

DEEL II Zorgovereenkomst Paramedische zorg door ziekenhuizen 2021 en 2022

Artikel 1 Zorg

1. De zorgaanbieder verleent aan de verzekerden van de zorgverzekeraars paramedische zorg zoals omschreven in artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering en de voorwaarden van de aanvullende verzekering, telkens voor zover het gaat om prestaties vermeld in bijlage 1 en telkens voor zover er voor de betreffende disciplines een beroepsbeoefenaar als medewerker van de zorgaanbieder geregistreerd is binnen de Vektis AGB-registratie.
2. Onder zorg valt ook zorg zoals omschreven in meest recente beleidsregel 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen' en opvolgende beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit, uitsluitend voor zover het zorg betreft die onderdeel is van het behandelplan zoals opgesteld door de regiebehandelaar en wanneer deze zorg niet integraal geleverd wordt als onderdeel van de groepsbehandeling of dagbehandeling in het kader van de GZSP zorg.
3. Diëtetiek zoals omschreven in artikel 2.6 lid 10 van het Besluit zorgverzekering, maakt geen deel uit van deze zorgovereenkomst in de situatie waarin de diëtetiek niet zelfstandig behoort te worden gedeclareerd, te weten wanneer de diëtetiek deel uitmaakt van multidisciplinaire zorg in het kader van de meest recente beleidsregel 'Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg' en opvolgende beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), telkens voor het onderdeel segment 2, waarbij een integraal tarief is overeengekomen voor de gehele keten aan multidisciplinaire zorg.
4. Fysiotherapie wordt verleend door een fysiotherapeut. Oefentherapie wordt verleend door een oefentherapeut. Logopedie wordt verleend door een logopedist. Diëtetiek wordt verleend door een diëtist. Ergotherapie wordt verleend door een ergotherapeut.
5. De zorg wordt verleend door beroepsbeoefenaren die in loondienst werkzaam zijn bij de zorgaanbieder. De beroepsbeoefenaren dienen te beschikken over een individuele AGB-code.
6. Voor verbijzonderde fysiotherapie gelden de voorwaarden die zijn opgenomen in bijlage 3.
7. Programmatische en collectief aangeboden screening valt niet onder de reikwijdte van deze zorgovereenkomst.
8. Zorg verleend aan verzekerden met een indicatie in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz) komt alleen voor vergoeding in aanmerking indien er geen aanspraak bestaat vanuit de Wlz conform het Standpunt Paramedische zorg in de Wlz van het Zorginstituut Nederland d.d. 7 januari 2016.

9. Zorg als onderdeel van de aanspraak eerstelijnsverblijf valt niet onder de reikwijdte van deze zorgovereenkomst.
10. Zorg als onderdeel van de aanspraak gecombineerde leefstijl interventie valt niet onder de reikwijdte van deze zorgovereenkomst.

Artikel 2 Verwijzing en directe toegang

1. Fysiotherapie en/of oefentherapie in verband met een aandoening die voorkomt op Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering en zorg in verband met artrose, claudicatio intermittens Fontaine II of COPD Gold II of hoger wordt uitsluitend verleend op basis van een verwijzing afkomstig van een arts.
2. Zorg in het kader van Covid-19 herstellende zorg wordt uitsluitend verleend op basis van een verwijzing van een huisarts of medisch specialist.
3. Zorg in het kader van de geneeskundige zorg aan specifieke patiëntgroepen worden uitsluitend verleend op basis van een verwijzing van de regiebehandelaar.
4. Voor zorg die niet valt onder de zorg zoals omschreven in lid 1 en 2 kan de beroepsbeoefenaar de verzekerde zorg verlenen zowel na een verwijzing als op basis van directe toegankelijkheid.
5. In plaats van de verwijzing zoals bedoeld in lid 1 voldoet ook een bewijs van medische diagnose. Het bewijs bevat minimaal de naam en geboortedatum van de verzekerde en de medische diagnose.
6. Een verwijzing kent geen maximale geldigheidsduur. De behandeling dient te allen tijde aan te sluiten bij de in de verwijzing genoemde diagnose.
7. De verwijzing naar de beroepsbeoefenaar bevat minimaal de volgende gegevens:
 - a. (digitale) handtekening en datum van afgifte van de verwijzing;
 - b. de naam, de geboortedatum van de verzekerde;
 - c. medische diagnose en/of hulpvraag.
8. Periodiek overleg met de verwijzende arts gedurende het behandeltraject wordt uitgevoerd conform de richtlijn verslaglegging van de voor de betreffende beroepsbeoefenaar relevante beroepsvereniging.
9. De beroepsbeoefenaar op wie de directe toegankelijkheid van toepassing is, heeft een door de relevante beroepsvereniging erkende cursus of opleiding voor directe toegankelijkheid gevolgd.

