



**OHRA** Direct  
geregeld



**Overeenkomst  
eerstelijns fysiotherapie  
2020/2021**

Behorend bij overeenkomstnummer 1.04.001 C



## Inhoudsopgave

### Deel II: Algemeen Deel

#### Algemene bepalingen eerstelijns

Artikel 1. Definities .....	3
Artikel 2. Zorgverlening.....	4
Artikel 3. Continuïteit van zorg.....	4
Artikel 4. Declaratiebepaling .....	5
Artikel 5. Informatievoorziening en gegevensbeheer .....	5
Artikel 6. Controle .....	5
Artikel 7. Fraude .....	6
Artikel 8. Wijzigingen in de overeenkomst.....	6
Artikel 9. Duur en einde van de overeenkomst.....	6
Artikel 10. Toepasselijk recht en geschillen.....	6
Artikel 11. Verzekering en vrijwaring .....	6

#### Zorgverzekeraar specifieke bepalingen

Artikel 1. Definities .....	7
Artikel 2. Zorgverlening.....	8
Artikel 3. Continuïteit van zorg.....	9
Artikel 5. Informatievoorziening en gegevensbeheer .....	10
Artikel 6. Controle .....	10
Artikel 7. Fraude .....	11
Artikel 8. Wijzigingen in de overeenkomst.....	12
Artikel 9. Duur en einde van de overeenkomst.....	12
Artikel 11. Verzekering en Vrijwaring.....	13
Artikel 12. Verwijzing .....	13
Artikel 13. Hoofdelijke aansprakelijkheid .....	14
Artikel 14. Slotbepalingen .....	15

#### Bijlagen

Bijlage 2. Kwaliteit .....	16
Bijlage 3. Groepsfysiotherapie .....	17
Bijlage 4. Praktijkinrichting.....	18
Bijlage 5. Administratie .....	19
Bijlage 6. Beheersmodel.....	29



## DEEL II: Algemeen Deel

### Opbouw overeenkomst

Het Algemeen Deel van deze overeenkomst bestaat uit twee delen; de algemene bepalingen eerstelijns en de Zorgverzekeraar-specifieke bepalingen. De algemene bepalingen eerstelijns bevatten het landelijk geüniformeerde deel van de overeenkomsten zorgverzekeraar - eerstelijnszorg en hebben tot doel algemene bepalingen van zorgverzekeraars die niet concurrentieel zijn te uniformeren. Reden die hieraan ten grondslag ligt, is het zo veel mogelijk beperken van de administratieve lasten bij de zorgaanbieder. Daar waar een keuze c.q. nadere invulling mogelijk was, heeft de Zorgverzekeraar deze keuze c.q. nadere invulling aangegeven middels **bold cursieve** tekst. In aanvulling op de algemene bepalingen eerstelijns zijn de Zorgverzekeraar-specifieke bepalingen van toepassing zoals vastgelegd in deze overeenkomst.

### Algemene bepalingen eerstelijns

#### Artikel 1. Definities

##### a. Zorgaanbieder

de natuurlijke persoon, rechtspersoon of maatschap die deze overeenkomst is aangegaan en die tevens fysiotherapeut kan zijn, dit conform het beleid van de individuele zorgverzekeraar. In geval 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 de gecontracteerde Zorg aanbiedt en die deze overeenkomst is aangegaan;

##### b. Detailcontrole

onderzoek door de Zorgverzekeraar naar bij de Zorgaanbieder berustende persoonsgegevens met betrekking tot eigen Verzekerden ten behoeve van Materiële controle of Fraudeonderzoek;

##### c. Formele controle

een onderzoek waarbij de Zorgverzekeraar nagaat of het tarief dat door een Zorgaanbieder voor een prestatie in rekening is gebracht:

- een prestatie betreft, welke is geleverd aan een bij die zorgverzekeraar verzekerde persoon;
- een prestatie betreft, welke behoort tot het verzekerde pakket van die persoon;
- een prestatie betreft, tot levering waarvan de Zorgaanbieder bevoegd is; en
- het tarief betreft, dat voor die prestatie krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg is goedgekeurd of vastgesteld of een tarief is dat voor die prestatie met de Zorgaanbieder is overeengekomen;

##### d. Fraudeonderzoek

een onderzoek waarbij de Zorgverzekeraar nagaat of de Verzekerde of de Zorgaanbieder valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden of verduistering pleegt of tracht te plegen ten nadele van bij de totstandkoming of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties met het doel een prestatie, vergoeding, betaling of ander voordeel te krijgen waarop de Verzekerde dan wel de Zorgaanbieder geen recht heeft of recht kan hebben;

##### e. Materiële controle

een onderzoek waarbij de Zorgverzekeraar nagaat of de door de Zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de Verzekerde;

##### f. Professionele standaard

richtlijnen, modules, normen, zorgstandaarden, dan wel organisatiebeschrijvingen (voor zover van toepassing) die betrekking hebben op het gehele zorgproces of een deel van een specifiek zorgproces en die vastleggen wat noodzakelijk is vanuit het perspectief van de patiënt goede Zorg te verlenen;



### g. Verzekerde

de persoon ten behoeve van wie een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en/of een aanvullende verzekeringsovereenkomst is gesloten met de Zorgverzekeraar, en die recht heeft op de Zorg in natura dan wel op gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten van de Zorg.

---

## Artikel 2. Zorgverlening

1. De Zorgaanbieder levert Zorg zoals fysiotherapeuten plegen te bieden aan de Verzekerden van de Zorgverzekeraar.
  2. De Zorgaanbieder levert de in artikel 2.1. genoemde Zorg voor zover de Verzekerde daar redelijkerwijs op is aangewezen. De inhoud en omvang van de Zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate Zorg en diensten.
  3. De Zorgaanbieder neemt bij het verlenen van Zorg de eisen in acht die volgens de algemeen aanvaarde Professionele standaard redelijkerwijs aan de te leveren Zorg mogen worden gesteld en handelt in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving waaronder privacywetgeving en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet BIG.
  4. De Zorgaanbieder biedt goede Zorg aan. Onder goede Zorg wordt conform de Wkkgz verstaan: Zorg van goede kwaliteit en van een goed niveau die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de Verzekerde, waarbij Zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de Professionele standaard en waarbij de rechten van de Verzekerde zorgvuldig in acht worden genomen en de Verzekerde ook overigens met respect wordt behandeld.
  5. De Zorgaanbieder verleent de Zorg in een adequaat ingerichte en geoutilleerde (praktijk)ruimte die voor de Verzekerde goed bereikbaar en toegankelijk is.
  6. De Zorgaanbieder is bereikbaar en beschikbaar conform de vigerende richtlijnen voor zijn beroepsgroep indien en voor zover van toepassing ingevolge bedoelde richtlijnen.
  7. De Zorgaanbieder beschikt over een klachtenprocedure en hanteert daartoe een reglement voor klachtbehandeling dat voldoet aan de wettelijke eisen (conform Wkkgz). De Zorgaanbieder informeert de Verzekerde over het bestaan van deze klachtenregeling.
- 

## Artikel 3. Continuïteit van zorg

1. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de continuïteit van de te leveren Zorg. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat waarneming plaatsvindt bij afwezigheid wegens ziekte, vakantie, beroepsgerichte na- of bijscholing en daarmee vergelijkbare omstandigheden die van invloed zijn op de continuïteit van de verlening van de Zorg. Bij waarneming dient de waarnemer gekwalificeerd te zijn en te handelen overeenkomstig de bepalingen van deze overeenkomst. De Zorgaanbieder stelt de Verzekerde op de hoogte van de waarneming en de na(a)m(en) en werkadres(sen) van de waarnemer(s).
2. Indien de waarneming langer duurt dan **vier** aaneengesloten maanden, doet de Zorgaanbieder hier schriftelijk mededeling van 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). Indien en voor zover de Zorgverzekeraar zich hierin niet kan vinden, zal deze met redenen omkleed ter zake de Zorgaanbieder zo snel mogelijk informeren.
3. De waarneming kan in beginsel niet langer duren dan **twaalf** aaneengesloten maanden. Daarna treden Partijen met elkaar in goed overleg.



4. Behoudens overmacht informeert de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar zo snel mogelijk, doch uiterlijk **drie** maanden voor de voorgenomen beëindiging van zijn praktijk.
  5. De Zorgaanbieder kan het aangaan van een behandelrelatie met een patiënt slechts weigeren of de behandelrelatie slechts beëindigen wegens gewichtige redenen tenzij er sprake is van een spoedeisende situatie.
- 

#### **Artikel 4. Declaratiebepaling**

1. Partijen verplichten zich hetgeen is vastgelegd in Bijlage 5. Administratie na te leven.
- 

#### **Artikel 5. Informatievoorziening en gegevensbeheer**

Uitgangspunt is dat de Zorgverzekeraar jegens zowel de Verzekerden als jegens de Zorgaanbieder handelt overeenkomstig hetgeen geldt ingevolge de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap.

