeraar voor Fysiotherapie als bedoeld onder d. van dit artikel voor de met name te noemen Verzekerde;

#### b. Behandelindex

het gewogen behandelgemiddelde dat uitgedrukt wordt in een indexcijfer en dat periodiek via spiegelinformatie door de Zorgverzekeraar aan de Zorgaanbieder wordt verstrekt;

#### c. Fysiotherapeut

de persoon (m/v), die geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) en tevens is ingeschreven in het (de) betreffende deelregister(s) en/of het (de) aantekeningenregister(s) van het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) of is ingeschreven in het Keurmerk Fysiotherapie register als fysiotherapeut en/of betreffende fysiotherapeut specialist;

#### d. Fysiotherapie

de door de Zorgaanbieder te verlenen fysiotherapeutische zorg conform het beroepsprofiel van de fysiotherapeut 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);

#### e. 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 (para)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;

#### f. 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 Fysiotherapie een andere Zorgaanbieder (de Onderaannemer), zijnde een andere juridische entiteit, inschakelt door (een deel van) deze Fysiotherapie door te contracteren aan deze andere Zorgaanbieder;

#### g. Partijen

de Partijen die deze overeenkomst zijn aangegaan;

#### h. Praktijkadres(sen)

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

#### i. Praktijkmedewerker

de Fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en tevens is ingeschreven in het (de) betreffende deelregister(s) en/of het (de) aantekeningenregister(s) van het CKR of is ingeschreven in het Keurmerk Fysiotherapie register als fysiotherapeut en/of betreffende fysiotherapeut specialist, die Fysiotherapie 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 fysiotherapie;

#### j. 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 Fysiotherapie in natura dan wel op gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten van de Fysiotherapie;

**k. Zorgaanbieder**

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

**l. 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 Fysiotherapie te verlenen aan de Verzekerde die als zodanig recht heeft op de Fysiotherapie en zich tot hem wendt. De Zorgaanbieder verleent de Fysiotherapie met inachtneming van de relevante bepalingen die bij of krachtens de Zorgverzekeringswet, de vigerende NZa beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor fysiotherapie en 'prestatiebeschrijvingbeschikking fysiotherapie' en de verzekeringsvoorwaarden van de Zorgverzekeraar aan de Fysiotherapie worden gesteld, alsmede met hetgeen Partijen hieromtrent bij of krachtens deze overeenkomst zijn overeengekomen.
2. De Fysiotherapie verband houdend met de diagnose ziekte van Parkinson en waarvan de behandeling op enig moment in 2017 start, wordt verleend door de Fysiotherapeut die beschikt over een actuele registratie bij ParkinsonNet. Uitzondering hierop vormt de situatie dat de Verzekerde beschikt over een toezegging zoals door de Zorgverzekeraar aan de Verzekerde is verstrekt.
3. De Fysiotherapie verband houdend met de diagnose claudicatio intermittens en waarvan de behandeling op enig moment in 2017 start, wordt verleend door de Fysiotherapeut die beschikt over een actuele registratie bij ClaudicatioNet. Uitzondering hierop vormt de situatie dat de Verzekerde beschikt over een toezegging zoals door de Zorgverzekeraar aan de Verzekerde is verstrekt.
4. De Fysiotherapie verband houdend met de diagnosecode 64xx (bekkenbodemregio inclusief organen kleine bekken) en waarvan de behandeling op enig moment in 2017 start, wordt verleend door de Fysiotherapeut die actueel geregistreerd staat in het deelregister Bekkenfysiotherapeut van het CKR en/of is ingeschreven bij het Keurmerk Fysiotherapie als betreffende fysiotherapeut specialist. Uitzondering hierop vormt de situatie dat de Verzekerde beschikt over een toezegging zoals door de Zorgverzekeraar aan de Verzekerde is verstrekt.
5. De Fysiotherapie verband houdend met de diagnosecode xx46 (Lymfevataandoeningen/oedeem) en waarvan de behandeling op enig moment in 2017 start, wordt verleend door de Fysiotherapeut die actueel geregistreerd staat in het aantekeningenregister Oedeemfysiotherapeut van het CKR en/of is ingeschreven bij het Keurmerk Fysiotherapie als betreffende fysiotherapeut specialist. Uitzondering hierop vormt de situatie dat de Verzekerde beschikt over een toezegging zoals door de Zorgverzekeraar aan de Verzekerde is verstrekt.
6. De Zorgaanbieder verplicht zich tegenover de Zorgverzekeraar om kwalitatief verantwoorde Fysiotherapie te leveren. Hieronder wordt verstaan: Fysiotherapie 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.
7. Ten aanzien van de door Partijen overeengekomen kwaliteitsbepalingen wordt verwezen naar bijlage 2 Kwaliteit, die onlosmakelijk deel uitmaakt van deze overeenkomst.
8. Tenzij de Zorgaanbieder een instelling is, verleent de Zorgaanbieder de Fysiotherapie persoonlijk, met uitzondering van het bepaalde in artikel 2.9 en artikel 2.11 evenals het bepaalde onder G. Waarneming en student in bijlage 2 Kwaliteit.
9. De Zorgaanbieder mag de Fysiotherapie 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 hiervoor bedoelde aspecten elkaar rechtstreeks aanspreken.

10. Onverminderd de eigen verantwoordelijkheid van de Praktijkmedewerker is de Zorgaanbieder ten volle verantwoordelijk en aansprakelijk voor de Fysiotherapie die de Praktijkmedewerker aan de Verzekerde verleent.
11. Bij Onderaanneming is de Zorgaanbieder te allen tijde verantwoordelijk en aansprakelijk voor de Fysiotherapie 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 Fysiotherapie door de Onderaannemer hetzelfde kwaliteitsniveau heeft als waarvoor de Zorgaanbieder bij de Zorgverzekeraar is gecontracteerd;
  - de Zorgaanbieder de Fysiotherapie 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 Fysiotherapie heeft verleend.
12. De Zorgaanbieder behandelt de Verzekerde op individuele basis, tenzij Partijen afspraken hebben gemaakt over groepsbehandelingen. De voorwaarden waaronder de groepsbehandelingen kunnen worden verleend, zijn vastgelegd in bijlage 5 Groepsfysiotherapie, die onlosmakelijk deel uitmaakt van deze overeenkomst.
13. 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 vier werkdagen, indien en voor zover dit niet conflicteert met de van toepassing zijnde beroepsinhoudelijke richtlijn(en) en/of de wens van de Verzekerde.

---

### **Artikel 3. Weigering zorgverlening**

1. De Zorgaanbieder kan de verlening van Fysiotherapie weigeren of de aangevragen Fysiotherapie voortijdig beëindigen indien er gewichtige redenen bestaan op grond waarvan (voortgezette) verlening van de Fysiotherapie 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. In geval van weigering of beëindiging van de verlening van Fysiotherapie 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 tevens contact op met de Zorgverzekeraar teneinde gezamenlijk te trachten (de continuïteit van) de verlening van de Fysiotherapie te waarborgen.

