



Zorgovereenkomst poliklinische paramedische zorg fysiotherapie 2018 - 2019

De ondergetekenden:

A De Zorgverzekeraar: VGZ Zorgverzekeraar N.V.
VGZ voor de Zorg N.V.
IZA Zorgverzekeraar N.V.
N.V. Zorgverzekeraar UMC
N.V. Univé Zorg
N.V. VGZ Cares

Correspondentieadres: VGZ
Contractmanagement
Postbus 445
5600 AK EINDHOVEN

Zowel elk afzonderlijk als
tezamen aangeduid als 'de
zorgverzekeraar'

en

B De Zorgaanbieder:

Naam <Naam>
Praktijk Adres: <postadres><Nr>
Postcode/Plaats : <postcode><plaats>
AGB-code organisatie:
Bankrekeningnummer: <bankrekeningnummer>
KvK nummer:

Verder aangeduid als:
'de zorgaanbieder';

Komen overeen dat de contractuele relatie tussen partijen wordt
beheerst door deze overeenkomst, bestaande uit

- **Zorgovereenkomst poliklinische paramedische zorg fysiotherapie 2018 - 2019**
- **Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2018**
- **Bijlage 1: Tarieven en nadere voorwaarden**

De Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2018 zijn in het digitale
contracteerproces aan de zorgaanbieder ter hand gesteld en zijn
tevens gepubliceerd op de website van VGZ voor zorgaanbieders:

<http://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/algemene-informatie/algemene-informatie>



Artikel 1a Definitie en prestaties

Zorgaanbieder: de natuurlijke persoon, rechtspersoon of maatschap die deze overeenkomst is aangegaan en die tevens fysiotherapeut kan zijn. In geval de zorgaanbieder een instelling is (met of zonder rechtspersoonlijkheid) die als zodanig is toegelaten overeenkomstig de Wet Toelatingen Zorginstellingen (WTZi) dan betreft het de instelling die de gecontracteerde zorg aanbiedt en die deze overeenkomst is aangegaan.

Artikel 1b Fysiotherapeutische zorg

1. De zorgaanbieder levert fysiotherapeutische zorg zoals paramedici die plegen te bieden aan de verzekerden van de zorgverzekeraar als omschreven in artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering.
2. De zorgaanbieder levert de in dit artikel 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 zorg als omschreven in dit artikel zal worden geleverd in overeenstemming met de vigerende NZa-beleidsregels en prestatiebeschrijvingbeschikking fysiotherapie.
4. De behandelingen betreffen curatieve zorg.
5. De zorgaanbieder voldoet aan de door de beroepsvereniging opgestelde vigerende richtlijnen, evidence statements en gedragsprotocollen.

Artikel 1c Groepsbehandeling

Behandeling in groepsverband is toegestaan mits de zorgaanbieder voldoet aan de vigerende "Voorwaarden groepsbehandelingen" zoals deze zijn gepubliceerd op de website van VGZ voor zorgaanbieders: <https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/zorgsoorten/paramedische-zorg/voorbeeldovereenkomsten>

Artikel 2 Prestaties die geen onderdeel uitmaken van deze overeenkomst

1. Behandelingen die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk zijn uitgesloten van deze zorgovereenkomst. In dat kader komen onder andere maar niet uitsluitend de volgende behandelingen niet voor vergoeding in aanmerking:
 - behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, medische fitness, runningtherapie en bewegen voor ouderen;
 - behandelprogramma's ter verbetering van de leefstijl ter vermindering van risico op ziekte.
2. Fysiotherapeutische zorg voor de indicatie diabetes mellitus type II, COPD of CVRM kan ook onderdeel uitmaken van multidisciplinair gecoördineerde zorg. Indien de verzekerde al multidisciplinair gecoördineerde zorg ontvangt, is het niet toegestaan voor dezelfde indicatie fysiotherapeutische zorg in rekening te brengen bij de zorgverzekeraar.
3. Indien de verzekerde voor een indicatie behandeld wordt vanuit de Wlz, Wmo of Zorgverzekeringswet in de tweede en derde lijn is het zorgaanbieder niet toegestaan voor dezelfde indicatie eerstelijns fysiotherapeutische zorg in rekening te brengen bij zorgverzekeraar.
4. De zorgaanbieder heeft een inspanningsverplichting om voldoende onderzoek en navraag te doen om vast te stellen dat er geen sprake is van een dubbele behandeling voor één en dezelfde indicatie als bedoeld in lid 2 en 3 van dit artikel.