##### *Informatievoorziening aan de Verzekerde*

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de Verzekerden conform de geldende NZa-regels worden geïnformeerd over de Zorg die hij levert, de daarbij behorende prestaties – waaronder de (indien van toepassing) wettelijke eigen bijdragen – en wachttijden.
2. Bij het aangaan van de behandelrelatie informeert de Zorgaanbieder de Verzekerde mondeling en/of schriftelijk over o.a. de werkwijze, klachtenregeling en bereikbaarheid.
3. De Zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn Verzekerden conform de NZa-regels worden geïnformeerd over de zorgprestaties die voor vergoeding in aanmerking komen en de wijzigingen hierin. Hieronder vallen onder meer de consequenties van het zorginkoopbeleid voor de Verzekerde.

##### *Gegevensbeheer en -uitwisseling*

4. Partijen leggen passende technische en organisatorische maatregelen aan om persoonsgegevens te beveiligen tegen verlies of tegen enige vorm van onrechtmatige verwerking. Ook bij uitwisseling van persoonsgegevens worden de gegevens voldoende beveiligd. De Zorgaanbieder spant zich in om voor wat betreft de gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders onderling zoals het uitwisselen van verwijzingen zich te committeren aan de in de keten gemaakte afspraken.

##### *Privacy en dossiervorming*

5. De Zorgaanbieder richt een dossier in conform de eisen van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). De Zorgaanbieder houdt bij de verwerking van de persoonsgegevens in dit dossier de eisen van de WGBO, de ~~Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp)~~ **dan wel de hiervoor in de plaats tredende wetgeving relevante wet- en regelgeving betreffende de bescherming van persoonsgegevens** en de **Zorgverzekeringswet (Zvw)** en daaraan gelieerde regels in acht.
- 

#### **Artikel 6. Controle**

1. De Zorgverzekeraar voert Formele en Materiële controles uit, met inachtneming van de eisen van de Zvw, de Regeling zorgverzekering (Rzv) en het vigerende Protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland.
2. De Zorgverzekeraar streeft ernaar Materiële controles zo snel mogelijk uit te voeren.
3. De Zorgaanbieder is verplicht zijn medewerking te verlenen aan een conform de Rzv uitgevoerde Materiële controle. De Zorgverzekeraar accepteert afdrucken uit een digitaal archiefsysteem als bewijsstukken.



---

### Artikel 7. Fraude

1. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitvoering van Fraudeonderzoek in ieder geval het bepaalde bij of krachtens de ~~Wbp dan wel de daarvoor in de plaats tredende wet~~ **relevante wet- en regelgeving betreffende de bescherming van persoonsgegevens**, de Zvw en de Rzv in acht.
2. De Zorgverzekeraar informeert de Zorgaanbieder schriftelijk over de zakelijke inhoud van de voorgenomen uitkomsten van het onderzoek en stelt de Zorgaanbieder in de gelegenheid daarop binnen een redelijke termijn te reageren. De Zorgverzekeraar betreft deze reactie van de Zorgaanbieder bij de vaststelling van de definitieve uitkomsten van het onderzoek en bericht deze schriftelijk aan de Zorgaanbieder.

---

### Artikel 8. Wijzigingen in de overeenkomst

1. Indien wijzigingen in wet- en/of regelgeving aanpassing van de overeenkomst noodzakelijk maken, treden partijen met elkaar in overleg om de betreffende bepalingen in de overeenkomst zoveel mogelijk aan te passen aan de nieuwe wet- en regelgeving, met instandhouding van de overige bepalingen.
2. Wijzigingen in de overeenkomst kunnen uitsluitend worden aangebracht met wederzijds goedvinden en tweezijdig schriftelijk vastgelegd, dan wel voor zover van toepassing digitaal overeengekomen in het zorginkoopportaal (VECOZO).

---

### Artikel 9. Duur en einde van de overeenkomst

*Zie Zorgverzekeraar-specifieke bepalingen.*

---

### Artikel 10. Toepasselijk recht en geschillen

1. Het Nederlands recht is op deze overeenkomst van toepassing.
2. In geval van een geschil tussen Partijen zal worden getracht dit eerst in onderling overleg op te lossen.
3. Een geschil is aanwezig zodra een van de Partijen dit schriftelijk aan de andere Partij kenbaar maakt.
4. Geschillen die niet in onderling overleg kunnen worden opgelost, kunnen worden voorgelegd aan de Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering zoals ondergebracht bij het Nederlands Arbitrage Instituut dan wel aan de bevoegde rechtbank.

---

### Artikel 11. Verzekering en vrijwaring

1. De Zorgaanbieder sluit een aansprakelijkheidsverzekering af die een dekking biedt tot een bedrag en onder voorwaarden zoals die binnen de beroepsgroep gebruikelijk is. De Zorgaanbieder geeft op eerste verzoek, indien daar een aanleiding toe bestaat, aan de Zorgverzekeraar een kopie van de polis en de voorwaarden van de in dit kader relevante verzekering.
2. Indien de Zorgverzekeraar door een patiënt (Verzekerde) aansprakelijk wordt gesteld voor toerekenbare tekortkomingen in de zorgverlening, zal de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar vrijwaren voor schade die de Verzekerde lijdt als gevolg van een tekortkoming in de nakoming van enige verbintenis die op de Zorgaanbieder rust.



## Zorgverzekeraar-specifieke bepalingen

### Artikel 1. Definities

In deze overeenkomst wordt (verder) verstaan onder:

#### **h. Fysiotherapeut (c.q. Zorgverlener)**

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 (deel)register(s) en/of het (de) aantekeningenregister(s) van het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of is ingeschreven in het Keurmerk Fysiotherapie register als fysiotherapeut en/of betreffende fysiotherapeut specialist;

#### **i. Medische dienst**

de BIG-geregistreerde (para)medisch adviseur (de (tand)arts, fysiotherapeut, verloskundige, verpleegkundige, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut of apotheker) die de Zorgverzekeraar adviseert over (para)medische aangelegenheden voor zover dat ligt op zijn deskundigheidsgebied en de functionele eenheid c.q. eenheden waaraan door de (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;

#### **j. Onderaanneming**

er is sprake van Onderaanneming indien een Verzekerde in behandeling is bij een Zorgaanbieder (de Hoofdaannemer) en deze, voor (een deel van) de daadwerkelijke Zorg een andere Zorgaanbieder (de Onderaannemer), niet zijnde dezelfde juridische entiteit als de Hoofdaannemer, inschakelt door (een deel van) deze Zorg door te contracteren aan deze andere Zorgaanbieder;

#### **k. Partijen**

de Partijen die deze overeenkomst zijn aangegaan;

#### **l. Praktijkadres(sen)**

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

#### **m. 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 (deel)register(s) en/of het (de) aantekeningenregister(s) van het KRF of is ingeschreven in het Keurmerk Fysiotherapie register als fysiotherapeut en/of betreffende fysiotherapeut specialist, die Zorg 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;

#### **n. Zorg**

de door de Zorgaanbieder te verlenen eerstelijns fysiotherapeutische zorg zoals Fysiotherapeuten die plegen te bieden conform het beroepsprofiel, de beroepscode en de richtlijnen en de standaarden van de fysiotherapeut, waarop de Verzekerde op grond van de Zvw of de verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen van de Zorgverzekeraar een natura- of restitutie-aanspraak kan doen gelden (verzekerde zorg);

#### **o. Zorgaanbieder**

*aanvulling op de definitie van Zorgaanbieder zoals vermeld onder a. van dit artikel:* de Zorgaanbieder zoals bedoeld in rubriek B van het Individueel Deel (Deel I) van deze overeenkomst;

