



**Protocol
Fysiotherapie
2013**

Inhoudsopgave

- 1.NZa prestatiebeschrijving
 - 2.Zorgaanbieder
 - 3.Zorgverlening
 - 4.Procedure
 - 5.Eisen
 - 6.Kwaliteit en doelmatigheid van de zorg
 - 7.Controle verzekeringsgerechtigheid
 - 8.Praktijkadres
 - 9.Informatievoorziening aan verzekerden
 - 10.Controle
 - 11.Formele controle
 - 12.Materiele controle
 - 13.Detailcontrole
 - 14.Heroverweging
 - 15.Privacy
- Bijlagen
- 16.Indicatiecodes
 - 17.Gecontracteerde prestatiecodes
 - 18.Inrichtings-en toegankelijkheidseisen
 - 19.Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering

1. NZa prestatiebeschrijving

Ad a) Zitting

De zitting is een onafgebroken tijdspanne, waarin de zorgaanbieder de patiënt voor één of meer indicaties begeleidt, adviseert en/of behandelt. Het is een prestatie per patiënt, ongeacht de inhoud van de behandeling en de tijdsduur per behandeling.

Ad b) Zitting kinderfysiotherapie

De zitting kinderfysiotherapie is een onafgebroken tijdspanne, waarin de zorgaanbieder de patiënt voor één of meer indicaties begeleidt, adviseert en/of behandelt. Het is een prestatie per patiënt, ongeacht de inhoud van de behandeling en de tijdsduur per behandeling.

Ad c) Zitting manuele therapie

De zitting manuele therapie is een onafgebroken tijdspanne, waarin de zorgaanbieder de patiënt voor één of meer indicaties begeleidt, adviseert en/of behandelt. Het is een prestatie per patiënt, ongeacht de inhoud van de behandeling en de tijdsduur per behandeling. Onder manuele therapie wordt ook verstaan manuele therapie volgens de zogeheten Van der Bijlmethode.

Ad d) Zitting oedeemtherapie

De zitting oedeemtherapie is een onafgebroken tijdspanne, waarin de zorgaanbieder de patiënt voor één of meer indicaties begeleidt, adviseert en/of behandelt. Het is een prestatie per patiënt, ongeacht de inhoud van de behandeling en de tijdsduur per behandeling.

Ad e) Zitting bekkenfysiotherapie

De zitting bekkenfysiotherapie is een onafgebroken tijdspanne, waarin de zorgaanbieder de patiënt voor één of meer indicaties begeleidt, adviseert en/of behandelt. Het is een prestatie per patiënt, ongeacht de inhoud van de behandeling en de tijdsduur per behandeling.

Ad f) Zitting psychosomatische fysiotherapie

De zitting psychosomatische fysiotherapie is een onafgebroken tijdspanne, waarin de zorgaanbieder de patiënt voor één of meer indicaties begeleidt, adviseert en/of behandelt. Het is een prestatie per patiënt, ongeacht de inhoud van de behandeling en de tijdsduur per behandeling.

Ad g) Zitting geriatrie fysiotherapie

De zitting geriatrie fysiotherapie is een onafgebroken tijdspanne, waarin de zorgaanbieder de patiënt voor één of meer indicaties begeleidt, adviseert en/of behandelt. Het is een prestatie per patiënt, ongeacht de inhoud van de behandeling en de tijdsduur per behandeling.

Ad h) Lange zitting voor patiënten met complexe en/of meervoudige zorgvragen

De lange zitting is bedoeld voor patiënten met complexe en/of meervoudige zorgvragen. De aandoening en de situatie van de patiënt brengen met zich dat het niet mogelijk is om de interventie in een reguliere zitting uit te voeren. Complexe en/of meervoudige zorgvragen zijn (limitatief) de volgende aandoeningen:

- meervoudig gehandicapt (lichamelijk en geestelijk);
- Cerebro Vasculair Accident (hemiplegie/diplegie en tetraplegie, eerste jaar aansluitend aan de attack);
- dwarslaesie;
- centrale ruggenmergaandoeningen (bijvoorbeeld MS, ALS, poliomyelitis);
- spierdystrofie (boven 18 jaar);
- spina bifida (boven 18 jaar);
- cystic fibrose.

Ad i) Telefonische zitting

Een telefonische zitting dient ter vervanging van een reguliere zitting (zoals genoemd onder ad a tot en met ad g) en vindt plaats tijdens of kort na een behandelingsperiode, in overleg met de patiënt en op een speciaal daarvoor tussen de zorgaanbieder en patiënt afgesproken tijdstip. Er is sprake van een bestaande behandelrelatie met de patiënt. Reguliere serviceverlening (als onderdeel van de behandeling) is niet declarabel middels deze prestatie. De patiënt is uitdrukkelijk geïnformeerd over de

doelstelling van de telefonische zitting en over het feit dat er kosten aan de telefonische zitting verbonden zijn. De inhoud van de telefonische zitting wordt vastgelegd in het dossier.