---

### **Artikel 4. Praktijkruimte**

1. De Zorgaanbieder verleent de Fysiotherapie in een adequaat ingerichte en geoutilleerde praktijkruimte, die voor de Verzekerde goed bereikbaar en toegankelijk is. De praktijkruimte(n) van de Zorgaanbieder voldoet(n) minimaal aan de inrichtingseisen zoals opgenomen in bijlage 3 Praktijkinrichting, die onlosmakelijk deel uitmaakt van deze overeenkomst.
2. Deze overeenkomst is Praktijkadres gebonden. De Zorgaanbieder verleent de Fysiotherapie 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 Fysiotherapie voor rekening van de Zorgverzekeraar, indien voor de Fysiotherapie een indicatie bestaat. Deze indicatie dient, indien er sprake is van Fysiotherapie ter behandeling van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) genoemde aandoening, te blijken uit een schriftelijke en voorafgaand aan de start van de verlening van de Fysiotherapie aan de Verzekerde verstrekte verwijzing van huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
2. De Zorgverzekeraar stelt nadere criteria aan de verwijzing. Deze criteria staan genoemd op de medische diagnosecodelijst die op de website van de Zorgverzekeraar wordt gepubliceerd en welke onlosmakelijk deel uitmaakt van deze overeenkomst.
3. Iedere verwijzing dient minimaal de volgende gegevens te bevatten:
  - naam, AGB-code en handtekening van de verwijzer;
  - naam, geboortedatum en inschrijfnummer van de Verzekerde;
  - de datum waarop de verwijzing is verstrekt;
  - de medische diagnose;
  - indien van toepassing: voorschrift verbijzonderde Fysiotherapie;
  - indien van toepassing: eenmalig onderzoek of behandeling aan huis of in een instelling;
  - indien van toepassing: beweegprogramma.
4. De verwijzing dient leesbaar en achteraf raadpleegbaar te zijn waarbij de authenticiteit in voldoende mate gewaarborgd dient te zijn.
5. 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.
6. Met betrekking tot de geldigheidsduur van de verwijzing geldt als uitgangspunt dat de verwijzing:
  - maximaal drie maanden geldig blijft totdat de verlening van de Fysiotherapie een aanvang neemt;
  - bij doorlopende verlening van de Fysiotherapie de verwijzing 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 behandelingen niet mag worden overschreden.
7. Indien de verlening van de Fysiotherapie langer duurt dan twaalf maanden en volgens de medische diagnosecodelijst de medische indicatie door een specialist moet worden gesteld, volstaat een vervolgverwijzing van de (huis)arts.
8. Wanneer in het licht van de verwijzing en indicatiestelling meerdere interventies geacht kunnen worden adequaat te zijn, kiest de Zorgaanbieder te allen tijde voor de meest doelmatige interventie.
9. Een Akkoordverklaring is vereist voor Fysiotherapie ter behandeling van een in bijlage 1 van het Bzv genoemde aandoening. De Akkoordverklaring van de Zorgverzekeraar wordt als gegeven beschouwd indien wordt voldaan aan de voorwaarden die in bijlage 4 Administratie ten aanzien van de declaratie zijn opgenomen, en ook overigens in alle opzichten is voldaan aan de vereisten die bij of krachtens wet en deze overeenkomst aan de verwijzing, Fysiotherapie en declaratie worden gesteld.
10. Op grond van de resultaten van een controle (artikel 7) en/of het bepaalde in bijlage 7 Beheersmodel van deze overeenkomst, kan de Zorgverzekeraar besluiten een Akkoordverklaringsprocedure aan de Zorgaanbieder op te leggen.

---

## 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 een 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(s) en de Fysiotherapeut(en) op wie die gegevens betrekking hebben.
4. De Zorgverzekeraar verstrekt periodiek spiegelinformatie. Deze spiegelinformatie wordt verkregen op basis van de declaraties van de verleende Fysiotherapie aan de Verzekerde(n) over een vooraf vastgestelde periode. De Zorgverzekeraar heeft deze declaraties digitaal via [www.vecozo.nl](http://www.vecozo.nl) ontvangen. Uit de ingediende declaraties Fysiotherapie wordt door de Zorgverzekeraar per praktijk de Behandelindex gegenereerd.
5. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het vullen en daarna het actueel, correct en volledig houden van zijn eigen praktijkgegevens via de "InvoerModuleZorg" (<https://mijnzorgaanbod.cz.nl>). De gegevens worden gepresenteerd op de websites van de Zorgverzekeraar.

---

## Artikel 7. Controle

1. De Zorgverzekeraar controleert periodiek of de Zorgaanbieder zijn verplichtingen uit deze overeenkomst op een juiste wijze nakomt. Deze toetsing geschiedt op geleide van het bepaalde in lid 2 tot en met 8 van dit artikel en/of het bepaalde in bijlage 7 Beheersmodel, die onlosmakelijk deel uitmaakt van deze overeenkomst.
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 veertien 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 de 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 van de Zorgverzekeraar die uitvoering geven aan de controle 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 tot de praktijk- en patiëntenregistratie van Verzekerden.
6. Indien en voor zover de controle betrekking heeft op de rechtmatigheid van de aanspraken van Verzekerden en de doelmatigheid van de Fysiotherapie 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) 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 en 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**

1. Ten aanzien van de door Partijen overeengekomen declaratie- en betalingsverplichtingen wordt verwezen naar de administratieve paragraaf in bijlage 4 Administratie. Deze bijlage maakt onlosmakelijk deel uit van deze overeenkomst.
- 