#### **p. Zorgverzekeraar**

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





## Artikel 2. Zorgverlening

8. De Zorg verband houdend met de diagnose ziekte van Parkinson en waarvan de behandeling op enig moment in 2020 of 2021 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 verstrekt.
9. De Zorg verband houdend met de diagnose claudicatio intermittens en waarvan de behandeling op enig moment in 2020 of 2021 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 verstrekt.
10. De Zorg verband houdend met de diagnosecode 64xx (bekkenbodemregio inclusief organen kleine bekken) en waarvan de behandeling op enig moment in 2020 of 2021 start, wordt verleend door de Fysiotherapeut die actueel geregistreerd staat in het deelregister Bekkenfysiotherapeut van het KRF 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 verstrekt.
11. De Zorg verband houdend met de diagnosecode xx46 (lymfevataandoeningen/oedeem) en waarvan de behandeling op enig moment in 2020 of 2021 start, wordt verleend door de Fysiotherapeut die actueel geregistreerd staat in het aantekeningenregister Oedeemfysiotherapeut van het KRF 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 verstrekt.
12. Ten aanzien van de door Partijen overeengekomen kwaliteitsbepalingen wordt verwezen naar Bijlage 2. Kwaliteit van deze overeenkomst, die onlosmakelijk deel uitmaakt van deze overeenkomst.
13. Tenzij de Zorgaanbieder een instelling is, verleent de Zorgaanbieder de Zorg persoonlijk, met uitzondering van het bepaalde in lid 14 en lid 16 van dit artikel, alsmede het bepaalde in Artikel 3. Continuïteit van zorg.
14. De Zorgaanbieder mag de Zorg 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 de hiervoor bedoelde aspecten elkaar rechtstreeks aanspreken.
15. Onverminderd de eigen verantwoordelijkheid van de Praktijkmedewerker is de Zorgaanbieder ten volle verantwoordelijk en aansprakelijk voor de Zorg die de Praktijkmedewerker aan de Verzekerde verleent.
16. Bij Onderaanneming is de Zorgaanbieder te allen tijde verantwoordelijk en aansprakelijk voor de Zorg verleend door de Onderaannemer. Dit impliceert onder andere dat:
  - de Zorgaanbieder gehouden is alle verplichtingen die uit deze overeenkomst voortvloeien voor zover mogelijk ook in de afspraken met de Onderaannemer op te nemen;
  - de Zorgaanbieder ervoor zorgt dat de verlening van de Zorg door de Onderaannemer hetzelfde kwaliteitsniveau heeft als waarvoor de Zorgaanbieder bij de Zorgverzekeraar is gecontracteerd;
  - de Zorgaanbieder de Zorg verleend door een Onderaannemer zelf bij de Zorgverzekeraar declareert; en
  - de Zorgaanbieder aansprakelijk is voor klachten, uitkomsten van inspectierapporten en controles als bedoeld in Artikel 6. Controle van deze overeenkomst, betrekking hebbende op Verzekerden waarbij een Onderaannemer de daadwerkelijke Zorg heeft verleend.
17. 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 3. Groepsfysiotherapie, die onlosmakelijk deel uitmaakt van deze overeenkomst.

18. 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 zorginhoudelijke richtlijn(en) en/of de wens van de Verzekerde.
19. De praktijkruimte(n) van de Zorgaanbieder voldoe(t)(n) minimaal aan inrichtingseisen zoals opgenomen in Bijlage 4. Praktijkinrichting, die onlosmakelijk deel uitmaakt van deze overeenkomst.
20. Deze overeenkomst is Praktijkadres(sen) gebonden. De Zorgaanbieder verleent de Zorg 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 lid 19 van dit artikel wordt verwezen.

---

### **Artikel 3. Continuïteit van zorg**

6. De door de waarnemer(s) geleverde Zorg moet via het door Vektis laten toekennen van de status WRN herkenbaar zijn in het declaratieverkeer.
7. Indien de Zorgaanbieder verlening van Zorg weigert of voortijdig beëindigt, geldt in aanvulling op hetgeen is bepaald in artikel 3 lid 5 van de Algemene bepalingen van deze overeenkomst, dat de Zorgaanbieder schriftelijk mededeling doet, zo mogelijk vooraf, aan de Verzekerde van de weigering c.q. de beëindiging en de redenen die daaraan ten grondslag liggen. De Zorgaanbieder neemt waar nodig en met toestemming van de Verzekerde tevens contact op met de Zorgverzekeraar teneinde gezamenlijk te trachten (de continuïteit van) de verlening van de Zorg te waarborgen.
8. 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 Zorg, tenzij de waarneming gebeurt door een contractant fysiotherapie van de Zorgverzekeraar.
9. 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.
10. De Zorgaanbieder treft voorzieningen die nodig zijn voor een continue verlening van de Zorg en meldt omstandigheden die de continuïteit in gevaar brengen onverwijld aan de Zorgverzekeraar.
11. Ingeval de Zorgaanbieder of, indien de Zorgaanbieder een instelling is, een aan hem verbonden Praktijkmedewerker en/of Fysiotherapeut, krachtens een uitspraak gedaan op grond van de Wet BIG of het Wetboek van Strafrecht is geschorst in de uitoefening van zijn bevoegdheid, dan wel hem de uitoefening van zijn beroep is ontzegd en dit gevolgen heeft voor de te leveren Zorg door de Zorgaanbieder aan de Verzekerden en/of dit gevolgen heeft voor de kwaliteit van de Zorg, meldt hij dit onmiddellijk 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.
12. Indien de Zorgaanbieder onderhevig is aan een onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en/of de NZa stelt de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar hiervan direct in kennis en verstrekt een (voor zover relevant, geanonimiseerd) afschrift van ieder (niet)



openbaar rapport van de IGJ en/of NZa dat de Zorgaanbieder betreft voor zover relevant voor de uitvoering van de overeenkomst.

---

#### **Artikel 5. Informatievoorziening en gegevensbeheer**

6. Partijen verschaffen elkaar gevraagd en ongevraagd de inlichtingen die zij redelijkerwijs behoeven voor inzicht in de nakoming van de in deze overeenkomst aangegane verplichtingen.
7. Partijen behandelen de (persoons)gegevens van de betrokken Verzekerde(n) en de Zorgaanbieder(s) op wie die gegevens betrekking hebben die zij uitwisselen en onderling ter beschikking stellen vertrouwelijk en met inachtneming van de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.
8. Het doorgeven van gegevens aan derden zonder toestemming van de Verzekerde is verboden behoudens indien de verstrekking van de gegevens plaatsvindt met inachtneming van de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.

#### *Praktijk- en patiëntenregistratie*

9. De Zorgaanbieder draagt zorg voor een adequate praktijk- en patiëntenregistratie.
  10. 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.
  11. De Zorgaanbieder maakt gebruik van Elektronische Fysiotherapeutische Verslaglegging (EFV).
  12. 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 6. Controle van deze overeenkomst, voor de Medische dienst van de Zorgverzekeraar beschikbaar voor controledoeleinden, ook nadat deze overeenkomst een einde heeft genomen.
- 

#### **Artikel 6. Controle**

4. In aanvulling op artikel 6 lid 1 van de Algemene bepalingen, voert de Zorgverzekeraar Formele en Materiële controles uit met inachtneming van de eisen van de Regeling Persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekering WMG.
5. De Zorgverzekeraar kan een controle uitoefenen ten aanzien van de uitvoering van deze overeenkomst door de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder dient hier zijn medewerking aan te verlenen. De Zorgverzekeraar kan de controle uitvoeren al dan niet naar aanleiding van een vermoeden van niet (juiste) nakoming van de in onderhavige overeenkomst opgenomen verplichtingen door de Zorgaanbieder.
6. 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 dit artikel en/of het bepaalde in Bijlage 6. Beheersmodel, die onlosmakelijk deel uitmaakt van deze overeenkomst.
7. De controle zal niet onnodig belastend zijn voor de Zorgaanbieder en zich niet verder uitstrekken dan voor het doel van de controle noodzakelijk is.
8. De Zorgverzekeraar meldt een voorgenomen controle in de praktijk van de Zorgaanbieder tenminste veertien kalenderdagen voor het tijdstip dat de controle zal plaatsvinden tenzij er reden is van die termijn af te wijken. Reden om daarvan af te wijken is in ieder geval aan de orde in het geval onderzoek niet langer kan wachten omdat dit schadelijk is voor de Zorgverzekeraar of de



Verzekerden of indien de onregelmatigheden door langer wachten niet of moeilijk zijn aan te tonen. Indien serieuze vermoedens van malversaties bestaan, zorgt de Zorgaanbieder dat de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar onmiddellijk na aankondiging van een controle toegang krijgen tot praktijk- en patiëntenregistratie van Verzekerden, van de Zorgaanbieder.

9. De Zorgaanbieder is op grond van artikel 7.4 lid 2 van de Regeling zorgverzekering (Rzv) verplicht medewerking te verlenen aan een Materiële controle die wordt uitgevoerd overeenkomstig de Rzv. Dit houdt onder andere in dat de Zorgaanbieder de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar ter uitvoering van de controle in de praktijk dient toe te laten. Tevens is de Zorgaanbieder verplicht de bevoegde medewerkers 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 van de praktijk- en patiëntenregistratie van Verzekerden.
10. Indien en voor zover de controle betrekking heeft op de rechtmatigheid van de aanspraken van de Verzekerden en de doelmatigheid van de Zorg 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 door de Zorgaanbieder aan de Zorgverzekeraar beschikbaar gesteld.
11. 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).
12. Op grond van de resultaten van een controle en/of het bepaalde in bijlage 6. Beheersmodel van deze overeenkomst, kan de Zorgverzekeraar besluiten een akkoordverklaringsprocedure aan de Zorgaanbieder op te leggen. De Zorgaanbieder stelt in dat geval de Verzekerde voorafgaande aan het verlenen van de Fysiotherapie op de hoogte van de eis van Akkoordverklaring en dat zonder deze Akkoordverklaring de kosten van de Fysiotherapie niet door de Zorgverzekeraar worden vergoed.