Artikel 3 Kwaliteit

1. De fysiotherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL (KRF NL) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), of register van het Keurmerk Fysiotherapie, of dient aan te tonen dat hij/zij voldoet aan de eisen zoals gesteld door één van beide registratiesystemen.

2. De oefentherapeut, logopedist, ergotherapeut en/of diëtist staat ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici met de status kwaliteitsgeregistreerd.
3. Verbijzonderde fysiotherapeutische zorg wordt verleend door een speciaal daartoe gekwalificeerde en voor de desbetreffende verbijzonderde fysiotherapeutische zorg in het deelregister van het KRF NL van het KNGF, dan wel het register van het Keurmerk Fysiotherapie, geregistreerde fysiotherapeut.
4. Verbijzonderde oefentherapeutische zorg wordt verleend door een speciaal daartoe gekwalificeerde en voor de desbetreffende verbijzonderde oefentherapeutische zorg in het betreffende register binnen het Kwaliteitsregister Paramedici geregistreerde oefentherapeut.
5. Specialistische ergotherapie wordt verleend door een speciaal daartoe gekwalificeerde en voor de desbetreffende specialistische ergotherapie in het specialistische Kwaliteitsregister Paramedici geregistreerde beroepsbeoefenaar.
6. Afasie, preverbale en stotter (tele)logopedie worden verleend door een speciaal daartoe gekwalificeerde en voor de desbetreffende verbijzonderde logopedie in het relevante register van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) geregistreerde logopedist.
7. De behandeling van de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen wordt alleen vergoed indien de zorgaanbieder is aangesloten bij Parkinsonnet en als zodanig bij de zorgverzekeraar bekend is. De aansluiting is bij Parkinsonnet is vastgelegd in het Vektis AGB-register.
8. De behandeling van claudicatio intermittens wordt alleen vergoed indien de zorgaanbieder is aangesloten bij ClaudicatioNet en als zodanig bij de zorgverzekeraar bekend is. De aansluiting bij ClaudicatioNet is vastgelegd in het Vektis AGB-register.
9. De zorgaanbieder ziet erop toe dat de paramedische zorg door een in de instelling werkzame beroepsbeoefenaar die aan de in artikel 3 genoemde kwaliteitseisen voldoet persoonlijk wordt uitgevoerd. Een uitzondering hierop vormt een student paramedische zorg, conform artikel 6 van deze zorgovereenkomst.
10. De zorgaanbieder beschikt over behandelruimtes welke voldoen aan de inrichtingseisen zoals die door de betreffende beroepsverenigingen zijn vastgesteld. Als het voor het behalen van de behandeldoelstellingen noodzakelijk is de verzekerde buiten de praktijk te behandelen en/of de verzekerde wegens medische redenen onmogelijk naar de behandellocatie kan komen, dan is dit toegestaan. Deze noodzaak moet blijken uit het medisch dossier van de verzekerde.
11. De diëtist informeert de verzekerde duidelijk over de directe en indirecte contacttijd en de gevolgen hiervan op de aanspraak voor vergoeding door de zorgverzekeraar.
12. De verzekerde kan binnen vijf werkdagen terecht voor de screening of de eerste behandeling.
13. De zorgaanbieder is alle werkdagen telefonisch bereikbaar.
14. De zorgaanbieder hanteert voor alle verzekerden van de zorgverzekeraars een elektronisch patiëntendossier.