#### **Artikel 9. Vrijwaring**

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

#### **Artikel 10. Fraude**

1. Onder fraude wordt verstaan het onder valse voorwendzelen of op oneigenlijke grond en/of wijze (trachten te) verkrijgen van een vergoeding van de Zorgverzekeraar. Dit omvat het al dan niet 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 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 Fysiotherapie 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 Fysiotherapie.
  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 Fysiotherapie.
  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 Fysiotherapie (mogelijk) in gevaar komt of van elke andere soortgelijke procedure;
  - c. door de Zorgverzekeraar als 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 als de Zorgaanbieder een instelling (met of zonder rechtspersoonlijkheid) is: door faillissement of ontbinding van de instelling;
  - 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 en/of de daaraan verbonden Praktijkmedewerker(s) zijn/hun schorsing zoals bedoeld in bijlage 2 Kwaliteit onder F. 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 deze overeenkomst na een ingebrekestelling (voor zover vereist), niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomt, al dan niet blijkend uit de uitkomsten van een controle of het Beheersmodel;
  - 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 één of meerdere Praktijkmedewerkers dan wel één of meerdere aan de Zorgaanbieder verbonden Fysiotherapeuten, niet (langer) geregistreerd staat (staan) in het (de) betreffende deelregister(s) en/of het (de) aantekeningenregister(s) van het CKR of in het register van Keurmerk Fysiotherapie als fysiotherapeut en/of betreffende fysiotherapeut specialist;
  - k. als een der Partijen zich tegenover de wederpartij schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, dwang of bedreiging;
  - l. wanneer een der Partijen niet meer voldoet aan de definities in artikel 1 van deze overeenkomst.
4. De Zorgverzekeraar is bij beëindiging, op welke wijze dan ook, van deze overeenkomst 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. 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.
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 niet 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 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 websites 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 Fysiotherapie 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 de 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 één of meer van haar daaruit voortvloeiende verplichtingen te voldoen, geldt niet als afstand van enig recht door de Zorgverzekeraar.
7. In geval 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 declareert de behandeling(en) bij de Zorgverzekeraar tot maximaal twaalf maanden na afloop van de overeenkomst met inachtneming van de op de datum van de behandeling door de Zorgverzekeraar gecontracteerde tarieven mits deze tarieven niet lager zijn dan de tarieven zoals met de Zorgaanbieder in de laatst gesloten overeenkomst zijn overeengekomen in de overeenkomst die eindigt en niet wordt vernieuwd;
  - c. 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 verwijst de Verzekerde hiervoor naar "Vind de beste zorg" op de websites van de Zorgverzekeraar; en
  - d. indien de behandeling van de Verzekerde wordt voortgezet door een andere zorgaanbieder is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor een adequate overdracht.



## Bijlage 2 Kwaliteit

### A. Algemene voorwaarden

De Zorgaanbieder verplicht zich jegens de Zorgverzekeraar om Fysiotherapie 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) 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 WGBO en de Wbp.
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 daarvoor gegeven wettelijke voorschriften.

### C. Praktijk- en patiëntenregistratie

1. De Zorgaanbieder draagt zorg voor een adequate praktijk- en patiëntenregistratie.
2. De Zorgaanbieder hanteert bij de patiëntenregistratie, de verslaglegging in de patiëntendossiers en bij de verslaglegging aan de verwijzer de vigerende KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Dossiervoering en kan dat desgewenst ook inzichtelijk maken.
3. De Zorgaanbieder maakt gebruik van Elektronische Fysiotherapeutische Verslaglegging (EFV).
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 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 neemt in zijn relatie tot de Verzekerde de algemeen aanvaarde 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 te verlenen Fysiotherapie. Hiertoe worden uitdrukkelijk ook de financiële aspecten van Fysiotherapie gerekend.
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 Fysiotherapie steeds door dezelfde Fysiotherapeut wordt verleend, behoudens overmacht, hulpvraaggerelateerde redenen en specifieke wensen van de Verzekerde.
5. Voor het geval de Verzekerde een keuzemogelijkheid heeft en zijn voorkeur voor een bepaalde Fysiotherapeut heeft uitgesproken, voorziet de Zorgaanbieder erin dat de Verzekerde zoveel mogelijk de Fysiotherapie van deze Fysiotherapeut ontvangt.

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

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat hij en de eventueel aan hem verbonden Praktijkmedewerker(s) en/of Fysiotherapeuten 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 zorg noodzakelijk is.
2. De Zorgaanbieder levert de Fysiotherapie op doelmatige en professioneel verantwoorde wijze.
3. De Fysiotherapeut betreft de Verzekerde actief bij de behandeling en stimuleert de therapietrouw en de eigen verantwoordelijkheid van de Verzekerde.

4. De Fysiotherapeut bespreekt regelmatig het behandelplan met de Verzekerde. Van belang zijn bijvoorbeeld de hulpvraag van de Verzekerde en de effectiviteit van de behandeling.
5. De Fysiotherapeut werkt op basis van het methodisch handelen en kan dat ook inzichtelijk maken. Kwaliteitsverbetering en -controle dienen voor elke Fysiotherapeut onderdeel te zijn van zijn beroepsuitoefening en takenpakket.

#### **F. Continuïteit**

1. De Zorgaanbieder treft voorzieningen die nodig zijn voor een continue verlening van de Fysiotherapie en meldt omstandigheden die de continuïteit in gevaar brengen onverwijld 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 onverwijld 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.
3. De Zorgaanbieder informeert de Zorgverzekeraar over ieder (niet) openbaar rapport dat de Zorgaanbieder betreft, uitgebracht door de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ).

#### **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 Fysiotherapie. 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 schriftelijk mededeling aan de Zorgverzekeraar onder vermelding van de vermoedelijke duur van de waarneming en de na(a)m(en) en AGB-code(s) van de waarnemer(s). De door de waarnemer(s) geleverde Fysiotherapie 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 Fysiotherapie, tenzij de waarneming gebeurt door een contractant Fysiotherapie van de Zorgverzekeraar.
5. De Zorgaanbieder kan studenten die een opleiding tot fysiotherapeut 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 Fysiotherapeut. Op het moment dat de student Verzekerden behandelt, is de Fysiotherapeut te allen tijde beschikbaar voor de student en behandelt derhalve gelijktijdig geen andere patiënten.



## H. Meting patiëntervaringen

1. Zodra dat landelijk mogelijk is, neemt de Zorgaanbieder deel aan de landelijke benchmarkmeting "Patient Reported Experience Measures (PREM)". Deze is opgenomen op de landelijke jaarkalender van zorgverzekeraars die gepubliceerd is op de website <http://www.patiëntervaringsmetingen.nl>
2. De resultaten uit de PREM worden door de Zorgverzekeraar gebruikt als informatie voor de zorginkoop, voor het bieden van keuze-informatie aan Verzekerden, als informatie voor kwaliteitsverbetering en ten behoeve van een landelijke benchmarkrapportage via Zorgprisma aan de betrokken zorgverzekeraars.
3. De metingen dienen te worden uitgevoerd conform de specifieke vragenlijst en de specifieke werk- en meetinstructies die gepubliceerd zijn op de website <http://www.patiëntervaringsmetingen.nl>.
4. De Zorgaanbieder is verplicht de meting uit te laten voeren door Mediquest (www.mediquest.nl), Qualiview (www.qualiview.nl - Qualizorg BV) of een vergelijkbaar geaccrediteerd en/of gecertificeerd meetbureau en sluit hiertoe een overeenkomst. De zorgaanbieder gaat akkoord met en draagt zorg dat de meetdata (proces- en reponsdata), van alle behandelde patiënten, door het meetbureau worden gedeeld met de Zorgaanbieder en kosteloos worden verstrekt aan de Zorgverzekeraar en Stichting Miletus voor de landelijke benchmarkrapportage via Zorgprisma. Tevens wordt in deze overeenkomst vastgelegd dat het meetbureau handelt conform de relevante wet- en regelgeving.
5. De Fysiotherapeut nodigt elke behandelde Verzekerde (100%) uit voor deelname aan de meting. Hierop voert het meetbureau de meting uit en deelt de resultaten met de Zorgaanbieder, de Zorgverzekeraar en Stichting Miletus voor de landelijke benchmarkrapportage via Zorgprisma. Bij uitnodiging voor deelname dient de Zorgaanbieder de Verzekerde erop te wijzen dat de resultaten van de meting op geaggregeerd niveau gebruikt worden voor de doelen zoals genoemd in lid 2 van dit artikel.