---

## **Artikel 7. Fraude**

3. De Zorgaanbieder verliest bij door hem gepleegde fraude het recht op vergoeding uit hoofde van deze overeenkomst (betreffende het gedeelte waarop de fraude betrekking heeft), ongeacht de geleverde Zorg.
4. In geval van fraude kan de Zorgverzekeraar naar eigen keuze in ieder geval één of meerdere van de hierna beschreven maatregelen treffen:
  - a. de ten onrechte uitgekeerde betalingen en gemaakte onderzoekskosten terugvorderen;
  - b. deze overeenkomst met onmiddellijke ingang beëindigen;
  - c. registratie van fraude doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
  - d. een klacht indienen bij een tuchtrechtelijke instantie waarbij de Zorgaanbieder is aangesloten;
  - e. melding c.q. aangifte doen bij enige opsporingsdienst en/of het Openbaar Ministerie.
5. De in lid 4. van dit artikel beschreven sancties laten het recht van de Zorgverzekeraar om nakoming, beëindiging en/of schadevergoeding te vorderen onverlet.
6. De Zorgverzekeraar spant zich in om onterechte declaraties en fraude in de zorg zoveel mogelijk te bestrijden. Om die reden legt de Zorgverzekeraar (persoons)gegevens vast en kan de Zorgverzekeraar de gegevens delen met bevoegde derden waarmee de Zorgverzekeraar samenwerkt in het kader van veiligheid en integriteit van de Zorgverzekeraar en de branche.



## Artikel 8. Wijzigingen in de overeenkomst

3. Indien er geen overeenstemming wordt bereikt over aanpassing van de overeenkomst als gevolg van wijzigingen in wet- en/of regelgeving, kan elk der Partijen de overeenkomst met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden opzeggen. Tussenkost van de rechter is hier niet noodzakelijk.
- 

## Artikel 9. 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 eindigt tussentijds en zonder dat schriftelijke opzegging is vereist:
  - a. met wederzijds goedvinden;
  - b. indien de Zorgaanbieder een instelling is in de zin van de WTZi: indien de toelating van de Zorgaanbieder op grond van de WTZi is ingetrokken of indien de Zorgaanbieder niet langer voldoet aan de vereisten zoals gesteld in de WTZi of indien na het vervallen van de WTZi niet binnen de voor de Zorgaanbieder geldende termijn zoals gesteld in de Wtza een toelating wordt verleend op grond van de Wtza;
  - c. indien de Zorgaanbieder een instelling is in de zin van de Wtza: indien de toelating van de Zorgaanbieder op grond van de Wtza is ingetrokken of indien de Zorgaanbieder niet langer voldoet aan de vereisten zoals gesteld in de Wtza.
3. Naast de wettelijke beëindigingsgronden kan de overeenkomst verder, met onmiddellijke ingang, zonder rechterlijke tussenkost, geheel of gedeeltelijk worden opgezegd:
  - a. door een der Partijen als de wederpartij (voorlopige) surseance van betaling verkrijgt;
  - b. door een der Partijen als de wederpartij zich in staat van kennelijk onvermogen om aan zijn financiële verplichtingen te voldoen bevindt of het onderwerp is van een procedure tot faillissement, gerechtelijk akkoord, vereffening, beslaglegging waardoor de verlening van Zorg (mogelijk) in gevaar komt of van elke andere soortgelijke procedure;
  - c. door de Zorgverzekeraar indien de Zorgaanbieder een natuurlijk persoon is: door faillissement of overlijden van de Zorgaanbieder of indien de persoon is toegelaten tot de Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen (Wsnp);
  - d. door de Zorgverzekeraar indien de Zorgaanbieder een instelling met rechtspersoonlijkheid is: door faillissement of ontbinding van de rechtspersoon;
  - e. door de Zorgverzekeraar als de onderneming van of de beroepsuitoefening door de Zorgaanbieder beëindigd wordt dan wel ontbonden of (een deel daarvan) aan een derde wordt overgedragen en hiervoor voorafgaand geen instemming is gegeven door de Zorgverzekeraar;
  - f. door de Zorgverzekeraar indien de zeggenschapsverhouding binnen de instelling van de Zorgaanbieder naar het oordeel van de Zorgverzekeraar significant wijzigt door bijvoorbeeld overdracht van aandelen, omzetting, splitsing of fusie, tenzij de Zorgverzekeraar na voorafgaand overleg hiertegen geen bezwaar heeft;
  - g. door een der Partijen als de wederpartij haar verplichtingen uit 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;
  - h. door een der Partijen, als de wederpartij in een situatie van overmacht verkeert en aan te nemen is dat deze langer zal duren dan 30 kalenderdagen;
  - i. indien de Zorgaanbieder en/of een of meerdere Praktijkmedewerkers dan wel één of meerdere aan de Zorgaanbieder verbonden Fysiotherapeuten, niet (langer) geregistreerd staa(t)(n) in het (de) betreffende deelregister(s) en/of het (de) aantekeningenregister(s) van het KRF of in het register van Keurmerk Fysiotherapie als fysiotherapeut en/of betreffende fysiotherapeut specialist;
  - j. als een der Partijen zich tegenover de wederpartij schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, dwang of bedreiging.
4. De Zorgverzekeraar is bij beëindiging van deze overeenkomst op grond van één van de situaties zoals genoemd in lid 2. en 3. van dit artikel, geen schadevergoeding uit welke hoofde dan ook aan de



Zorgaanbieder verschuldigd.

5. De opzegging van de overeenkomst, alsmede de eventueel daaraan voorafgaande ingebrekestelling geschiedt schriftelijk aan de wederpartij.
  6. 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 11. Verzekering en Vrijwaring**

3. De Zorgaanbieder garandeert, in aanvulling op hetgeen is bepaald in artikel 11 lid 1 van deze overeenkomst, dat tevens een adequate beroeps- en bedrijfsaansprakelijkheidsverzekering is gesloten voor de door of vanwege de Zorgaanbieder ingeschakelde (rechts)personen die in het kader van deze overeenkomst Zorg verlenen maar niet onder de dekking van de genoemde verzekering in artikel 11 lid 1 van deze overeenkomst vallen. De Zorgaanbieder geeft op eerste verzoek aan de Zorgverzekeraar een kopie van de polis en de voorwaarden van de in dit kader relevante verzekeringen.
  4. Indien de Zorgverzekeraar door een derde, waaronder maar niet uitsluitend de (nabestaande van de) Verzekerde, aansprakelijk wordt gesteld voor toerekenbare tekortkomingen in de nakoming van de verplichting om Zorg te leveren waarop de Verzekerde aanspraak heeft, geldt in aanvulling op hetgeen is bepaald in artikel 11 lid 2 van deze overeenkomst dat de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar vrijwaart ter zake van de door hem geleden schade als gevolg van de aanspraak van deze derde, ongeacht of de Zorgaanbieder zelf tekort is geschoten dan wel dat de tekortkoming voor rekening van de Onderaannemer is.
- 

### **Artikel 12. Verwijzing**

1. De Zorgaanbieder verleent de Zorg voor rekening van de Zorgverzekeraar, indien voor de Zorg een indicatie bestaat. Deze indicatie dient, indien er sprake is van Zorg 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 Zorg aan de Verzekerde verstrekte verwijzing van de huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, tandarts, jeugdarts, medisch specialist of verpleegkundig 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 is gepubliceerd en welke onlosmakelijk deel uitmaakt van deze overeenkomst.
3. Iedere verwijzing dient minimaal de volgende gegevens te bevatten:
  - gegevens patiënt : naam, BSN en geboortedatum;
  - gegevens verwijzer : naam, AGB-code en handtekening;
  - verwijsgegevens : medische diagnose\* en/of hulpvraag, datum verwijzing;
  - overige gegevens : soort zorg, bijvoorbeeld fysiotherapie en indien van toepassing:
    - eenmalig onderzoek;
    - eenmalig kinderfysiotherapeutisch rapport;
    - behandeling aan huis of in een instelling;
    - beweegprogramma artrose in heup en/of knie, COPD, diabetes mellitus type 2, coronaire hartziekten, osteoporose, oncologie of overgewicht en obesitas bij kinderen.