Ad j) Screening

Screening is een kort fysiotherapeutisch contact met patiënten die zonder verwijzing van een arts naar de zorgaanbieder gaan. Gedurende de screening inventariseert de zorgaanbieder de hulpvraag, bepaalt of er een indicatie is voor verder fysiotherapeutisch onderzoek, gaat na of er geen contra-indicaties zijn en informeert/adviseert waar mogelijk de patiënt.

Ad k) Intake en onderzoek na screening

Tijdens de intake en onderzoek na screening voert de zorgaanbieder bij een nieuwe indicatie een fysiotherapeutisch onderzoek uit, stelt een behandelplan op en legt de verkregen gegevens vast in het patiëntendossier voor zover dit nog niet aan bod is geweest tijdens de screening.

Ad l) Intake en onderzoek na verwijzing

Tijdens de intake en onderzoek na verwijzing voert de zorgaanbieder bij een nieuwe indicatie een fysiotherapeutisch onderzoek uit, stelt een behandelplan op en legt de verkregen gegevens vast in het patiëntendossier. De patiënt is voor intake en onderzoek verwezen door een arts. Indien er voor dezelfde indicatie een screening heeft plaatsgevonden is niet deze prestatie, maar prestatie k “intake en onderzoek na screening” van toepassing.

Ad m) Eenmalig fysiotherapeutisch onderzoek

Het eenmalig fysiotherapeutisch onderzoek heeft als doel om meer informatie te genereren ten behoeve van de diagnose en prognose met het oog op het (be)handelbeleid en de fysiotherapeutische (on)mogelijkheden. Het onderzoek vindt plaats na een gericht schriftelijke vraag hiervoor van de verwijzer. Onderdeel van de prestatie is een schriftelijke rapportage door de zorgaanbieder aan de verwijzer.

Ad n) Eenmalig kinderfysiotherapeutisch rapport

Het eenmalig kinderfysiotherapeutisch rapport is een eenmalig samengestelde uitgebreide rapportage door de zorgaanbieder aan de behandelend arts die een uitwerking bevat van de door de zorgaanbieder uitgevoerde testen en onderzoeken met de hieraan gekoppelde conclusies en aanbevelingen. Deze prestatie kan alleen worden geleverd in geval het kind geïndiceerd is voor kinderfysiotherapie.

Ad o, p, q) Groepszitting voor specifieke behandeling van twee, drie of vier personen

Het betreft een prestatie per patiënt per uur, waarbij de minimale behandeltime een uur is. Per patiënt wordt de prestatie naar evenredigheid van de behandeltime in eenheden van een kwartier gedeclareerd. Groepsbehandeling heeft in dit individuele geval meerwaarde, aangezien de patiënt in kwestie zo langduriger per interventie kan worden belast en begeleid. De nadere indicatiestelling voor groepsbehandeling geschiedt door de zorgaanbieder in overleg met de patiënt en/of verwijzer na een individueel onderzoek van de patiënt. Onderdeel van de prestatie is dat de individuele behandelplannen worden uitgebreid met een groepsbehandelplan.

Ad r) Groepszitting voor behandeling van vijf tot en met tien personen

Het betreft een prestatie per patiënt per uur, waarbij de minimale behandeltime een half uur is. Per patiënt wordt de prestatie naar evenredigheid van de behandeltime in eenheden van een kwartier gedeclareerd. Groepsbehandeling heeft in dit individuele geval meerwaarde, met name door het lotgenotencontact. De zorgvraag is minder complex dan bij de groepszitting onder prestatie o, p en q en vraagt om minder individuele aandacht. Derhalve kan de groep groter zijn. De nadere indicatiestelling voor groepsbehandeling geschiedt door de zorgaanbieder in overleg met de patiënt en/of verwijzer na een individueel onderzoek van de patiënt. Onderdeel van de prestatie is dat de individuele behandelplannen worden uitgebreid met een groepsbehandelplan.

Ad s) Groepszitting van meer dan tien personen

Het betreft een prestatie per patiënt per uur. Per patiënt wordt de prestatie naar evenredigheid van de behandeltime in eenheden van een kwartier gedeclareerd. Bij deze vorm van groepsbehandeling gaat het niet om curatieve zorg, maar om begeleiding en activering. De rol van de zorgaanbieder is coachend en de deelnemer is meer op zichzelf aangewezen dan in de groepszitting onder prestatie o, p, q en r is bedoeld.

Ad t) Uittoeslag

Voor een behandeling bij de patiënt thuis kan een uittoeslag gedeclareerd worden, indien de behandeling buiten de praktijk, niet in een inrichting, op één adres, plaatsvindt. Voor behandeling in een inrichting geldt een aparte toeslag, zie prestatie u. Indien de prestatie o, p, q, r of s wordt gedeclareerd kan daarnaast niet de uittoeslag worden gedeclareerd.