Artikel 3 Zorg waarvoor toestemming is vereist

Voor een declaratie van een behandeling van een aandoeningen voorkomend op de Chronische lijst (Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) is vooraf toestemming vereist van de zorgverzekeraar. Hierbij is de machtigingsprocedure van de zorgverzekeraar van toepassing, zoals gepubliceerd op de website van VGZ voor zorgaanbieders <https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/zorgsoorten/paramedische-zorg/machtigingen>.



Artikel 4 Kwaliteitseisen en deskundigheid zorgaanbieder

In aanvulling op de eisen doelmatigheid en kwaliteit zoals gesteld in de Algemene voorwaarden Zorginkoop VGZ 2018 geldt het volgende:

1. De zorgaanbieder voert conform artikel 3 van de Wet BIG rechtsgeldig de titel fysiotherapeut.
2. Iedere fysiotherapeut binnen de praktijk van zorgaanbieder bezit een actuele registratie in het Centraal Kwaliteitsregister fysiotherapie (CKR) of Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF) en indien er sprake is van een fysiotherapeutische verbijzondering is zorgaanbieder in het bezit een actuele registratie in het deelregister van het CKR of SKF.

Artikel 5 Verbijzonderde zorg

1. Alleen een gespecialiseerde zorgaanbieder die ingeschreven is in het specifieke deelregister mag prestaties die onder de verbijzondering vallen declareren. Een stagiair functioneert onder de verantwoordelijkheid en supervisie van een zorgaanbieder die aan deze eisen voldoet.
2. De zorgaanbieder mag alleen dan de verbijzonderde prestatie declareren bij de zorgverzekeraar indien de indicatie valt binnen het domein van de verbijzondering.

Artikel 6 Directe toegang en verwijzing

1. De zorgaanbieder is gerechtigd om zonder verwijzing (directe toegang) paramedische zorg te verlenen indien de zorgaanbieder een door de beroepsvereniging erkende scholing op het gebied van directe toegang heeft gevolgd. De zorgaanbieder is niet gehouden zich apart op te leiden voor directe toegang indien dit onderdeel uitmaakt van de opleiding en geregistreerd staat in een door de beroepsvereniging(en) aangewezen register, dat raadpleegbaar is voor de zorgverzekeraar.
2. Een verwijzing is noodzakelijk voor de aanspraak op fysiotherapeutische zorg betreffende een aandoening die voorkomt op Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Hierbij geldt dat de diagnose door de medisch specialist of huisarts gesteld dient te zijn.
3. Voor de bewaartermijn van een verwijzing gelden de vigerende eisen van de beroepsvereniging en/of zoals vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst WGBO.

Artikel 7 Inrichtingseisen en toegankelijkheid van de praktijkruimte

1. De zorgaanbieder verleent de zorg in een adequaat ingerichte en geoutilleerde (praktijk)ruimte die voor de verzekerde goed bereikbaar en toegankelijk is.
2. De zorgaanbieder is bereikbaar en beschikbaar conform de vigerende richtlijnen van de beroepsgroep indien en voor zover van toepassing ingevolge bedoelde richtlijnen.
3. De overeenkomst geldt voor alle behandellocaties geregistreerd bij Vektis. De overeenkomst is ook van toepassing op een schoollocatie, ook wanneer de schoollocatie niet is geregistreerd bij Vektis.
4. De zorgaanbieder administreert en registreert alle relevante gegevens met betrekking tot de behandeling conform de vigerende eisen van de beroepsvereniging.