\* Voor onderstaande aandoeningen waarbij men aanspraak maakt op bijlage 1 Besluit zorgverzekering (fysio- en oefentherapie) zijn de volgende aanvullende gegevens nodig:

- COPD: vermelding van GOLD classificatie;
  - diffuse interstitiële longaandoening: of er sprake is van een ventilatoire beperking of diffusiestoornis;
  - whiplash: datum trauma;
  - HNP/polyneuropathie: of er sprake is van een motorische parese;
  - scoliose: of er sprake is van een progressieve en/of aangeboren/congenitale scoliose;
  - Claudicatio Intermittens: vermelding van graad van Fontaine;
  - status na opname in een ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie en de hulp dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling: vermelding van ontslagdatum;
  - voor behandelingen aan huis of in een inrichting dient de verwijzend arts de medische noodzaak hiertoe op de verwijzing te beschrijven, mits dit is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekeraar dan wel in de overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder.
4. Met betrekking tot de geldigheidsduur van de verwijzing geldt als uitgangspunt dat de verwijzing maximaal drie maanden geldig blijft totdat de zorgverlening een aanvang neemt;
  5. De verwijzing dient leesbaar en achteraf raadpleegbaar te zijn, waarbij de authenticiteit in voldoende mate gewaarborgd dient te zijn.
  6. 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.
  7. 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.

---

### 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. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Zorgverzekeraar is het de Zorgaanbieder, met uitzondering van het vestigen van pandrechten niet toegestaan rechten en verplichtingen uit deze overeenkomst geheel dan wel gedeeltelijk over te dragen aan derden of door derden te laten overnemen. Aan deze toestemming kan de Zorgverzekeraar voorwaarden verbinden.
2. Ten aanzien van communicatie-uitingen (zoals reclame) geldt:
  - a. het is de Zorgaanbieder toegestaan het beeldmerk van de Zorgverzekeraar te gebruiken in communicatie-uitingen zolang het gebruik plaatsvindt in overeenstemming met het beleid van de Zorgverzekeraar. Het beleid inzake het gebruik van het logo is te vinden op de website van de Zorgverzekeraar;
  - b. indien (het logo van) de Zorgverzekeraar in communicatie-uitingen van de Zorgaanbieder wordt gebruikt of genoemd, mag dit gebruik geen verband houden met doelen die niet verenigbaar zijn met het beleid en doelstellingen van de Zorgverzekeraar. Tevens mag het gebruik niet leiden tot verwarring bij de Verzekerden ten aanzien van onder andere de vergoeding van Zorg of de kosten van het zorggebruik.
3. 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.
4. Op deze overeenkomst zijn de algemene voorwaarden van de Zorgaanbieder, onder welke naam of in welke vorm dan ook, uitdrukkelijk niet van toepassing.
5. Het niet terstond uitoefenen van enig recht dat de Zorgverzekeraar op grond van de wet of deze overeenkomst heeft, zal in geen geval worden geacht te zijn het doen van afstand van dat recht door de Zorgverzekeraar.
6. Ingeval de overeenkomst met de Zorgverzekeraar eindigt en niet aansluitend wordt vernieuwd, is de Zorgaanbieder gehouden de Verzekerde op de hoogte te brengen van de beëindiging van de contractuele relatie met de Zorgverzekeraar met inachtneming van het volgende:
  - a. de Zorgaanbieder informeert de Verzekerde waar mogelijk twee maanden voorafgaand aan de datum van afloop van de overeenkomst over de beëindiging van de overeenkomst met de Zorgverzekeraar;
  - b. de Zorgaanbieder declareert de behandeling(en) ten laste van de Zorgverzekeringwet 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 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 adviseert de Verzekerde contact op te nemen met de Zorgverzekeraar waarbij tevens verwezen kan worden naar de "Zorgvinder" 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, een en ander in overeenstemming met de daarvoor geldende wet- en regelgeving.





## Bijlage 2      Kwaliteit

Kwaliteit van de Zorg is de primaire verantwoordelijkheid van de Zorgaanbieder zelf. De Zorgverzekeraar speelt een rol ten aanzien van het stimuleren van kwaliteit van zorg en het mede toezien op de levering hiervan. De Zorgverzekeraar streeft ernaar om door middel van het sluiten van zorgovereenkomsten voldoende en kwalitatief goede Zorg beschikbaar te hebben voor haar Verzekerden. Het fysiotherapeutisch handelen dient inhoudelijk kwalitatief verantwoord en transparant te zijn. In deze kwaliteitsparagraaf worden hiertoe nadere voorwaarden opgenomen. De kwaliteitsparagraaf maakt integraal deel uit van de overeenkomst. Getracht is om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de kwaliteitsnormen die door het KNGF en/of het Keurmerk Fysiotherapie zelf worden nagestreefd.

### A. Algemene voorwaarden

De Zorgaanbieder verplicht zich jegens de Zorgverzekeraar om bij het leveren van de Zorg de eisen in acht te nemen die volgens de algemeen aanvaarde Professionele standaard redelijkerwijs aan de te leveren Zorg mogen worden gesteld en handelt in overeenstemming met de voor de Zorgaanbieder relevante wet- en regelgeving, waaronder (maar niet uitsluitend) de WGBO, de Wet BIG, de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens, de Wkkgz en handelt conform de eisen gesteld in deze overeenkomst.

### B. 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 aan hem te verlenen Zorg. Hiertoe worden uitdrukkelijk ook de financiële aspecten van de Zorg 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 Zorg 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 Zorg van deze Fysiotherapeut ontvangt.

### C. 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 volgens deze standaard noodzakelijk is.
2. De Zorgaanbieder levert de Zorg op doelmatige en professioneel verantwoorde wijze en past daartoe de voor zijn beroepsgroep geldende protocollen, richtlijnen en standaarden toe.
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 onder andere 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 zijn voor elke Fysiotherapeut onderdeel van zijn beroepsuitoefening en takenpakket.



## Bijlage 3 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 verantwoordelijkheid heeft en hen in dezelfde ruimte begeleidt, adviseert en/of behandelt ongeacht de tijdsduur en de inhoud van de behandeling.

### A. NZa prestatiebeschrijving fysiotherapie

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

### B. Voorwaarden Zorgverzekeraar

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

- 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, gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) en voor preventieve trainingen zoals valpreventie,
- de Fysiotherapeut die de groepsfysiotherapie 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 waar 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 betrokkenen) 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.

### C. 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 de vergoedingsvoorwaarden van de Verzekerde.



## Bijlage 4 Praktijkinrichting

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

### Algemene eisen

- De praktijk is duidelijk herkenbaar als eerstelijns praktijk voor paramedische zorg. Als de praktijk in een instelling is gevestigd, is er een duidelijke bewegwijzering naar de praktijkruimten.
- Er is ten minste een behandelruimte aanwezig waar een-op-een behandeling in een afgesloten ruimte mogelijk is zonder de aanwezigheid van derden. De behandelruimten en de wachtkamer zijn gescheiden door gesloten vaste wanden en deuren.
- De praktijk is goed toegankelijk, ook voor minder validen (drempelvrij, brede ingang, et cetera). In geval van een verdieping is een (trap)lift aanwezig.
- De praktijk is tijdens de openingstijden telefonisch goed bereikbaar. Bij afwezigheid wordt een antwoordapparaat gebruikt (met opnamemogelijkheid of voicemail).
- De praktijk beschikt (of kan beschikken) over adequaat instructiemateriaal ter ondersteuning van onderzoek, advies en/of behandeling.
- De prijslijst, de klachtenregeling en de betalingsvoorwaarden zijn duidelijk zichtbaar voor de Verzekerde.

### Hygiëne

- De praktijk beschikt over een toilet en de gelegenheid om de handen te wassen. Het toilet en de handenwasgelegenheid zijn vanuit de wachtruimte toegankelijk.
- De praktijkruimte, inventaris en gebruiksmaterialen worden op een verantwoorde manier gereinigd.
- De behandelruimten hebben een goed te reinigen, egaal vloeroppervlak.

### Privacy

- De praktijk beschikt over behandelruimten die de privacy van de patiënt waarborgen (auditief en visueel).
- De praktijk beschikt over administratieve voorzieningen die de privacy van de patiënt waarborgen. Deze zijn in overeenstemming met de relevante wet- en regelgeving.
- Geluidsoverdracht tussen verschillende ruimten wordt voorkomen.

### Veiligheid

- De praktijk beschikt over een goedgekeurde elektriciteits- en energievoorziening.
- De praktijk voldoet aan de geldende (brand)veiligheidseisen.
- In de praktijk zijn een EHBO-does en een brandblusapparaat aanwezig.
- De verlichting, verwarming en ventilatie voldoen aan algemeen te stellen eisen van hygiëne en veiligheid.
- De praktijk voldoet aan de geldende eis rondom de veiligheid van patiëntgegevens, dossiervorming en declaratieverkeer.
- Alle aanwezige apparatuur ter ondersteuning van de behandeling voldoet aan de wettelijke veiligheidseisen en is geschikt voor professioneel gebruik. De ruimtelijke voorziening en inventaris zijn van zodanige kwaliteit en constructie, dat zij bij gebruik geen gevaren voor personen opleveren.