15. De zorgaanbieder heeft een actuele eigen website met daarop ten minste de namen van de beroepsbeoefenaren die bij de zorgaanbieder werkzaam zijn, het praktijkadres, het telefoonnummer, de openingstijden, de in praktijk aanwezige verbijzonderingen en de klachtenregeling.

Artikel 4 Groepsbehandeling

1. De paramedische groepsbehandeling betreft een specifieke behandeling van 2, 3, 4, of 5-10 personen, waarin de beroepsbeoefenaar de verzekerde groepsgewijs paramedische zorg verleent.
2. Groepsbehandeling wordt enkel verleend indien medisch noodzakelijk, conform de voorwaarden in artikel 1.
3. De minimale tijdsduur van een groepsbehandeling bedraagt één uur.
4. Een beroepsbeoefenaar is tijdens de groepsbehandeling fysiek aanwezig in de ruimte waar de groepsbehandeling plaatsvindt.
5. Indien de prestatie groepsbehandeling in rekening wordt gebracht, kan daarnaast niet de toeslag voor behandeling aan huis in rekening worden gebracht.
6. Indien de verzekerde behandeld wordt in groepsverband zijn individuele behandelingen voor dezelfde indicatie alleen toegestaan wanneer deze worden ingezet als beginmeting, tussentijdse evaluatie of eindmeting. De individuele zittingen worden ingezet om, op basis van klinimetrie, de voortgang van de tussendoelen en/of het hoofddoel te toetsen en zo nodig aan te passen.
7. Uitgangspunt voor de duur van de behandeling in groepsverband is maximaal drie maanden.
8. De bepalingen in dit artikel zijn niet van toepassing op de KNGF beweegprogramma's en preventieve cursussen die de zorgverzekeraars vergoeden.
9. Fysiotherapeutische groepsbehandelingen voor behoud of verbetering van de conditie en/of de leefstijl en (medische) fitness worden door de zorgverzekeraars niet vergoed.

Artikel 5 Digitale zorg

De zorgaanbieder kan de zorg aan de verzekerde ook verlenen via een digitale vorm van zorgverlening. Daarvoor gelden de volgende voorwaarden:

- a. De digitale zorg is in de betreffende fase van de behandeling van de verzekerde even effectief en van een zelfde kwaliteit als face-to-face zorg. De digitale zorg vormt een alternatief voor een reguliere zitting.
- b. Bij digitale zorg vindt rechtstreeks visueel contact plaats tussen de verzekerde en de beroepsbeoefenaar. Telefonische contacten worden niet gezien als digitale zorg.
- c. De verzekerde wordt geïnformeerd over de mogelijkheden van digitale zorg en over de wijze waarop digitale zorg zich verhoudt tot de aanspraak van de verzekerde op de zorg.
- d. De digitale zorg wordt aangeboden via videoconferentie software die voldoet aan de normen van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG).
- e. Voor de intake en onderzoek van de verzekerde, al dan niet na verwijzing, wordt geen digitale zorg ingezet.
- f. Voor het gebruik van applicaties ter ondersteuning van de behandeling binnen een behandeltraject of voor enkel het gebruik van een applicatie door de verzekerde, kan geen prestatie in rekening worden gebracht.

Artikel 6 Studenten paramedische zorg

1. De zorgaanbieder kan studenten die een opleiding voor paramedische zorg volgen aan een daarvoor erkend opleidingsinstituut, in de gelegenheid stellen de praktijkleerperiode onder zijn/haar leiding en toezicht in zijn/haar praktijk te laten volgen.
2. De zorgaanbieder ziet erop toe dat alvorens een student wordt toegelaten tot de behandeling van een verzekerde, de verzekerde daartoe toestemming heeft verleend.
3. De beroepsbeoefenaar die werkzaam is bij de zorgaanbieder begeleidt ten hoogste één student tegelijk.
4. De student is boventallig en heeft geen eigen productie.
5. De in deze zorgovereenkomst opgenomen bepalingen zijn evenzeer van toepassing op studenten, zoals bedoeld in lid 1.