Ad u) Inrichtingstoeslag

Voor een behandeling van een patiënt in een inrichting kan een inrichtingstoeslag worden gedeclareerd. Onder inrichting wordt verstaan een verzorgingshuis, verzorgingsflat of enigerlei andere daarmee in enig opzicht vergelijkbare woon- of verblijfplaats (bijv. de zogenaamde aanleunwoningen). De inrichtingstoeslag is van toepassing indien de patiënt een indicatie heeft voor behandeling aan huis en er sprake is van een incidentele behandeling van (een) patiënt(en) op de woonlocatie. De inrichtingstoeslag (en ook de toeslag voor uitbehandeling) is niet van toepassing, indien de behandelingslocatie buiten de praktijk een meer permanent karakter heeft. Van een meer permanent karakter is sprake als de zorgaanbieder in een daartoe ingerichte behandelingsruimte in een inrichting behandelt. Indien de prestatie o, p, q, r of s wordt gedeclareerd kan daarnaast niet de inrichtingstoeslag worden gedeclareerd.

Ad v) Toeslag buiten reguliere werktijden

Onder 'buiten reguliere werktijden' wordt verstaan de zaterdag en zondag en de tijden vóór 8.00 uur en ná 18.00 uur op maandag tot en met vrijdag. De behandeling kan slechts gedeclareerd worden indien het op verzoek van de patiënt buiten reguliere werktijden plaatsvindt. De patiënt dient op de hoogte te zijn van de bijkomende toeslag.

Ad w) Instructie/overleg ouders van de patiënt

De zorgaanbieder kan, in overleg met de ouders, hen adviseren en begeleiden bij de verzorging van hun kind. Daartoe wordt informatie overgedragen en/of instructie gegeven gericht op het optimaliseren van de gezondheidstoestand en eventueel de behandeling. Deze prestatie kan alleen worden geleverd in geval het kind geïndiceerd is voor kinderfysiotherapie.

Ad x) Verstrekte verband- en hulpmiddelen

De kosten van los van de behandeling verstrekte verband- en hulpmiddelen kunnen worden doorberekend aan de patiënt.

Ad y, z) Eenvoudige, korte rapporten/ Meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten

Schriftelijke informatieverstrekking kan worden gedeclareerd indien op verzoek van derden en na toestemming van de patiënt, een rapport wordt verstrekt. Voor zover voor een rapport aan derden aanvullend onderzoek wordt gedaan, kan dit onderzoek apart in rekening worden gebracht. Hieronder wordt niet verstaan een rapport aan patiënt, ziektekostenverzekeraar of behandelend c.q. verwijzend (huis)arts. Het geldt tevens niet voor informatieverstrekking aan bedrijfsarts of verzekeringsarts.

2. Zorgaanbieder

Onder zorgaanbieder wordt verstaan:

- een fysiotherapeut die geregistreerd is zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG).
- een instelling voor fysiotherapie waar de in artikel 3 genoemde zorg wordt verleend.

3. Zorgverlening

De overeenkomst tussen partijen heeft betrekking op fysiotherapie zoals omschreven in artikel 2.6 tweede tot en met vierde lid van het Besluit zorgverzekering, zoals dit thans luidt dan wel in de toekomst komt te luiden en met inachtneming van op dit Besluit gebaseerde nadere regelgeving en op de fysiotherapeutische zorg zoals omschreven in de aanvullende verzekeringen van de zorgverzekeraar.

4. Procedure

1. De zorgaanbieder verleent de zorg na verwijzing van de huisarts, medisch-specialist, bedrijfsarts, tandarts of verloskundige.
2. De zorgaanbieder is gerechtigd om zonder verwijzing hulp te verlenen voor zover de verzekeringsvoorwaarden dit bepalen, indien hij daartoe is opgeleid en geregistreerd staat in het daartoe door de beroepsvereniging aangewezen register voor Directe Toegang, dat raadpleegbaar is voor de zorgverzekeraar.
3.
 - a. Een verwijzing is maximaal 12 maanden geldig, met dien verstande dat een op de verwijzing vermelde behandelduur dan wel het maximaal aantal zorgeenheden niet mag worden overschreden.
 - b. Als de eerste verwijzing is opgesteld door de medisch-specialist, is na 12 maanden een nieuwe verwijzing van de behandelend huisarts voldoende.
4. Zorg verleend aan verzekerden met een AWBZ-indicatie komt alleen voor vergoeding in aanmerking indien de fysiotherapeutische zorg **niet** gericht is op de aandoening, beperking of handicap die de grondslag vormt voor de AWBZ-indicatie en de zorg tevens een monodisciplinair karakter heeft.
5. De zorgaanbieder kan alleen een zitting fysiotherapie, manuele therapie, kinderfysiotherapie, oedeemtherapie, bekkentherapie, psychosomatische therapie en/of geriatrie fysiotherapie aan de verzekerde verlenen en bij de zorgverzekeraar declareren, indien de behandelend fysiotherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteits Register van de KNGF en tevens de verbijzondering vermeld staat in Vektis bij de zorgaanbieder. De zorgaanbieder is ervoor verantwoordelijk dat de verbijzondering(en) juist vermeld staan in Vektis.
6. De zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden die horen bij het gekozen profiel.