### Behandelruimte

- Als meerdere paramedici van dezelfde praktijkruimte gebruikmaken, moeten zij de werkzaamheden net zo adequaat uitvoeren als wanneer zij als solist werkzaam zouden zijn.
- Het aantal (fulltime) werkzame paramedici komt minimaal overeen met het aantal behandelruimten. Per 1 FTE is dus 1 behandelruimte beschikbaar.
- De behandelruimten zijn geschikt voor het geven van paramedische zorg in volle omvang.
- In de behandelruimte is diagnostisch/behandelmateriaal aanwezig voor het behandelen van aandoeningen/stoornissen.
- De praktijkruimte beschikt over meubilair dat is afgestemd op de doelgroep.
- De behandelruimte heeft een vrij vloeroppervlak van minimaal 16 m<sup>2</sup>. Voor fysiotherapie geldt dat er tenminste 1 behandelruimte is met een vrij vloeroppervlak van minimaal 25 m<sup>2</sup>.



## Bijlage 5 Administratie

Bijlage 5 Administratie van deze overeenkomst bestaat uit twee delen; Uniforme declaratieparagraaf en de Zorgverzekeraar-specifieke bepalingen. De Uniforme declaratieparagraaf betreft het landelijk geüniformeerde deel van de declaratiebepalingen zorgverzekeraar - eerstelijnszorg en hebben tot doel algemene bepalingen van zorgverzekeraars die niet concurrentieel zijn te uniformeren. Reden die hieraan ten grondslag ligt, is het zo veel mogelijk beperken van de administratieve lasten bij de zorgaanbieder. Daar waar een keuze c.q. nadere invulling mogelijk was, heeft de Zorgverzekeraar deze keuze c.q. nadere invulling aangegeven middels **bold cursieve** tekst. In aanvulling op de Uniforme declaratieparagraaf zijn de Zorgverzekeraar-specifieke bepalingen van toepassing zoals vastgelegd in deze bijlage.

### Uniforme declaratieparagraaf versie 1.0

#### Artikel 1 Algemeen

1. Wetgeving, regelgeving (beleidsregels en andere regels), landelijke richtlijnen en overige bilateraal overeengekomen afspraken zijn altijd leidend.
2. De declaratieparagraaf geldt voor:
  - a. het declaratieproces en onderwerpen die daarmee samenhangen; en
  - b. declaraties betrekking hebbende op Zorg, zoals omschreven in de overeenkomst en zoals is verleend aan de Verzekerden van de Zorgverzekeraar.
3. Deze declaratieparagraaf is niet van toepassing op afspraken onder de beleidsregel innovatie, tenzij specifiek afgesproken bij die afspraken onder de beleidsregel innovatie.
4. De declaratieparagraaf is een bijlage bij de individuele zorgovereenkomst tussen de Zorgverzekeraar en de Zorgaanbieder en vormt hiermee één geheel.
5. Het is uitsluitend toegestaan te declareren bij de Zorgverzekeraar dan wel de Verzekerde namens Zorgaanbieder die in de overeenkomst genoemd wordt.

#### Artikel 2 Controle verzekeringsrecht en BSN

1. De Zorgverzekeraar stelt elke werkdag geactualiseerde gegevens van haar Verzekerden beschikbaar voor controle op verzekeringsrecht (COV) via VECOZO.
2. De Zorgaanbieder stelt vast dat de patiënt dezelfde persoon is als uit diens legitimatiebewijs blijkt.
3. De Zorgaanbieder controleert het verzekeringsrecht van de patiënt via COV vóór:
  - a. aanvang aanschrijven c.q. behandeling; en voor
  - b. inzending declaratie.Uitzondering hierop geldt bij een acute situatie. In voorkomende gevallen dient dit door de Zorgaanbieder aangetoond te worden.
4. Een COV-bericht via VECOZO dient in overeenstemming te zijn met de meest recente vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is.
5. Door de beschikbaarheid van COV is het slechts mogelijk om in uitzonderlijke situaties gegevens over verzekeringsrecht of Burgerservicenummer (BSN) van een patiënt telefonisch bij de Zorgverzekeraar op te vragen, een en ander overeenkomstig vigerende privacywetgeving.
6. Bij twijfel over de identiteit van de patiënt of wanneer er gerichte aanwijzingen zijn voor fraude, wordt door de Zorgaanbieder een melding gedaan bij de afdeling fraude van de Zorgverzekeraar.



### Artikel 3 Declareren

1. Een declaratie dient in overeenstemming te zijn met de vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen Zorg.
2. De Zorgaanbieder declareert de in het kader van de op grond van deze overeenkomst verleende Zorg zonder tussenkomst van de Verzekerde bij de Zorgverzekeraar **met uitzondering van de prestaties die zijn opgenomen in bijlage A.1 Uitzonderde prestaties.**
3. Declaraties worden door de Zorgaanbieder via VECOZO digitaal aangeleverd bij de Zorgverzekeraar.
4. De Zorgaanbieder hanteert bij declaratie de UZOVI-code(s) **9664 zoals die zijn opgenomen in bijlage A.2 UZOVI-code(s).**
5. De Zorgaanbieder levert maandelijks de initiële declaraties in leesbare en onbeschadigde staat aan. Indien het declaratiebestand niet leesbaar of beschadigd is, wordt het declaratiebestand afgewezen en is de Zorgaanbieder gehouden zo snel mogelijk een nieuw declaratiebestand aan te leveren.
6. Alleen declaraties die (deels) zijn afgewezen omdat die niet onder de dekking van de verzekering van de Verzekerde vallen, kunnen door de Zorgaanbieder aan de Verzekerde worden voorgelegd. In dat geval voegt de Zorgaanbieder duidelijk op of bij de nota een tekst met onderstaande strekking toe: *“Deze nota is door [NAAM zorgaanbieder] rechtstreeks ingediend bij uw zorgverzekeraar. Voor zover u recht heeft op een vergoeding van – het deel – verzekerde zorg is dat door uw zorgverzekeraar al aan [NAAM zorgaanbieder] betaald. Het resterende niet voor vergoeding in aanmerking komende bedrag à € [BEDRAG te voldoen] dient u zelf aan [NAAM zorgaanbieder] te betalen. Stuurt u deze nota dus niet door aan uw verzekeraar”.*  
Alle Zorg die, op basis van de informatie waarover de Zorgaanbieder redelijkerwijs kan beschikken, niet onder de dekking van de verzekering van de Verzekerde valt, kan door de Zorgaanbieder ten laste van de Verzekerde worden voorgelegd. Dit geldt eveneens voor (deels) afgewezen declaraties. De Zorgaanbieder informeert de patiënt/Verzekerde voorafgaand aan de behandeling-voor zover hij redelijkerwijs over de informatie beschikt- indien een behandeling niet, of niet volledig, voor vergoeding in aanmerking komt op grond van de verzekering. Het voorgaande laat onverlet dat de Zorgaanbieder in ieder geval de patiënt/Verzekerde zal informeren omtrent de vergoeding voor wat betreft de zorgverzekering.
7. Alleen indien er expliciete afspraken zijn gemaakt tussen Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar kan er in uitzonderlijke gevallen een papieren declaratiebericht verstuurd worden. Een papieren declaratiebericht (ook een nota aan de Verzekerde) bevat tenminste een aantal gegevenselementen. Deze moeten voldoen aan de Nadere Regels die de NZa aan de informatieverplichting bij factureren stelt.
8. ~~De Zorgaanbieder declareert ten opzichte van de einddatum van de prestatie [percentage][binnen/voor/uiterlijk TIJDSEENHEID AFSPREKEN][SECTORSPECIFIEK] bij de Zorgverzekeraar Nb. Dit is sectorspecifiek afhankelijk of er een behandeltraject is; bijvoorbeeld verloskundetraject, DBC of per behandeling declareren.~~
9. Indien door overmacht de termijn, zoals bedoeld in dit artikel, niet gehaald wordt, neemt de Zorgaanbieder contact op met de Zorgverzekeraar met de intentie om alsnog de betreffende declaratie(s) zowel administratief als financieel juist af te handelen. De partij die zich op overmacht beroept, moet dat aantonen.
10. De afhandeling van declaratieregels wordt door de Zorgverzekeraar uitgevoerd volgens het principe dat de Zorgverzekeraar foutief aangeleverde regels niet corrigeert en daarom niet verwerkt en/of (gedeeltelijk) uitbetaalt. Bij regelmatige foutieve aanlevering, dan wel hoge uitvalpercentages, neemt de Zorgverzekeraar contact op met de Zorgaanbieder.
11. Indien de Zorgaanbieder een machtiging heeft aangevraagd en verkregen via het zogenoemde machtigingsportaal van VECOZO, vult de Zorgaanbieder bij het declareren het door de



Zorgverzekeraar afgegeven machtigingsnummer (en dus niet het VECOZO machtiging-ID) in.