Artikel 7 Prestaties, tarieven en declaraties

1. Alleen de prestaties die zijn overeengekomen en vastgelegd in bijlage 1 en 2 kunnen door de zorgaanbieder bij de zorgverzekeraars worden gedeclareerd en alleen indien er voor de betreffende paramedische discipline een beroepsbeoefenaar als medewerker van de zorgaanbieder geregistreerd is binnen de Vektis AGB-registratie.
2. Van toepassing zijn de tarieven vermeld in bijlage 1 en 2.
3. Om voor vergoeding in aanmerking te komen moeten declaraties fysiotherapie en oefentherapie voorzien zijn van de betreffende aanduiding op de diagnosecodelijst, Code Soort Indicatie (CSI) en de diagnosecode. Dit betreft de rubrieken 451, 452 en 453 binnen de Vektis-declaratiestandaard voor ziekenhuizen (PM308 versie 9).

4. De zorgaanbieder dient declaraties per verzekerde op chronologische volgorde in.
5. Declaraties voor zorg die geleverd is aan verzekerden in het kader van Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntengroepen zijn voorzien van de AGB-code van de regiebehandelaar in rubriek 422 'zorgverlenerscode voorschrijver/verwijzer' binnen de Vektis-declaratiestandaard voor ziekenhuizen.
6. Handelingen verricht, dan wel materialen gebruikt, tijdens de zitting of het consult zijn onderdeel van de overeengekomen vergoeding voor de reguliere behandeling. Ze mogen niet apart in rekening worden gebracht bij de verzekerde. Dit geldt onder meer voor hulp- en verbandmiddelen of andere materialen die onderdeel zijn van de paramedische behandeling en tevens voor bijvoorbeeld shockwave therapie, dry needling, verbandmiddelen, tape en materialen voor de behandeling. Op het moment dat het hulp- en of verbandmiddel of overig materiaal geen onderdeel is van de paramedische behandeling, mag de zorgaanbieder dit wel in rekening brengen bij de verzekerde.
7. De zorgaanbieder declareert de eerste 12 behandelingen binnen een termijn van 12 maanden voor gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van heup- en/of kniegewricht voor de verzekerden van 18 jaar of ouder uitsluitend o.v.v. diagnosecode 6223 en 7023. Voor de te hanteren csi code wordt verwezen naar de Vektis codelijst 'Code soort indicatie paramedische hulp'.
8. De zorgaanbieder declareert eenmalig de eerste 37 behandelingen binnen een termijn van 12 maanden voor gesuperviseerde oefentherapie bij claudicatio intermittens Fontaine stadium II voor de verzekerden van 18 jaar of ouder uitsluitende o.v.v. csi code 011 en diagnosecode 9248.
9. De zorgaanbieder hanteert bij de declaratie van gesuperviseerde oefentherapie bij COPD voor verzekerden van 18 jaar of ouder, zoals omschreven in het Besluit Zorgverzekering, artikel 2.6 lid 6, uitsluitend de toepasselijke csi code en diagnosecode 2554. De indeling in klasse en de zorgverlening gebeurt volgens de meest recente versie van de zorgstandaard COPD.

Artikel 8 Einde van de zorgovereenkomst

Bij het beëindigen van de zorgovereenkomst door een van de partijen, is de zorgaanbieder verplicht om verzekerden van de zorgverzekeraar adequaat te informeren over de consequenties behorend bij het niet hebben van een zorgovereenkomst tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Tevens is de zorgaanbieder op verzoek van de verzekerde verplicht het dossier over te dragen aan een andere praktijk of aan de verzekerde.