Artikel 8 Continuïteit van zorg

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat waarneming plaatsvindt bij afwezigheid wegens ziekte, vakantie, beroepsgerichte na- of bijscholing en daarmee vergelijkbare omstandigheden die van invloed zijn op de continuïteit van de verlening van de zorg. Bij waarneming dient de waarnemer gekwalificeerd te zijn en te handelen overeenkomstig de bepalingen van deze overeenkomst. De zorgaanbieder stelt de verzekerde op de hoogte van de waarneming en de naam (namen) en werkadres(sen) van de waarnemer(s).



2. De waarneming kan in beginsel niet langer duren dan 6 aaneengesloten maanden. Daarna treden partijen met elkaar in goed overleg.
3. Indien de waarneming langer duurt dan 6 aaneengesloten maanden, doet de zorgaanbieder hiervan schriftelijk mededeling aan de zorgverzekeraar onder vermelding van de vermoedelijke duur van de waarneming en de na(a)m(en) en AGB-code(s) van de waarnemer(s). Indien en voor zover de zorgverzekeraar zich hierin niet kan vinden zal deze met redenen omkleed ter zake de zorgaanbieder zo snel mogelijk informeren.
4. Behoudens overmacht informeert de zorgaanbieder de zorgverzekeraar zo snel mogelijk, doch uiterlijk 3 maanden voor de voorgenomen beëindiging van zijn praktijk.
5. De zorgaanbieder kan zijn praktijk uitoefenen in samenwerking met één of meer praktijkmedewerkers in dienstverband. Deze praktijkmedewerkers staan vermeld in Vektis onder dezelfde praktijk AGB-code als de gecontracteerde praktijkhouder(s).
6. De zorgaanbieder kan stagiaires die een opleiding aan een daarvoor erkend opleidingsinstituut volgen, stage laten lopen. De behandeling van verzekerden door de stagiair vindt plaats met instemming van de verzekerde. In beginsel zal een verzekerde steeds door dezelfde stagiair worden behandeld.
7. Handelingen van de praktijkmedewerker c.q. de stagiair c.q. de waarnemer worden beschouwd als handelingen verricht door de zorgaanbieder, los van de eigen verantwoordelijkheid van de praktijkmedewerker of stagiair of waarnemer.
8. De zorgaanbieder stelt de zorgverzekeraar onmiddellijk op de hoogte als hij, of degene die de hulp feitelijk verleent, als gevolg van een rechterlijke uitspraak is geschorst in de uitoefening van zijn bevoegdheid, of als hem de uitoefening van zijn beroep is ontzegd. In deze situatie kan waarneming alleen plaatsvinden na uitdrukkelijk verkregen toestemming van de zorgverzekeraar.
9. Een waarnemer kan alleen die prestaties uitvoeren waarvoor hij/zij is geregistreerd in het CKR of het SKF.

Artikel 9 Declaraties en betaling en geschillen

In aanvulling op de bepalingen uit de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2018 komen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar met betrekking tot declaraties en betalingen het volgende overeen.

1. De zorgverzekeraar is gerechtigd al zijn vorderingen op de zorgaanbieder te verrekenen met al hetgeen de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder dient te betalen.
2. Indien de zorgaanbieder constateert dat een persoon zich uitgeeft voor iemand anders en hiermee dus misbruik maakt van de zorgvoorzieningen, verplicht de zorgaanbieder zich dit te melden aan de zorgverzekeraar via het mailadres: fraudemeldpunt@vgz.nl.
3. Indien meerdere praktijk eigenaren in een samenwerkingsverband (bijvoorbeeld een maatschap) werkzaam zijn, handelend onder gemeenschappelijke naam, wordt uitgegaan van één declaratie-eenheid. Per notaregel dient de AGB-code van de behandelaar vermeld te worden. De zorgverzekeraar zal de betaling doen op één bankrekeningnummer.
4. Communicatie over toewijzing, afwijzing en declaratie van zorg aan verzekerden ingeschreven bij de zorgverzekeraar dient plaats te vinden met de zorgverzekeraar.
5. Zorg, waarvoor op grond van de verzekeringsvoorwaarden toestemming van de zorgverzekeraar is vereist, wordt niet eerder verleend door de zorgaanbieder dan nadat hiervoor door de zorgverzekeraar schriftelijk toestemming is verleend, tenzij door zorgverzekeraar en zorgaanbieder hierover afwijkende afspraken worden gemaakt.