#### **Artikel 4 Declareren via derden (voor zover van toepassing)**

1. Alle bepalingen uit deze declaratieparagraaf zijn onverminderd van toepassing op declaraties via derden. Met derden wordt bedoeld partijen die zich met een AGB-code in het veld als servicebureau identificeren in het voorlooprecord van het declaratiebericht.
2. De Zorgaanbieder is vrij de gehele declaratieprocedure aan een derde partij uit te besteden (ongeacht de wijze waarop). De Zorgaanbieder is er verantwoordelijk voor dat de Zorgverzekeraar formeel en schriftelijk wordt geïnformeerd dat:
  - a. de declaratiewerkzaamheden zijn uitbesteed aan een derde en welke derde;
  - b. en hiermee samenhangend aan wie in het vervolg betaald moet worden.Dit dient tenminste 14 kalenderdagen voorafgaand aan de eerste verzending van de declaratie bij de Zorgverzekeraar bekend te zijn gemaakt.
3. Beëindiging of wijziging van de hiervoor genoemde uitbesteding dient door de Zorgaanbieder zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen de gestelde betaaltermijn, schriftelijk bij de Zorgverzekeraar bekend gemaakt te zijn.
4. De Zorgaanbieder is er tevens verantwoordelijk voor dat de derde gemachtigde de bepalingen uit deze declaratieparagraaf onverkort naleeft. Indien dit onverhoopt niet gebeurt, dan kan de Zorgverzekeraar hier niet aansprakelijk voor worden gesteld.
5. Indien de Zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteedt aan een derde, blijft de Zorgaanbieder te allen tijde zelf volledig verantwoordelijk en aansprakelijk voor naleving van verplichtingen die uit de overeenkomst voortvloeien, ongeacht wat tussen de Zorgaanbieder en de derde partij is overeengekomen. De Zorgaanbieder vrijwaart de Zorgverzekeraar voor het niet of niet juist naleven door een gemachtigde van de bepalingen uit deze declaratieparagraaf.
6. Betaling door de Zorgverzekeraar aan een derde op schriftelijk verzoek en/of met schriftelijke instemming van de Zorgaanbieder, geldt als een bevrijdende betaling aan de Zorgaanbieder.

#### **Artikel 5 Herdeclaraties en correcties**

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat herdeclaraties/correcties, ten gevolge van eerdere afwijzingen, binnen **30 kalenderdagen** na beschikbaarstelling van de retourinformatie op VECOZO opnieuw worden gedeclareerd.
2. Correcties op declaraties die eerder zijn aangeboden aan en zijn betaald door de Zorgverzekeraar, worden door de Zorgaanbieder door middel van crediteringen via de externe integratie standaard aangeboden.
3. De Zorgverzekeraar is gerechtigd om een uitbetaalde declaratie bij de Zorgaanbieder terug te vorderen indien er sprake is van:
  - ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties;
  - incorrecte tarieven;
  - fraude;
  - dubbel uitbetaalde declaraties.
4. De Zorgverzekeraar stelt de Zorgaanbieder of de derde partij op de hoogte van de door hem geconstateerde ten onrechte of foutief uitbetaalde declaratie(s) ten gevolge van achterafcontroles en de wijze waarop zij de terugvordering voornemens is uit te voeren. Indien de Zorgaanbieder de terugvordering betwist, heeft hij **21** kalenderdagen de tijd om de declaratie te motiveren alvorens de Zorgverzekeraar de terugvordering ten uitvoer zal brengen. Indien de (eventueel gedeeltelijke) onrechtmatigheid van de terugvordering is aangetoond, vervalt de vordering (gedeeltelijk).
5. ~~**De Zorgaanbieder stelt de Zorgverzekeraar op de hoogte van het intrekken van een factuur met betrekking tot een restitutie nota [SECTORSPECIFIEK]**~~





## Artikel 6 Betaling

- ~~1.—De Zorgaanbieder informeert de patiënt/Verzekerde voor aanvang behandeling indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat de Verzekerde, op basis van de informatie waarover de Zorgaanbieder redelijkerwijs kan beschikken, mogelijk geen recht op vergoeding heeft op grond van zijn verzekering of dat een machtiging [SECTORSPECIFIEK] van de Zorgverzekeraar nodig is. Het voorgaande laat onverlet dat de Zorgaanbieder in ieder geval de patiënt/Verzekerde zal informeren omtrent de vergoeding voor wat betreft de zorgverzekering.~~
2. Indien een zorgovereenkomst is gesloten, vindt uitsluitend betaling van Zorg plaats tegen de in de zorgovereenkomst overeengekomen ~~en/of de wettelijke~~ tarieven waarvoor de Verzekerde bij de Zorgverzekeraar is verzekerd.
3. De Zorgverzekeraar betaalt de goedgekeurde regels van de ingediende declaratie aan de Zorgaanbieder op het door de Zorgaanbieder vooraf aangegeven IBAN. Voor zover de Zorgverzekeraar betalingen verricht, geldt, indien en voor zover van toepassing, dat deze altijd zijn gedaan inclusief BTW.
4. Bij digitale declaraties hanteert de Zorgverzekeraar voor de betaalbaarstelling ten opzichte van de datum ontvangst factuur een betaaltermijn van **21 kalenderdagen** mits de declaraties zijn ontvangen binnen de overeengekomen declaratietermijn.
- ~~5.—Declaraties die meer dan [VARIABEL PERIODE] na behandeldatum/behandeltraject (bijv. DBC [SECTORSPECIFIEK]) worden ingediend, komen niet meer voor vergoeding in aanmerking.~~
6. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat de Verzekerde een eigen risico heeft, zal de Zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag conform overeenkomst uitbetalen en volledig aan de Zorgaanbieder vergoeden **conform bijlage A.3 (Betaalafspraken)**.
7. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat er sprake is van een door de Verzekerde te betalen eigen bijdrage, dan zal de Zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag **geheel/gedeeltelijk/niet** aan de Zorgaanbieder vergoeden, ~~conform bijlage A.3 (Betaalafspraken)~~.
8. Indien de Zorgverzekeraar bij een door de Zorgaanbieder correct ingediende declaratie niet binnen de overeengekomen betaaltermijnen kan vergoeden, dan gaat de Zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk over tot een voorlopige betaling in de vorm van een voorschot ter hoogte van **in de regel 100% van** het gedeclareerde bedrag.
9. Als achteraf blijkt dat de Zorgverzekeraar met het voorschot teveel heeft betaald, **[KEUZE 1] betaalt de Zorgaanbieder het teveel betaalde zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen veertien kalenderdagen nadat de Zorgverzekeraar dit schriftelijk heeft aangegeven terug. De Zorgverzekeraar geeft schriftelijk aan onder welk kenmerk en op welk IBAN het te veel betaalde terugbetaald dient te worden. [OF KEUZE 2]** verrekenet de Zorgverzekeraar het teveel betaalde met de volgende betaling(en). De Zorgverzekeraar verstrekt in dit geval, binnen de overeengekomen betaaltermijn, een duidelijke verreken- of betaalspecificatie.
10. Indien de terugbetaling van het voorschot conform hetgeen geldt overeenkomstig het onderhavige artikel niet binnen **14** kalenderdagen plaatsvindt, is de Zorgverzekeraar gerechtigd al zijn vorderingen op de Zorgaanbieder te verrekenen met al hetgeen de Zorgverzekeraar aan de Zorgaanbieder dient te betalen ter hoogte van het bedrag dat als voorschot is betaald.
11. Bij surseance van betaling en/of een – naderend – faillissement worden uitstaande voorschotten aan de Zorgaanbieder direct verrekend met nog openstaande ingediende en/of in te dienen declaraties.





#### **Artikel 7 Retourinformatie**

1. Ieder retourbericht dient in overeenstemming te zijn met de vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen zorg.
2. Indien een declaratie niet voldoet aan de specificaties van de externe integratie standaard, informeert de Zorgverzekeraar (door middel van de retourinformatie via VECOZO) de Zorgaanbieder hier zo spoedig mogelijk over.
3. De Zorgverzekeraar stelt conform de eisen van de externe integratie standaard de retourinformatie beschikbaar volgens dezelfde versie van de standaard als waarmee het declaratiebericht is verzonden.
4. De Zorgverzekeraar stelt de retourinformatie met betrekking tot via VECOZO ingediende declaraties binnen de overeengekomen betaaltermijn, uiterlijk binnen **21** kalenderdagen, beschikbaar via VECOZO. Tenzij sprake is van een voorlopige betaling in de vorm van een voorschot.