5. Eisen

1. De zorgaanbieder voldoet aan de Richtlijnen Fysiotherapeutische Verslaglegging (RFV) en het Methodisch Fysiotherapeutisch Handelen (MFH).
2. De praktijkruimte (zowel hoofdadres als eventuele andere behandellocaties) voldoet aan de inrichtingseisen, conform de bepalingen in de bijlage Inrichtings- en toegankelijkheidseisen.

6. Kwaliteit en doelmatigheid van de zorg

1. De zorgaanbieder neemt bij het verlenen van de zorg de eisen in acht die volgens de algemeen aanvaarde professionele standaard aan de zorgaanbieder mogen worden gesteld, zoals de stand van de wetenschap en praktijk die geldt binnen zijn beroepsgroep. Ook neemt hij de voorwaarden gesteld bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en/of de aanvullende verzekeringen en/of de tandartsverzekeringen in acht en de voorwaarde dat de verzekerde redelijkerwijs aangewezen moet zijn op de zorg. Indien verschillende vormen van zorg mogelijk zijn, dan zal de zorgaanbieder zorg verlenen volgens gepast gebruik, waarbij hij zich laat leiden door een afweging tussen de kwaliteit van de behandeling, de belangen van de verzekerde en het kostenaspect.
2. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat hij en degenen die werkzaam zijn onder zijn verantwoordelijkheid, blijven beschikken over de kennis en vaardigheden, die voor een goede verlening van de zorg noodzakelijk zijn.
3. De zorgaanbieder draagt zorg voor een adequate patiënten- en praktijkregistratie.

7. Controle verzekeringsgerechtigdheid

De zorgaanbieder stelt voor aanvang van de eerste zorgvraag de identiteit van de verzekerde en het BSN vast (aan de hand van het legitimatiebewijs) en controleert voor aanvang van iedere zorgvraag de

Verzekeringsgerechtigdheid. Dit gaat via de Centrale Opvraag Verzekerden (COV) module van VECOZO.

8. Praktijkadres

De overeenkomst heeft betrekking op de praktijkuitoefening vanuit het in de overeenkomst genoemde praktijkadres van de zorgaanbieder. Het verlenen van de zorg op grond van de overeenkomst vanuit een ander/nieuw praktijkadres is slechts mogelijk na overleg met, en schriftelijke toestemming van de (zorg)verzekeraar.

9. Informatievoorziening aan verzekerden

1. De zorgaanbieder informeert de verzekerden over de zorg, die hij verleent, de daarbij behorende prestaties en tarieven, waaronder de eigen bijdragen, en de wachttijden en of hij hiervoor een overeenkomst heeft met de ASR ziektekostenverzekeraar.
2. De zorgaanbieder informeert de verzekerde mondeling en/of schriftelijk over de werkwijze, klachtenregeling en openingstijden. Deze informatie wordt tijdens het eerste bezoek aan de verzekerde verstrekt.
3. De (zorg)verzekeraar draagt zorg voor informatie aan verzekerden over aanspraken van verzekerden en de wijzigingen hierin.
4. De zorgaanbieder adviseert de verzekerde voorafgaand aan de zorgverlening bij de (zorg)verzekeraar te informeren naar het recht op de zorg dan wel op de vergoeding van de kosten van de zorg.

10. Controle

1. De (zorg)verzekeraar is gerechtigd (periodiek) controle uit te oefenen op de rechtmatigheid en doelmatigheid van de zorg die de zorgaanbieder verleent, met inachtneming van het bepaalde in de Regeling zorgverzekering.
2. De zorgaanbieder is verplicht zijn medewerking te verlenen aan een controle als genoemd in het eerste lid.
3. Indien uit controle blijkt dat de zorgaanbieder een of meer verplichtingen uit de overeenkomst niet is nagekomen en/of bij de (zorg)verzekeraar ten onrechte bedragen en/of zorg heeft gedeclareerd, kan de (zorg)verzekeraar terugvorderen of verrekenen.
4. Het terug te vorderen of te verrekenen bedrag kan worden verhoogd met wettelijke (handels)rente.

11. Formele controle

Een Formele controle is (volgens Regeling zorgverzekering): een onderzoek waarbij ASR Ziektekosten 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 tarieven gezondheidszorg is goedgekeurd of vastgesteld of een tarief is dat voor die prestatie met de zorgaanbieder is overeengekomen.

Formele controle is vaak opgenomen in declaratie- en betaalsystemen, maar kan ook op andere manieren en andere momenten, bijvoorbeeld nadat de prestatie is betaald, plaatsvinden.