### Bijlage 3 Praktijkinrichting

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

#### Algemene eisen

1. De praktijk is duidelijk herkenbaar als eerstelijns praktijk voor Fysiotherapie. Als de praktijk in de instelling is gevestigd, is er een duidelijke bewegwijzering naar de praktijkruimte(n).
2. De praktijk voldoet aan de geldende algemene bouwseisen.
3. De praktijk wordt volgens normale standaarden verwarmd.
4. De praktijk beschikt over warm en koud water.
5. De praktijk is telefonisch goed bereikbaar.
6. De praktijk beschikt over een wachtruimte die geen deel uitmaakt van de behandelruimte(n).
7. De prijslijst, de klachtenregeling en de betalingsvoorwaarden zijn duidelijk zichtbaar voor de Verzekerde.
8. De praktijk is optimaal toegankelijk en bereikbaar voor minder validen; de praktijk/behandelruimte bevindt zich op de begane grond, waarbij eventuele treden, opstapjes, etc. toegankelijk zijn gemaakt. In geval van een verdieping is een lift (evt. traplift) aanwezig.
9. In de praktijk geldt een rookverbod.
10. Er dient voldoende licht en voldoende ventilatie te zijn.
11. De praktijk beschikt over adequate materialen ter ondersteuning van onderzoek en behandeling van de doelgroep.

#### Hygiëne

1. De praktijk beschikt over een toilet en gelegenheid om de handen te wassen.
2. Het toilet en handwasgelegenheid zijn vanuit de wachtruimte toegankelijk (niet enkel via een behandelruimte).
3. De praktijkruimte, inventaris en materialen worden op verantwoorde wijze gereinigd.
4. De verlichting, verwarming en ventilatie voldoen aan algemeen te stellen hygiënische eisen.
5. De vloeren dienen hygiënisch en goed schoon te houden zijn.

#### Privacy

1. De praktijk beschikt over (een) behandelruimte(n) die de privacy van de Verzekerde waarborgt.
2. De praktijk beschikt over administratieve voorzieningen die de privacy van de Verzekerde waarborgen.

#### Veiligheid

1. De praktijk beschikt over een goedgekeurde elektriciteits- en energievoorziening.
2. De praktijk voldoet aan de geldende brandveiligheidseisen.
3. Alle aanwezige apparatuur ter ondersteuning van het fysiotherapeutisch handelen, voldoet aan de wettelijke veiligheidseisen en is geschikt voor professioneel gebruik.
4. De ruimtelijke voorziening en inventaris zijn van zodanige kwaliteit en constructie, dat zij bij gebruik in overeenstemming met hun bestemming geen gevaren opleveren.
5. In de praktijk is een EHBO-voorziening aanwezig.

#### Behandelruimte

1. De behandelruimte(n) is (zijn) geschikt voor het geven van Fysiotherapie.
2. Het aantal (fulltime) werkzame therapeuten komt minimaal overeen met het aantal behandelruimten. Per één FTE is dus één behandelruimte beschikbaar.
3. Minimaal één behandelruimte is tenminste 25m<sup>2</sup> groot.
4. Een oefenzaal wordt beschouwd als behandelruimte van minimaal 25m<sup>2</sup> wanneer daar een één op één individuele behandeling mogelijk is zonder aanwezigheid van derden.
5. De behandelruimten zijn gescheiden door vaste wanden en deuren.
6. In de behandelruimte(n) is een behandelbank met toebehoren aanwezig.
7. In de behandelruimte(n) of in de zeer directe nabijheid van de behandelruimte(n) is een wastafel met stromend water aanwezig.

**Bijlage 4 Administratie****A. Honorering, declaratie en betaling**

1. De Zorgaanbieder verleent de Fysiotherapie die binnen het kader van deze overeenkomst wordt verleend zonder enige betaling voor de Fysiotherapie 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 Fysiotherapie in rekening bij de Verzekerde tegen de tarieven zoals vastgelegd in deze overeenkomst.
2. De Zorgaanbieder declareert de aan de Verzekerde verleende Fysiotherapie 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 Fysiotherapie die hij in enige kalendermaand heeft geleverd, één keer per maand, voor het einde van de daaropvolgende kalendermaand bij de Zorgverzekeraar.
4. Ingeval de Zorgaanbieder niet voldoet aan het bepaalde in lid 3 van deze bijlage, is de Zorgverzekeraar niet gehouden de declaratie binnen de in lid 6 van dit artikel genoemde termijn betaalbaar te stellen.
5. 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 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.
6. De Zorgverzekeraar zal de declaratie binnen vijftien 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.
7. De Zorgverzekeraar stelt retourinformatie over de via [www.vecozo.nl](http://www.vecozo.nl) ingediende declaraties, waaronder de afrekeningspecificatie, 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 twaalf maanden na verwerking van de declaratie beschikbaar.
8. Indien de Zorgverzekeraar door een oorzaak gelegen in haar risicosfeer er niet in slaagt de declaratie binnen de in lid 6. 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.
9. Onverminderd zijn verplichting de declaraties maandelijks in te dienen, zal de Zorgaanbieder de Fysiotherapie 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.
10. 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 Fysiotherapie 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.



11. Indien de Verzekerde alleen de Basisverzekering bij de Zorgverzekeraar heeft gesloten, en sprake is van Fysiotherapie ter behandeling van een in bijlage 1 van het Bzv genoemde aandoening, declareert de Zorgaanbieder, teneinde het voor de Zorgverzekeraar mogelijk te maken de rechtmatigheid van de aanspraak onder de Zorgverzekeringswet te bepalen, ook de eerste 20 behandelingen bij de Zorgverzekeraar met vermelding van de juiste code soort indicatie (008). Hiervoor vraagt de Zorgaanbieder uitdrukkelijke toestemming aan de Verzekerde en legt deze toestemming vast. De Zorgaanbieder kan (uitsluitend) voor deze behandelingen een eigen tarief in rekening brengen. De Zorgverzekeraar int de gedeclareerde kosten bij de Verzekerde tot een maximum van de redelijke marktprijs.
12. Fysiotherapie verleend buiten de kaders van de onderhavige overeenkomst en/of verzekeringspolissen van de Zorgverzekeraar komt niet voor vergoeding in aanmerking, behoudens in geval van overname van de incassoprocedure op grond van het bepaalde in lid 11, en in geval van overname van de incassoprocedure van de desbetreffende Fysiotherapie door de Zorgverzekeraar op grond van een daartoe met de Zorgaanbieder gesloten overeenkomst, zie onder B. in deze bijlage.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. Indien een Verzekerde een klacht heeft betreffende de declaratie of de behandeling, ontvangt de Zorgaanbieder hieromtrent 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 gegrond is of kan zijn.