#### **Artikel 8 Beheer en onderhoud gegevens in AGB en UZOVI**

1. Het AGB-register van Vektis baseert zich mede op authentieke bronnen. Om problemen met of bij het declareren te voorkomen, is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor het actueel houden van de door en over hem geregistreerde gegevens in AGB.
2. De Zorgaanbieder dient ervoor zorg te dragen dat de gegevens van de bij hem werkzame Zorgverleners die voldoen aan de AGB eisen, actueel in AGB vastgelegd zijn. Daarbij in acht nemen dat bij een onderneming/vestiging altijd een bevoegde Zorgverlener gekoppeld moet zijn en een Zorgverlener ook altijd gekoppeld moet zijn aan een onderneming/vestiging. Ingeval er sprake is van beëindiging van het beroep of bij het aangaan van een nieuwe relatie met een onderneming/vestiging dient dit zo spoedig mogelijk te worden gemeld bij AGB.
3. De Zorgaanbieder dient mutaties van AGB-gegevens zo snel mogelijk door te geven aan AGB (zie hiervoor [www.AGBCODE.nl](http://www.AGBCODE.nl)) of te wijzigen via [www.vecozo.nl](http://www.vecozo.nl) (indien men beschikt over een VECOZO certificaat).
4. De Zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het actueel houden van zijn gegevens behorende bij UZOVI-nummers en zijn raadpleegbaar via UZOVI-register van Vektis.
5. Indien de Zorgverzekeraar wijzigingen in zijn gegevens behorende bij UZOVI-nummers doorvoeren die consequenties hebben voor de Zorgaanbieder, stelt hij de Zorgaanbieder hiervan tijdig én schriftelijk op de hoogte.



## Addendum

In dit addendum zijn de voor **de Zorgverzekeraar [NAAM]** aanvullende bepalingen opgenomen.

### Artikel 3 Declareren

12. Indien een Verzekerde met een restitutiepolis uitdrukkelijk te kennen geeft zelf de declaratie van de Zorgaanbieder te willen ontvangen, dan brengt de Zorgaanbieder de Zorg in rekening bij de Verzekerde tegen de tarieven zoals vastgelegd in deze overeenkomst.
13. De Zorgaanbieder declareert de Zorg die hij in enige kalendermaand heeft geleverd, één keer per maand, voor het einde van de daaropvolgende kalendermaand bij de Zorgverzekeraar.
14. Onverminderd zijn verplichting de declaraties maandelijks in te dienen, zal de Zorgaanbieder de Zorg die hij in enig kalenderjaar heeft geleverd uiterlijk 1 maart van het daaropvolgende kalenderjaar declareren bij de Zorgverzekeraar. Na die datum ontvangen declaraties neemt de Zorgverzekeraar niet in behandeling, behoudens ingeval van overmacht aan de zijde van de Zorgaanbieder.
15. Ingeval de Zorgaanbieder niet voldoet aan het bepaalde in artikel 3. lid 13 van deze bijlage, is de Zorgverzekeraar niet gehouden de declaratie binnen de in lid 4. van artikel 6 van deze bijlage genoemde termijn betaalbaar te stellen.
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 terecht is of kan zijn.
17. De Zorgaanbieder zal de declaratie die is afgewezen omdat zij niet voldoet aan de voorwaarden die in deze overeenkomst aan de Zorg, de declaratie en/of de indiening daarvan worden gesteld, niet ter betaling aan de Verzekerde voorleggen. Bij overtreding van deze bepaling is de Zorgverzekeraar gerechtigd een eventuele vergoeding aan de Verzekerde te verrekenen met nieuwe declaraties van de Zorgaanbieder.
18. Alle bescheiden en digitale gegevensbestanden die 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.
19. Indien de Verzekerde alleen de Basisverzekering bij de Zorgverzekeraar heeft gesloten, en sprake is van Zorg 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 Zvw 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.
20. Zorg verleend buiten de kaders van de overhavige 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 19 van dit artikel en in geval van overname van de incassoprocedure van de desbetreffende fysiotherapie voor de Zorgverzekeraar op grond van een daartoe met de Zorgaanbieder gesloten overeenkomst, zie in deze bijlage onder Ei-Incasso Fysiotherapie.



#### **Artikel 5 Herdeclaraties en correcties**

6. De Zorgverzekeraar behoudt zich in aanvulling op artikel 5 lid 3 eveneens het recht voor om ten onrechte gedane betalingen te verrekenen met nieuwe declaraties aan elk van de in deel I genoemde zorgverzekeraars.
7. 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.

#### **Artikel 6 Betaling**

12. De Zorgaanbieder stelt de declaratie op met vermelding van alle gegevens die volgens de meest recente versie van het voor de onderhavige zorgsector toepasselijke rapport externe integratie op de declaraties dienen te worden vermeld.
13. Onder betaalbaarstelling wordt in artikel 6 lid 4 verstaan het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank om tot betaling van de declaratie over te gaan.
14. De Zorgverzekeraar stelt geen voorschot, zoals bedoeld in artikel 6 lid 8, 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.
15. Zorg verleend buiten de kaders van de onderhavige overeenkomst en/of verzekeringspolissen van de Verzekerde komt niet voor vergoeding door de Zorgverzekeraar in aanmerking, behoudens in geval van overname van het incassorisico van de desbetreffende zorg door de Zorgverzekeraar op grond van een daartoe met de Zorgaanbieder gesloten overeenkomst.
16. 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 hier voor moet maken volledig voor rekening van de Zorgaanbieder.



## Ei-Incasso Fysiotherapie

In aanvulling op c.q. afwijking van het hiervoor bepaalde 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 Zvw 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 deze regeling 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 bij artikel 3, lid 19 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 bij artikel 3, lid 19 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 teruggedragen bij de Zorgaanbieder. Hierdoor wordt de Zorgaanbieder in staat gesteld direct gerichte actie te ondernemen richting de Verzekerde.
8. In aanvulling op artikel 3, lid 5. 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 artikel 6, lid 4 van deze bijlage zal de Zorgverzekeraar de declaratie uiterlijk binnen 14 kalenderdagen 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 12 tot en met 14, 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 12, 13 en 14 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 A: Specifieke afspraken**

**A.1: Uitgezonderde prestaties**

~~Onderstaande prestaties dienen niet rechtstreeks bij de verzekeraar te worden gedeclareerd:~~

<del>Prestatiecode/Declaratiecode</del>	<del>Omschrijving/toelichting</del>

**A.2: UZOVI-code**

~~Overzicht code UZOVI die gehanteerd moeten worden in de declaraties.~~

<del>UZOVI-code</del>	<del>UZOVI-naam</del>

**A.3: Betaalafspraken**

~~Betaalafspraken gelden per code UZOVI, voor alle prestaties en/of op prestatieniveau. Mogelijke betaalafspraken zijn (combinaties zijn mogelijk):~~

<del>Soorten eigen betalingen</del>	<del>Overname incassoprocedure</del>	<del>Overname Incassorisico</del>	<del>Aanvullend Clausules</del>
<del>Eigen risico</del>	<del>X</del>	<del>X</del>	
<del>Eigen bijdrage (co-payment)</del>			
<del>Boven-maximale vergoeding (co-insurance)</del>			
<del>Onverzekerde zorg</del>			



## Bijlage 6      Beheersmodel

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

### A. Toetsing via Beheersmodel audit fysiotherapie

1. De Zorgverzekeraar hanteert het Beheersmodel, waarbij op een transparante en objectieve manier verantwoording gevraagd wordt over de Zorg die door de Zorgaanbieder en de eventuele aan de Zorgaanbieder verbonden Praktijkmedewerker(s) aan de Verzekerde(n) is geleverd.
2. Als vertrekpunt voor de verantwoording gelden de kwaliteitsbepalingen zoals vastgelegd in deze overeenkomst. De Zorgverzekeraar toetst via het uitvoeren van de Beheersmodel audit fysiotherapie 2020 of 2021 door een auditbureau in welke mate aan deze kwaliteitsbepalingen is voldaan.
3. In 2020 en 2021 zijn de beoordelingscriteria 2018 onverkort van toepassing. De volledige documentatie, inhoud, normering en beoordelingscriteria van de Beheersmodel audit fysiotherapie is op de website van de Zorgverzekeraar gepubliceerd.

### B. Selectie Zorgaanbieder door Zorgverzekeraar

1. De Zorgverzekeraar kan de Zorgaanbieder in 2020 of 2021 selecteren voor de Beheersmodel audit fysiotherapie (hierna te noemen: Beheersmodel audit) als door de Zorgverzekeraar is vastgesteld dat:
  - de Zorgaanbieder over meerdere kwartalen van het jaar 2020 of 2021 een Behandelindex van 116 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 2020 en/of 2021 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.
2. De Zorgverzekeraar kan de selectie van de Zorgaanbieder voor het Beheersmodel intrekken, als de Zorgaanbieder aantoonbaar kan maken dat de Zorgaanbieder en alle daarbij werkzame Fysiotherapeuten het meest recente volledige kalenderjaar actief hebben deelgenomen aan intervisie en visitatie (door speciaal daarvoor opgeleide visiteurs). De Zorgaanbieder overhandigt hiervoor een bewijs van deelname.

### 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 de datum dagtekening selectiebrief, 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 dossiervoering 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 voortvloeiende uit wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.
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.

#### **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, bij een negatieve uitkomst. De kosten van de tweede Beheersmodel audit zijn voor rekening van de Zorgverzekeraar, bij een positieve 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 dossiervoering 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 voortvloeiende uit wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.
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. 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 de 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. 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.