12. Materiële controle

Het doel van materiële controle is het verwerven van voldoende zekerheid dat er sprake is van rechtmatigheid en doelmatigheid van de gedeclareerde zorg. Het uitvoeren van materiële controle is een vereiste voor het inbrengen van declaraties door ASR Ziektekosten in het vereveningssysteem. Daarnaast dragen verzekeraars in het kader van hun zorgplicht een medeverantwoordelijkheid voor het verkrijgen van verantwoorde, kwalitatief goede zorg voor hun verzekerden.

Materiële controle is (volgens Regeling Zorgverzekering):

- een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd ('rechtmatigheid');
- en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde ('doelmatigheid').

Doelmatigheid laat zich ten opzichte van rechtmatigheid minder goed meten en laat zich minder goed vangen in een tevoren nauwkeurig bepaalde cijfermatige score.

Formele en materiële controles kunnen tot maximaal vijf jaar terug uitgevoerd worden, tenzij anders overeengekomen.

13. Detailcontrole

Bij detailcontrole wordt gebruik gemaakt van tot de persoon herleidbare gegevens betreffende iemands gezondheid. Dat impliceert dat de beslissing om over te gaan tot detailcontrole gebaseerd moet zijn op aanwijzingen uit onderzoek en/of anderszins verkregen concrete signalen die een redelijk vermoeden voor ondoelmatig dan wel onrechtmatig handelen oproepen. Aan de volgende eisen moet zijn voldaan voordat er overgegaan zal worden tot detailcontrole:

- op het resultaat van het uitgevoerde (algemene) controleplan wordt een specifieke risicoanalyse verricht;
- op basis van deze specifieke analyse wordt een specifiek controleplan opgesteld (met objecten van controle, controlemethoden en doel/bepaling wanneer voldoende zekerheid is bereikt);
- er kan niet voldoende zekerheid worden bereikt zonder een detailcontrole.
- uit het specifieke controleplan blijkt dat de detailcontrole proportioneel is en noodzakelijk;

De zorgaanbieder is voorafgaande aan de detailcontrole informatie verstrekt, waarin wordt gemotiveerd dat aan bovenstaande voorwaarden is voldaan. Detailcontrole (als onderdeel van de mix van controlemiddelen) zal volgen op de mogelijk uitgevoerde analyse en verbandscontrole. De (noodzaak en) omvang van deze detailcontrole zal afhangen van de zekerheid die uit de statistische analyse en de verbandscontroles verkregen kan worden. Deze detailcontrole heeft tot doel om voldoende zekerheid te verkrijgen. Daarnaast zal detailcontrole plaats kunnen vinden om bevindingen die met andere controlemiddelen zijn vastgesteld te verifiëren. Tot de detailcontrole worden de volgende activiteiten gerekend:

- het opvragen van informatie bij de zorgaanbieder (bijvoorbeeld een verwijzing);
- het controleren van de afsprakenagenda bij de zorgaanbieder;
- het opvragen van informatie bij verzekerden bijvoorbeeld door het houden van enquêtes

Mocht overgaan worden op detailcontroles bij zorgaanbieders dan zal ASR Ziektekosten de detailcontrole tijdig en vooraf aan de feitelijke controle bij de zorgaanbieder aankondigen. Hierbij wordt aangegeven aan de zorgaanbieder wat de aanleiding en het doel van de controle is, op welke wijze de controle zal plaatsvinden, wat de mogelijke gevolgen zijn en binnen welke termijn de bevindingen kenbaar zullen worden gemaakt. Tevens zal ASR Ziektekosten desgevraagd aan de zorgaanbieder motiveren op welke wijze hij invulling geeft aan de specifieke risicoanalyse, het specifieke controleplan en specifieke controle. In de aankondiging van de detailcontrole vermeldt ASR Ziektekosten dat, indien bij de uitvoering van detailcontrole persoonsgegevens van verzekerden worden verwerkt, dit geschiedt onder verantwoordelijkheid van een paramedisch adviseur in opdracht van Ziektekosten. Desgewenst is de paramedisch adviseur op voorafgaand verzoek van de zorgaanbieder aanwezig bij dit deel van de controle. Dit leidt ertoe dat de paramedisch adviseur verantwoordelijk is voor de verwerking van persoonsgegevens bij het uitvoeren van de controle om te waarborgen dat bij de uitvoering van de detailcontrole voldoende deskundigheid beschikbaar is en adequaat wordt gemotiveerd.