## **B. Ei-Incasso-Fysiotherapie**

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

1. Deze bijlage heeft ook betrekking op de Fysiotherapie die niet op grond van de verzekeringspolissen van de Zorgverzekeraar kan worden vergoed.
2. 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).
3. De Zorgaanbieder vraagt de Verzekerde uitdrukkelijke toestemming om deze onverzekerde zorg rechtstreeks bij de Zorgverzekeraar te declareren 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.
4. 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.

5. 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.
6. 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 met uitzondering van de situatie zoals onder A lid 11 van deze bijlage staat vermeld. Berichtgeving aan de Verzekerde over onverzekerde zorg vindt plaats op basis van het gedeclareerde tarief.
7. Met uitzondering van situatie zoals onder A lid 11 van deze bijlage worden vorderingen waarvan de Zorgverzekeraar op basis van ervaringsgegevens verwacht dat de incasso problemen oplevert, niet opgenomen in deze procedure en direct teruggelegd bij de Zorgaanbieder. Hierdoor wordt de Zorgaanbieder in staat gesteld direct gerichte actie te ondernemen richting de Verzekerde.
8. In aanvulling op lid 3 onder A. van deze bijlage heeft de Zorgaanbieder de mogelijkheid om de Fysiotherapie die is geleverd maximaal twee maal per maand te declareren bij de Zorgverzekeraar.
9. Conform lid 6 onder A. van deze bijlage zal de Zorgverzekeraar de declaratie uiterlijk binnen vijftien werkdagen na ontvangst betaalbaar stellen.
10. De vordering van de Zorgverzekeraar op de Verzekerde blijft eigendom van de Zorgaanbieder.
11. 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 de maand van ontvangst van de declaratie, te innen.
12. De Zorgverzekeraar brengt de kosten van de door de Zorgaanbieder via [www.vecozo.nl](http://www.vecozo.nl) gedeclareerde Fysiotherapie bij de Verzekerde in rekening, na aftrek van de vergoeding waarop de Verzekerde krachtens de Basisverzekering en/of aanvullende verzekering aanspraak c.q. recht heeft.
13. De Zorgverzekeraar stuurt de Verzekerde minimaal één herinnering en één aanmaning vanaf het moment van binnenkomst declaratie.
14. 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, kan dit door de Zorgaanbieder bij de Zorgverzekeraar kenbaar worden gemaakt.
15. 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.
16. 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.

## Bijlage 5 Groepsfysiotherapie

Onder groepsfysiotherapie wordt verstaan: het gelijktijdig in groepsverband behandelen van patiënten met een zo groot mogelijke homogeniteit in relatie tot de zorgzwaarte en indien mogelijk tot de medische diagnose. Er is sprake van een groepszitting als de Fysiotherapeut over twee of meer patiënten de verantwoording heeft en hen in dezelfde ruimte begeleidt, adviseert en/of behandelt ongeacht de tijdsduur en de inhoud van de behandeling.

### NZa prestatiebeschrijving fysiotherapie

Ten aanzien van groepsfysiotherapie is de Zorgaanbieder gehouden aan hetgeen in de vigerende beleidsregel en prestatiebeschrijvingbeschikking fysiotherapie van de NZa ten aanzien van de prestaties groepszitting wordt gesteld.

### Voorwaarden Zorgverzekeraar

De Zorgverzekeraar stelt ten aanzien van de groepszitting Fysiotherapie de volgende voorwaarden:

- de Fysiotherapeut hanteert een groepsbehandelprotocol waarin minimaal de volgende items beschreven staan:
  1. de medische diagnosegroep(en);
  2. in- en exclusiecriteria;
  3. grootte van de groep (NB: de groep kan ook samengesteld zijn uit verzekerden van andere zorgverzekeraars);
  4. tijdsduur per groepszitting;
  5. frequentie behandelingen;
  6. beschrijving van behandeldoel en –plan;
  7. aantal en serieduur behandelingen, waarbij "kop en staart" van de behandeling duidelijk is.
- het betreft alleen curatieve groepsfysiotherapie. Bijvoorbeeld de indicaties diabetes, obesitas/adipositas beschouwt de Zorgverzekeraar als secundair preventieve training en komt niet voor vergoeding (groeps)fysiotherapie in aanmerking. Ditzelfde geldt voor programma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, meer bewegen voor ouderen (MBVO), cardiotraining, en voor preventieve trainingen zoals valpreventie.
- de Fysiotherapeut die de groepstherapie verleent, beschikt over de benodigde deskundigheid aangaande het verlenen van Fysiotherapie in groepsverband aan de desbetreffende categorie patiënten, dat met inachtneming van de richtlijnen die het KNGF en/of Keurmerk Fysiotherapie hiervoor heeft ontwikkeld.
- de ruimte waarin de groepsfysiotherapie plaatsvindt, heeft tenminste 5m<sup>2</sup> obstakelvrij vloeroppervlak per patiënt.
- tijdens de uitvoering van groepsfysiotherapie is aanwezigheid van derden (niet direct bij de behandeling betrokken) in dezelfde ruimte niet toegestaan en dient de privacy van de Verzekerde geheel te zijn gewaarborgd.
- In het kader van doelmatige zorg wordt te allen tijde groepsfysiotherapie ingezet, indien het mogelijk is binnen het behandelproces en de kwaliteit van de behandeling niet vermindert.

### Administratieve afhandeling

De Zorgaanbieder declareert de groepsfysiotherapie op basis van de door Partijen in het Individueel Deel (Deel I) van deze overeenkomst overeengekomen tarieven. Het tarief is inclusief een vergoeding voor het extra tijdsbeslag in verband met individuele voor- en nabehandeling en de daarbij behorende kosten. Dit betekent dat hiervoor geen aanvullende reguliere zitting in rekening gebracht kan worden.

Voor zover relevant voor de aanspraak voor de Verzekerde geldt de behandeling groepsfysiotherapie als één behandeling. De vergoeding van groepsfysiotherapie is altijd conform vergoedingsvoorwaarden van de Verzekerde.