Artikel 10 Duur van de overeenkomst

Deze overeenkomst treedt in werking op [contract begindatum] en eindigt op [contract einddatum].

Opgemaakt te Eindhoven d.d [contractdatum].

Ondergetekende verklaart hierbij de zorgaanbieder rechtsgeldig te vertegenwoordigen.

De zorgverzekeraar,

De zorgaanbieder,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Hans van Noorden'.

Hans van Noorden
Directeur Zorginkoop

.....



Bijlage 1: Tarieven en nadere voorwaarden

1. De zorgverzekeraar zal de zorgaanbieder honoreren volgens de onderstaande maximum tarieven. Alleen in de onderstaande tabel genoemde prestaties vallen onder de zorg die de zorgaanbieder levert als bedoeld in de Zorgovereenkomst poliklinische paramedische zorg fysiotherapie 2018.
2. Het is de zorgaanbieder niet toegestaan voor de in bijlage 1 vermelde en geleverde prestaties bovenop het tarief een aanvullend bedrag bij de verzekerde in rekening te brengen.

Prestatiecode	Prestatieomschrijving	Max. tarief 2018
192984	Screening en intake en onderzoek fysiotherapie	€
192999	Geriatrische fysiotherapie	€
193000	Psychosomatische fysiotherapie ²	€
193001	Fysiotherapeutische behandeling m.u.v. E002, E003 en E004	€
193002	Loopbad/vlinderbad/stangerbad (incl. evt. massage en oefenen)	€
193003	Kinderfysiotherapie	€
193004	Fysiotherapeutische behandeling bij een groep van 5 tot en met 10 personen	€
193005	Manuele therapie ³	€
193006	Eenmalig fysiotherapeutisch onderzoek op medische indicatie	€
193007	Oedeemtherapie	€
193008	Fysiotherapeutische behandeling bij een groep van 2 personen	€
193009	Fysiotherapeutische behandeling bij een groep van 3 personen	€
193010	Fysiotherapeutische behandeling bij een groep van 4 personen	€
193015	Bekkenfysiotherapie	€
193017	Instructie / overleg ouders van de patiënt	€
193025	Lange zitting (fysiotherapie)	€
193027	Screening (fysiotherapie)	€
193028	Intake en onderzoek na screening (fysiotherapie)	€
193029	Intake en onderzoek na verwijzing (fysiotherapie)	€
193030	Eenmalig kinderfysiotherapeutisch rapport	€
193081	Toeslag uitbehandeling ¹	€

¹ De toeslag uitbehandeling- en de inrichtingstoeslag kunnen niet in rekening worden gebracht bij de zorgverzekeraar indien er geen medische noodzaak voor is. De medische noodzaak kan alleen worden aangetoond door verwijzing van een arts (huisarts, jeugdarts, schoolarts of medisch specialist).

² De individuele zitting psychosomatische fysiotherapie komt alleen in aanmerking voor vergoeding via de aanvullende verzekering.

³ De individuele zitting manuele therapie kan conform de verzekeringsvoorwaarden maximaal 9 maal per verzekerde per indicatie per kalenderjaar worden gedeclareerd tegen het in deze bijlage vermelde tarief. Vanaf de 10^e zitting is zorgaanbieder gehouden het tarief dat gelijk is aan de individuele zitting fysiotherapie te declareren.