14. Heroverweging

Het is mogelijk dat een verzekerde het niet eens is met een beslissing die wij genomen hebben. Indien er sprake is van een medisch inhoudelijke beslissing dan moet er een heroverweging plaatsvinden. Bij een heroverweging moet de beslissing op betrouwbare gronden genomen worden. Er ligt een compleet dossier van een verzekerde en daarom blijft de heroverweging in veel gevallen beperkt tot het

controleren van de juistheid van de primaire beslissing. Eventueel wordt er nieuwe informatie meegenomen. Deze kan door de verzekerde bij het verzoek om heroverweging zijn aangeleverd of is bij ons bekend geworden door later verschenen wetenschappelijke publicaties. Heroverwegingen worden uitgevoerd door de medisch adviseur waarbij hij/zij gebruik kan maken van medische inhoudelijke expertise van specialisten waarover hij/zij in onvoldoende mate beschikt. Voor heroverwegingen hanteren wij een termijn van maximaal 4 weken. Deze termijn is ook in onze polisvoorwaarden opgenomen. Reageren wij niet binnen vier weken op uw verzoek tot heroverweging of geven wij aan bij onze beslissing te blijven, dan kunt u naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Lukt bemiddeling niet, dan kan de Geschillencommissie van de SKGZ een bindende uitspraak doen.

15. Privacy

1. Partijen voeren hun werkzaamheden, waaronder mede het verwerken van gegevens, in het kader van de overeenkomst uit met inachtneming van de bij of krachtens de Wet bescherming persoonsgegevens gestelde voorschriften met betrekking tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde.
2. Partijen treffen passende organisatorische en technische maatregelen voor het veilig kunnen uitwisselen van persoonsgegevens en vertrouwelijke informatie.

16. Indicatiecodes

Indicatiecodes zijn noodzakelijk om te bepalen welke behandelingen ten laste van de basisverzekering gebracht moeten worden en welke behandelingen voor rekening van de aanvullende verzekeringen zijn. Volgens het rapport Externe Integratie is het vermelden van de indicatiecodes op de declaratie verplicht.

Indicatiecode 1:

Met uitzondering van de eerste 20 behandelingen voor patiënten van 18 jaar en ouder (zie indicatiecode 8) moet indicatiecode 1 gebruikt worden voor alle behandelingen reguliere fysiotherapie, kinderfysiotherapie, manuele therapie, oedeemtherapie, bekkentherapie, en/of groepsbehandelingen die een indicatie hebben zoals beschreven in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering behorende bij artikel 2.6, tweede lid (voorheen Lijst Borst). Behandelingen met indicatiecode 1 komen ten laste van de basisverzekering.

Indicatiecode 2:

Behandelingen met indicatiecode 2 komen ten laste van de basisverzekering. Deze indicatiecode moet in de volgende gevallen worden gebruikt:

- a) Voor alle behandelingen reguliere fysiotherapie, kinderfysiotherapie, manuele therapie, oedeemtherapie, bekkentherapie en/of groepsbehandelingen die vallen onder de tweede verwijzing met eenzelfde diagnosecode zoals weergegeven in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering behorende bij artikel 2.6, tweede lid (voorheen Lijst Borst).
- b) Als een behandelingsperiode is afgesloten met een einde zorgcode op de declaratie en de patiënt - voor dezelfde diagnose - binnen de termijn van Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering behorende bij artikel 2.6, tweede lid (voorheen Lijst Borst) weer onder behandeling komt.

Indicatiecode 3:

Uitsluitend te gebruiken bij verzekerden tot 18 jaar voor maximaal 18 behandelingen van aandoeningen niet behorend tot aandoeningen beschreven in bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering behorende bij artikel 2.6, tweede lid (voorheen Lijst Borst). Dit geldt voor behandelingen reguliere fysiotherapie, manuele therapie, oedeemtherapie, bekkentherapie, groepsbehandeling (dus geen kinderfysiotherapie) én voor de eerste achttien behandelingen na de periode(s) zoals beschreven in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering behorende bij artikel 2.6, tweede lid (voorheen Lijst Borst). Behandelingen met indicatiecode 3 komen ten laste van de basisverzekering.

Indicatiecode 4:

Eerste 9 behandelingen kinderfysiotherapie (ten laste van de basisverzekering) van aandoeningen niet behorende tot aandoeningen beschreven in bijlage 1 van Besluit Zorgverzekering behorende bij artikel 2.6, tweede lid (voorheen Lijst Borst). Indicatiecode 4 moet ook gebruikt worden voor de eerste 9

kinderfysiotherapie behandelingen na de periode(s) genoemd in Bijlage 1 van artikel 2.6, tweede lid van het Besluit Zorgverzekering (voorheen Lijst Borst).

Indicatiecode 5:

Na voltooiing van indicatiecode 4 kunnen er nog maximaal 9 behandelingen kinderfysiotherapie met indicatiecode 5 worden gedeclareerd ten laste van de basisverzekering.

Indicatiecode 8:

Uitsluitend voor de eerste 20 behandelingen bij aandoeningen beschreven in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering behorende bij artikel 2.6, tweede lid (voorheen Lijst Borst) én indien verzekerde 18 jaar of ouder is. Behandelingen met indicatiecode 8 komen ten laste van de aanvullende verzekering. Wanneer u in 2012 al 20 behandelingen hebt gedeclareerd met indicatiecode 8 dan kunt u in 2013, voor zover het gaat over dezelfde behandeling, verder declareren met indicatiecode 1. Wanneer u in 2012 nog géén 20 behandelingen met indicatiecode 8 hebt gedeclareerd, dan moet u in 2013 eerst verder declareren met indicatiecode 8 tot en met 20 behandelingen. Pas vanaf de 21e behandeling mag u dan op indicatiecode 1 gaan declareren.