## Bijlage 6 Bewegprogramma's (specifieke indicaties)

De Zorgverzekeraar heeft in de aanvullende verzekering(en) een vergoeding opgenomen voor beweegprogramma's bij de indicaties (limitatief):

- 1) artrose;
- 2) COPD;
- 3) diabetes mellitus type II;
- 4) coronaire hartziekten;
- 5) osteoporose;
- 6) oncologie;
- 7) overgewicht en obesitas bij kinderen.

De vergoeding van het (de) beweegprogramma('s) is uitsluitend van toepassing als wordt voldaan aan de nadere voorwaarden zoals verwoord op deze bijlage.

### Voorwaarden

1. De Zorgaanbieder heeft per doelgroep een beweegprogramma opgesteld en voert dit ook als zodanig uit. Het beweegprogramma is gebaseerd op de laatste wetenschappelijke evidentie zoals bijvoorbeeld verwoord in de desbetreffende Standaard Beweginterventie van het KNGF en voldoet in dat geval aan alle voorwaarden die in de desbetreffende Standaard Beweginterventie worden gesteld. Het beweegprogramma is getoetst en akkoord bevonden door het KNGF. De Zorgaanbieder overlegt aan de Zorgverzekeraar het certificaat van toetsing en accordering.
2. De verslaglegging over het beweegprogramma door de Zorgaanbieder omvat minimaal de volgende gegevens:
  - anamnesegegevens, waarbij duidelijk wordt aangegeven dat de Verzekerde gemotiveerd is voor deelname en niet voldoet aan de Landelijke Nederlandse Norm Gezond Bewegen;
  - journaalgegevens;
  - meet- en evaluatiegegevens.
3. De beweegprogramma's worden gegeven door een Fysiotherapeut die geschoold is op het gebied van beweegprogramma's en die aanvullende scholing per doelgroep heeft gevolgd. Motivational interviewing moet een onderdeel zijn van de scholing. De Fysiotherapeut die het beweegprogramma geeft, heeft te allen tijde een geldig reanimatiediploma.
4. Bij de start van het beweegprogramma dient de Zorgaanbieder te beschikken over een verwijzing per Verzekerde, deze verwijzing dient te voldoen aan de voorwaarden zoals beschreven in artikel 5 van deze overeenkomst.

### Administratieve afhandeling

Het (de) beweegprogramma('s), waarvoor de Zorgverzekeraar uitsluitend in de aanvullende verzekering(en) een vergoeding heeft opgenomen, word(t)(en) met de door de Zorgaanbieder gehanteerde praktijktarieven conform het bepaalde van bijlage 4. Administratie bij de Zorgverzekeraar gedeclareerd. Het betreft de volgende verrichtingen:

10010	Beweegprogramma artrose
10011	Beweegprogramma COPD
10013	Beweegprogramma diabetes mellitus type II
10012	Beweegprogramma coronaire hartziekten
10009	Beweegprogramma osteoporose
10014	Beweegprogramma oncologie
10015	Beweegprogramma overgewicht en obesitas bij kinderen

De Zorgverzekeraar sluit voor het declareren van deze programma's aan bij de landelijke verrichtingen genoemd in 'prestatiecodelijst 012 overige coderingen' te declareren via PM304.

## Bijlage 7 Beheersmodel

Over de toetsing van de in deze overeenkomst overeengekomen kwaliteitsbepalingen komen Partijen het volgende overeen:

### A. Toetsing via Beheersmodel audit fysiotherapie

De Zorgverzekeraar hanteert het Beheersmodel, waarbij op een transparante en objectieve manier verantwoording gevraagd wordt over de Fysiotherapie die door de Zorgaanbieder en de eventuele aan de Zorgaanbieder verbonden Praktijkmedewerker(s) aan de Verzekerde(n) is geleverd.

Als vertrekpunt voor de verantwoording gelden de kwaliteitsbepalingen zoals vastgelegd in deze overeenkomst. De Zorgverzekeraar toetst via het uitvoeren van de Beheersmodel audit fysiotherapie 2017 door een auditbureau in welke mate aan deze kwaliteitsbepalingen is voldaan. De volledige documentatie, inhoud, normering en beoordelingscriteria van de Beheersmodel audit fysiotherapie 2017 wordt op de website(s) en eventueel nader aan te wijzen applicaties van de Zorgverzekeraar gepubliceerd.

### B. Selectie Zorgaanbieder door Zorgverzekeraar

De Zorgverzekeraar kan de Zorgaanbieder in 2017 of 2018 selecteren voor de Beheersmodel audit fysiotherapie 2017 (hierna te noemen: Beheersmodel audit) als door de Zorgverzekeraar is vastgesteld dat:

- de Zorgaanbieder over één of meerdere kwartalen van het jaar 2017 een Behandelindex van 120 of hoger heeft gerealiseerd; en/of
- er een afwijking is in de declaraties Fysiotherapie van de Zorgaanbieder zodanig dat er geen Behandelindex kan worden gegenereerd; en/of
- er een afwijking is in de declaraties Fysiotherapie van de Zorgaanbieder, zodanig dat de Behandelindex wordt verlaagd zonder dat de Zorgaanbieder aantoonbaar minder behandelingen per patiënt verleent (bijvoorbeeld door het vaak toepassen van meerdere diagnosecodes, of het overhevelen van patiënten naar een andere AGB-praktijkcode); en/of
- meer dan 25% van de Verzekerden in behandeling bij de Zorgaanbieder in 2017 ook door een andere Zorgaanbieder Fysiotherapie is behandeld; en/of;
- de Zorgaanbieder bij 10% of meer van de Verzekerden meerdere diagnosecodes uit verschillende diagnosegroepen declareert.

### C. Eerste Beheersmodel audit

1. Op het moment dat de Zorgaanbieder door de Zorgverzekeraar is geselecteerd voor de eerste Beheersmodel audit wordt de Zorgaanbieder hiervan via de selectiebrief schriftelijk en aangetekend op de hoogte gesteld door de Zorgverzekeraar.
2. De Zorgaanbieder maakt voor het afnemen van de eerste Beheersmodel audit een keuze uit de door de Zorgverzekeraar aangewezen auditbureaus. Op de website van de Zorgverzekeraar en in de selectiebrief staat uit welke auditbureaus de Zorgaanbieder kan kiezen. De Zorgaanbieder maakt deze keuze zo spoedig mogelijk nadat de Zorgaanbieder door de Zorgverzekeraar op de hoogte is gesteld van de selectie voor de eerste Beheersmodel audit, schriftelijk (digitaal) kenbaar bij de Zorgverzekeraar.
3. De Zorgverzekeraar meldt binnen uiterlijk twee weken, nadat de Zorgaanbieder de keuze voor het auditbureau aan de Zorgverzekeraar kenbaar heeft gemaakt, de Zorgaanbieder aan bij het gekozen auditbureau.
4. Het auditbureau maakt een afspraak met de Zorgaanbieder op welke datum de eerste Beheersmodel audit wordt uitgevoerd. De eerste Beheersmodel audit dient binnen een termijn van maximaal vier weken, gerekend vanaf het moment dat de Zorgaanbieder door de Zorgverzekeraar op de hoogte is gesteld van de selectie voor de eerste Beheersmodel audit te zijn uitgevoerd.
5. Het auditbureau voert op de afgesproken datum de eerste Beheersmodel audit bij de Zorgaanbieder uit. De Zorgaanbieder is verplicht alle medewerking te verlenen aan het auditbureau en haar werkzaamheden mogelijk te maken. Bij de werkzaamheden van het auditbureau kan een vertegenwoordiger van de Medische dienst van de Zorgverzekeraar aanwezig zijn.
6. Ten behoeve van de toetsing of het methodisch handelen en de toepassing van de richtlijnen uit de verslaglegging van de Fysiotherapeut te herleiden is, is de Zorgaanbieder verplicht alle patiëntendossiers