Indicatiecode 9:

Voor alle behandelingen waarvoor geen aanspraak (meer) is uit de Basisverzekering.

17. Gecontracteerde prestatiecodes

Prestatiecode *	Omschrijving
1000	Zitting fysiotherapie
1001	Zitting fysiotherapie inclusief toeslag uitbehandeling
1002	Zitting fysiotherapie inclusief inrichtingstoeslag
1100	Zitting kinderfysiotherapie
1101	Zitting kinderfysiotherapie inclusief toeslag uitbehandeling
1102	Zitting kinderfysiotherapie inclusief inrichtingstoeslag
1103	Instructie/overleg ouders van de patiënt
1105	Eenmalig kinderfysiotherapeutisch rapport
1200	Zitting manuele therapie
1201	Zitting manuele therapie inclusief toeslag uitbehandeling
1202	Zitting manuele therapie inclusief inrichtingstoeslag
1301	Groepszitting specifieke behandeling fysiotherapie van 2 personen
1302	Groepszitting specifieke behandeling fysiotherapie van 3 personen
1303	Groepszitting specifieke behandeling fysiotherapie van 4 personen
1304	Groepszitting specifieke behandeling fysiotherapie van 5 tot en met 10 personen
1400	Eenmalig fysiotherapeutisch onderzoek
1401	Eenmalig fysiotherapeutisch onderzoek inclusief toeslag uitbehandeling
1402	Eenmalig fysiotherapeutisch onderzoek inclusief inrichtingstoeslag
1500	Zitting oedeemtherapie
1501	Zitting oedeemtherapie inclusief toeslag uitbehandeling
1502	Zitting oedeemtherapie inclusief inrichtingstoeslag
1600	Zitting bekkenfysiotherapie
1601	Zitting bekkenfysiotherapie inclusief toeslag uitbehandeling
1602	Zitting bekkenfysiotherapie inclusief inrichtingstoeslag
1700	Lange zitting voor patiënten met complexe en/of meervoudige zorgvragen
1701	Lange zitting voor patiënten met complexe en/of meervoudige zorgvragen inclusief toeslag uitbehandeling
1702	Lange zitting voor patiënten met complexe en/of meervoudige zorgvragen inclusief inrichtingstoeslag
1750	Zitting psychosomatische fysiotherapie
1751	Zitting psychosomatische fysiotherapie inclusief toeslag uitbehandeling
1752	Zitting psychosomatische fysiotherapie inclusief inrichtingstoeslag
1775	Zitting geriatrie fysiotherapie
1776	Zitting geriatrie fysiotherapie inclusief toeslag uitbehandeling
1777	Zitting geriatrie fysiotherapie inclusief inrichtingstoeslag

1850	Screening
1851	Screening inclusief toeslag uitbehandeling
1852	Screening inclusief inrichtingstoeslag
1860	Intake en onderzoek na screening
1861	Intake en onderzoek na screening inclusief toeslag uitbehandeling
1862	Intake en onderzoek na screening inclusief inrichtingstoeslag
1870	Intake en onderzoek na verwijzing
1871	Intake en onderzoek na verwijzing inclusief toeslag uitbehandeling
1872	Intake en onderzoek na verwijzing inclusief inrichtingstoeslag

*Prestatiecodes welke niet in dit overzicht vermeld zijn, komen niet in aanmerking voor vergoeding door de zorgverzekeraar

18. Inrichting en toegankelijkheidseisen

Met de inwerkingtreding van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) is het Besluit Inrichtingseisen Fysiotherapie komen te vervallen. In artikel 40 van de Wet BIG is nu opgenomen dat de beroepsbeoefenaren hun beroepsuitoefening op zodanige wijze moeten organiseren en zich zodanig van materiaal moeten voorzien dat een en ander leidt of redelijkerwijze moet leiden tot verantwoorde zorg. Dit betekent dat zodra een fysiotherapeut als professional aan het werk gaat hij/zij moet kunnen beschikken over een werkplek die ertoe geëigend is verantwoorde zorg te kunnen leveren. In de vrijgevestigde praktijk zal deze werkplek volgens de beroepsgroep in beginsel moeten voldoen aan de hieronder gestelde voorwaarden, welke mede afhankelijk zijn van de doelgroep en de therapeutische werkvorm(en).

Algemene eisen

1. De praktijk dient goed toegankelijk en bereikbaar te zijn voor de doelgroep die daar wordt behandeld.
2. De praktijk dient in beginsel te voldoen aan de geldende algemene bouweisen.
3. De praktijk dient volgens normale standaarden verwarmd te kunnen worden.
4. De praktijk dient over warm en koud water te beschikken.
5. De telefonische bereikbaarheid dient adequaat geregeld te zijn.
6. De praktijk dient minimaal 3 dagdelen per week open te zijn voor de behandeling van patiënten.
7. De praktijk dient te beschikken over een wachtgelegenheid die geen deel uitmaakt van de behandelruimte(n).
8. De behandelruimte(n) als zodanig dient geschikt te zijn voor de te geven therapie.
9. De praktijk beschikt over adequate materialen ter ondersteuning van onderzoek en behandeling van de doelgroep.
10. In de praktijk moet een EHBO-does aanwezig zijn.
11. Wanneer de praktijk zich bevindt in een gebouw met meerdere voorzieningen, dient duidelijk aangegeven te zijn waar de patiënt zicht moet melden en waar de wachtruimte is.

Hygiëne

Ook bij de eisen op het gebied van de hygiëne dient de doelgroep en de gebruikte therapeutische werkvorm steeds in acht genomen te worden.

1. De praktijk beschikt over een toilet en handenwasgelegenheid.
2. De praktijkruimte, inventaris en materialen moeten op verantwoorde wijze gereinigd kunnen worden.
3. De verlichting, verwarming en ventilatie dienen aan de algemeen te stellen hygiënische eisen te voldoen.

Privacy

1. De praktijk heeft de beschikking over een behandelruimte die de privacy van de patiënt waarborgt.
2. De administratieve voorzieningen van de praktijk dienen de privacy van de patiënt te waarborgen.

Veiligheid

1. De praktijk beschikt over een goedgekeurde elektriciteit- en energievoorziening.

2. De praktijk dient te voldoen aan de geldende brandveiligheidseisen.
3. Alle aanwezige apparatuur ter ondersteuning van het fysiotherapeutisch handelen dient aan de wettelijke veiligheidseisen te voldoen en geschikt te zijn voor professioneel gebruik.
4. De ruimtelijke voorziening en inventaris dienen van zodanige kwaliteit en constructie te zijn, dat zij bij gebruik overeenkomstig hun bestemming geen gevaren voor personen opleveren.

Overig

De in de praktijk werkzame fysiotherapeuten dienen aan al hun verplichtingen op grond van wet- en regelgeving te voldoen.

19. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering per 1 januari 2013

Bijlage behorende bij artikel 2.6, tweede lid.

1. De aandoeningen, bedoeld in artikel 2.6, tweede lid, betreffen:

a. een van de volgende aandoeningen van het zenuwstelsel:

1. cerebrovasculair accident;
2. ruggemergaandoening;
3. multipele sclerose;
4. perifere zenuwaandoening indien sprake is van motorische uitval;
5. extrapyramidale aandoening;
6. motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel en hij jonger is dan 17 jaar;
7. aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel;
8. cerebellaire aandoening;
9. uitvalsverschijnselen als gevolg van een tumor in de hersenen of het ruggenmerg dan wel als gevolg van hersenletsel;
10. radiculair syndroom met motorische uitval;
11. spierziekte;
12. myasthenia gravis;

b. of een van de volgende aandoeningen van het bewegingsapparaat:

1. aangeboren afwijking;
2. progressieve scoliose;
3. juveniele osteochondrose en hij jonger is dan 22 jaar;
4. reflexdystrofie;
5. fractuur als gevolg van morbus Kahler, botmetastase of morbus Paget;
6. frozen shoulder (capsulitis adhaesiva);
7. hyperostotische spondylose (morbus Forestier);
8. collageenziekten;
9. status na amputatie;
10. whiplash;
11. postpartum bekkeninstabiliteit;
12. fracturen indien deze conservatief worden behandeld;

c. of een van de volgende aandoeningen:

1. chronic obstructive pulmonary disease indien sprake is van een stadium II of hoger van de Gold Classificatie voor COPD;
2. aangeboren afwijking van de tractus respiratorius;
3. lymfoedeem;
4. littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma;
5. 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;
6. claudicatio intermittens (vasculair) graad 2 of 3 Fontaine;
7. weke delen tumoren;

8. diffuse interstitiële longaandoening indien sprake is van ventilatoire beperking of diffusiestoornis.
2. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 10, of onderdeel b, subonderdeel 11, is de duur van behandeling maximaal drie maanden.
3. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 12, is de duur van behandeling maximaal zes maanden na conservatieve behandeling.
4. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 6, of onderdeel c, subonderdeel 6, is de duur van behandeling maximaal twaalf maanden.
5. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel c, subonderdeel 5, is de duur van de behandeling maximaal twaalf maanden in aansluiting op ontslag naar huis of beëindiging van de behandeling in de instelling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel c, subonderdeel 5.
6. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 10, is de duur van de behandeling maximaal drie maanden. Indien hierna nog sprake is van de trias bewegingsverlies, conditieverlies en cognitieve stoornissen, kan deze periode verlengd worden met maximaal zes maanden.
7. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel c, subonderdeel 7, is de duur van behandeling maximaal twee jaren na bestraling.