van alle Verzekerden aan te leveren aan het auditbureau. De termijn waarover de patiëntendossiers beschikbaar moeten worden gesteld, wordt aangegeven in de selectiebrief en zal altijd minimaal zes maanden bedragen. Ook in de overeenkomst tussen het auditbureau en de Zorgaanbieder wordt vermeld over welke termijn de dossiers beschikbaar dienen te zijn. Het verwachte aantal dossiers zal voorafgaand aan de audit door de Zorgverzekeraar aan het auditbureau kenbaar worden gemaakt. Het is de verantwoordelijkheid van de Zorgaanbieder dat ten aanzien van deze dossiertoets wordt voldaan aan de vereisten in de Wbp. Als gevolg van de Wbp mogen in beginsel geen herleidbare patiëntgegevens aan derden worden verstrekt. De Zorgaanbieder is verplicht alle patiëntendossiers geanonimiseerd aan het auditbureau aan te leveren. De wijze waarop dit gebeurt, is vormvrij en kan door de Zorgaanbieder zelf worden ingevuld, rekening houdend met de geldende wet- en regelgeving.

7. Het auditbureau deelt aan het eind van de eerste Beheersmodel audit het resultaat van de audit mee aan de Zorgaanbieder en overhandigt het auditrapport ter ondertekening aan de Zorgaanbieder. Het resultaat is positief als het auditbureau heeft vastgesteld dat aan de criteria van de Beheersmodel audit wordt voldaan. Het resultaat is negatief als het auditbureau heeft vastgesteld dat niet aan de criteria van de Beheersmodel audit wordt voldaan.
8. Het auditbureau verstrekt vervolgens een kopie van het ondertekende auditrapport aan de Zorgverzekeraar.
9. De Zorgverzekeraar informeert de Zorgaanbieder binnen vier weken na de datum waarop de eerste Beheersmodel audit is uitgevoerd, schriftelijk en aangetekend over de definitieve uitkomst (positief of negatief) van de eerste Beheersmodel audit en de daaruitvolgende consequenties. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om vanwege legitieme reden(en) af te wijken van het resultaat zoals vastgesteld door het auditbureau.
10. Met de schriftelijke mededeling van de definitieve positieve uitkomst van de eerste Beheersmodel audit komen de kosten van de audit voor rekening van de Zorgverzekeraar en eindigt de Beheersmodel procedure.
11. Als de uitkomst van de eerste Beheersmodel audit definitief negatief is, heeft dat vanaf de datum van schriftelijke mededeling van de definitieve uitkomst van de audit door de Zorgverzekeraar aan de Zorgaanbieder, zie onder C.9. van deze bijlage, de volgende consequenties:
  - de kosten van de eerste Beheersmodel audit komen voor rekening van de Zorgaanbieder. Het auditbureau brengt de kosten van de eerste Beheersmodel audit in rekening bij de Zorgaanbieder;
  - de Zorgaanbieder is verplicht tot de tweede Beheersmodel audit (zie onder D. van deze bijlage);
  - de Zorgaanbieder en de aan de Zorgaanbieder verbonden Praktijkmedewerker(s) en/of Fysiotherapeut(en) zijn verplicht tot het volgen van het verbetertraject, zoals beschreven in C.12. en C.13. van deze bijlage. De kosten van het verbetertraject zijn voor rekening van de Zorgaanbieder;
  - de Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor de Verzekerden te informeren over het niet voldoen aan de criteria van de Beheersmodel audit door de Zorgaanbieder.
12. Vanaf het moment waarop de Zorgverzekeraar de negatieve uitkomst van de eerste Beheersmodel audit schriftelijk aan de Zorgaanbieder kenbaar heeft gemaakt, start het verbetertraject. De Zorgaanbieder dient direct na de schriftelijke mededeling (zie C.9. van deze bijlage) te starten met het verbeteren en (verder) implementeren van de overeengekomen kwaliteitsbepalingen, waarbij het auditrapport als leidraad kan dienen.
13. Het verbetertraject betreft ook het volgen van een verplichte bij- en nascholing door de Zorgaanbieder en de aan de Zorgaanbieder verbonden Praktijkmedewerker(s) en/of Fysiotherapeut(en) bij een van de door de Zorgverzekeraar geselecteerde opleidingsinstituten. De kosten van de bij- en nascholing zijn voor rekening van de Zorgaanbieder. De inhoud van de te volgen bij- en nascholing is door het instituut dat de scholing verzorgt in samenspraak met de Zorgverzekeraar ontwikkeld. De Zorgaanbieder en de aan de Zorgaanbieder verbonden Praktijkmedewerker(s) en/of Fysiotherapeut(en) dien(t)(en) de verplichte bij- en nascholing te hebben gevolgd, uiterlijk negen maanden na de datum waarop de Zorgverzekeraar de Zorgaanbieder schriftelijk mededeling heeft gedaan over de uitkomst en consequenties van de eerste Beheersmodel audit. De Zorgaanbieder stelt de Zorgverzekeraar op de hoogte van de afronding van de

bij- en nascholing via het indienen van een kopie van het scholingscertificaat.

#### D. Tweede Beheersmodel audit

1. Als de Zorgaanbieder en de aan de Zorgaanbieder verbonden Praktijkmedewerker(s) en/of Fysiotherapeut(en) het verbetertraject hebben afgerond, dient de tweede Beheersmodel audit te worden doorlopen. De kosten van de tweede Beheersmodel audit zijn voor rekening van de Zorgaanbieder, ongeacht de uitkomst.
2. De Zorgaanbieder spreekt met het auditbureau dat de eerste Beheersmodel audit heeft uitgevoerd een datum en tijdstip af waarop de tweede Beheersmodel audit wordt uitgevoerd, en stelt de Zorgverzekeraar hier schriftelijk van op de hoogte. Uiterlijk negen maanden na de datum waarop de schriftelijke mededeling van de definitieve uitkomst en consequenties van de eerste Beheersmodel audit door de Zorgverzekeraar aan de Zorgaanbieder heeft plaatsgevonden (zie C.9. van deze bijlage), moet de tweede Beheersmodel audit zijn uitgevoerd.
3. Het auditbureau voert op de afgesproken datum de tweede Beheersmodel audit bij de Zorgaanbieder uit. De Zorgaanbieder is verplicht alle medewerking te verlenen aan het auditbureau en haar werkzaamheden mogelijk te maken. Bij de werkzaamheden van het auditbureau kan een vertegenwoordiger van de Medische dienst van de Zorgverzekeraar aanwezig zijn.
4. Ten behoeve van de toetsing of het methodisch handelen en de toepassing van de richtlijnen uit de verslaglegging van de Fysiotherapeut te herleiden is, is de Zorgaanbieder verplicht alle patiëntendossiers van Verzekerden aan te leveren aan het auditbureau. De termijn waarover de patiëntendossiers beschikbaar moeten worden gesteld zal altijd minimaal zes maanden bedragen, met terugwerkende kracht gerekend tot aan de datum waarop de tweede Beheersmodel audit plaatsvindt. Het verwachte aantal dossiers zal voorafgaand aan de audit door de Zorgverzekeraar aan het auditbureau kenbaar worden gemaakt. Het is de verantwoordelijkheid van de Zorgaanbieder dat ten aanzien van deze dossiertoets wordt voldaan aan de vereisten in de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Als gevolg van de Wbp mogen in beginsel geen herleidbare patiëntgegevens aan derden worden verstrekt. De Zorgaanbieder is verplicht alle patiëntendossiers geanonimiseerd aan het auditbureau aan te leveren. De wijze waarop dit gebeurt, is vormvrij en kan door de Zorgaanbieder zelf worden ingevuld, rekening houdend met de geldende wet- en regelgeving.
5. Het auditbureau deelt aan het eind van de tweede Beheersmodel audit het resultaat van de audit mee aan de Zorgaanbieder en overhandigt het auditrapport ter ondertekening aan de Zorgaanbieder. Het resultaat is positief als het auditbureau heeft vastgesteld dat aan de criteria van de Beheersmodel audit wordt voldaan. Het resultaat is negatief als het auditbureau heeft vastgesteld dat niet aan de criteria van de Beheersmodel audit wordt voldaan.
6. Het auditbureau verstrekt vervolgens een kopie van het ondertekende auditrapport aan de Zorgverzekeraar.
7. De Zorgverzekeraar informeert de Zorgaanbieder binnen vier weken na de datum waarop de tweede Beheersmodel audit is uitgevoerd, schriftelijk en aangetekend over de definitieve uitkomst (positief of negatief) van de tweede Beheersmodel audit en de daaruitvolgende consequenties. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om vanwege legitieme reden(en) af te wijken van het resultaat zoals vastgesteld door het auditbureau.
8. Als de uitkomst van de tweede Beheersmodel audit definitief positief is, eindigt de Beheersmodel procedure.
9. Als de uitslag van de tweede Beheersmodel audit definitief negatief is, heeft dat de volgende consequenties:
  - de Zorgverzekeraar beëindigt de vigerende overeenkomst eerstelijns fysiotherapie per de datum waarop de Zorgverzekeraar de Zorgaanbieder schriftelijk en aangetekend op de hoogte heeft gesteld van de uitslag van de tweede Beheersmodel audit en de consequenties, zie D.7. van deze bijlage. In deze situatie is het bepaalde in artikel 14 lid 7 van deze overeenkomst van toepassing;
  - tot minimaal twaalf maanden na de datum van beëindiging van de overeenkomst eerstelijns fysiotherapie kan door de Zorgaanbieder geen overeenkomst eerstelijns fysiotherapie worden aangegaan met de Zorgverzekeraar. Indien de Zorgaanbieder na deze termijn opnieuw een

overeenkomst eerstelijns fysiotherapie met de Zorgverzekeraar wenst aan te vragen, dient de Zorgaanbieder eerst de vigerende Beheersmodel audit fysiotherapie met een definitief positieve uitkomst (ook als zodanig door de Zorgverzekeraar vastgesteld) afgerond te hebben bij een door de Zorgverzekeraar geselecteerd auditbureau. De kosten van deze Beheersmodel audit zijn voor rekening van de Zorgaanbieder. Bij de aanvraag voor de overeenkomst eerstelijns fysiotherapie zijn de contracteringscriteria en –procedures, volgend uit het op dat moment vigerende beleid van de Zorgverzekeraar, van toepassing;

- de Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor de Verzekerden te informeren over het niet voldoen aan de criteria van de Beheersmodel audit door de Zorgaanbieder.

#### **E. Consequenties stopzetten van en weigeren medewerking aan uitvoering Beheersmodel**

1. Op het moment dat de Zorgverzekeraar vaststelt dat Zorgaanbieder de procedure van de eerste Beheersmodel audit en/of tweede Beheersmodel audit beëindigt en/of weigert mee te werken aan de uitvoering van het Beheersmodel wordt dit door de Zorgverzekeraar beschouwd als het niet nakomen van de afspraken en verplichtingen. Indien de Zorgverzekeraar dit vaststelt, stelt de Zorgverzekeraar de Zorgaanbieder hiervan schriftelijk en aangetekend op de hoogte en beëindigt de vigerende overeenkomst eerstelijns fysiotherapie per de datum van dit schriftelijke besluit. Alle hiermee verband houdende kosten komen voor rekening van de Zorgaanbieder. In deze situatie is het bepaalde in artikel 14 lid 7 van deze overeenkomst van toepassing.
2. De Zorgaanbieder wordt na dit schriftelijke besluit voor minimaal 36 maanden na de datum van beëindiging uitgesloten van een overeenkomst eerstelijns fysiotherapie met de Zorgverzekeraar. Indien de Zorgaanbieder na deze termijn opnieuw een overeenkomst eerstelijns fysiotherapie met de Zorgverzekeraar wenst aan te vragen, dient de Zorgaanbieder eerst de vigerende Beheersmodel audit fysiotherapie met een definitief positieve uitkomst (ook als zodanig door de Zorgverzekeraar vastgesteld) afgerond te hebben bij een door de Zorgverzekeraar geselecteerd auditbureau. De kosten van deze Beheersmodel audit zijn voor rekening van de Zorgaanbieder. Bij de aanvraag voor de overeenkomst zijn de contracteringscriteria en –procedures, volgend uit het op dat moment vigerende beleid van de Zorgverzekeraar, van toepassing.
3. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor de Verzekerden te informeren over het niet voldoen aan de afspraken en verplichtingen door de Zorgaanbieder.

#### **F. Onvoorziene gevallen**

1. In onvoorziene gevallen waarin deze bijlage niet voorziet, beslist de Zorgverzekeraar.