

## Werkafspraken zorgaanbieders, zorgverzekeraars inzake declaraties fysio- en oefentherapie via GDS.

**Van** Werkgroep PM in GDS  
**Functioneel beheer** ZN  
**Status** Vastgesteld

**DATUM**  
16-10-2024

### 1 Inleiding

In de wettelijke aanspraak op fysio- en oefentherapie voor aandoeningen die zijn opgenomen in bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering (Bzv) is opgenomen dat de eerste twintig behandelingen voor rekening van de patiënt zelf komen. Een eventuele aanvullende verzekering die de patiënt heeft afgesloten geldt in dit geval ook als een eigen betaling, namelijk: niet vergoed uit de basisverzekering.

Omdat niet iedere patiënt een (volledig vergoedende) aanvullende verzekering heeft, of om andere redenen de nota's van de eerste twintig behandelingen niet indient bij de zorgverzekering, is het voor zorgverzekeraars niet eenduidig vast te stellen of de eerste twintig behandelingen al hebben plaatsgevonden.

In de werkgroep die werkt aan de overgang van de paramedische declaratiestandaard naar de generieke declaratiestandaard zijn diverse opties voor het (centraal) tellen van deze eerste twintig behandelingen besproken. Al deze opties stuiten op privacy- en technische bezwaren. In dit document is beschreven wat de uniforme werkwijze is die wordt voorzien voor het tellen van de eerste twintig behandelingen en hoe hierin de patiënt een rol vervult wanneer er sprake is van meerdere behandelaars voor hetzelfde zorgtraject.

Aanvullend hierop zullen zorgverzekeraars bij het vaststellen van de aanspraak moeten vaststellen wanneer een patiënt bij meerdere zorgaanbieders onder behandeling is. De werkwijze waarop zorgverzekeraars dit vaststellen is ook in dit document vastgelegd.

### 2 Scope

Dit document behandelt twee hoofdonderwerpen:

1. Het (door de declarerende zorgaanbieder) tellen van het aantal behandelingen dat een andere zorgaanbieder al heeft gegeven. Dit is met name relevant voor aanspraken op Bijlage 1, waarbij de eerste 20 behandelingen door de verzekerde zelf (al dan niet uit een AV) moeten worden betaald. Deze behandelingen zijn bij een zorgverzekeraar niet bekend.
2. Het (door de zorgverzekeraar) combineren van zittingen voor dezelfde aanspraak (combinatie DCSPH en Toelichting Lichaamslocatie) bij verschillende zorgaanbieders, waarbij de zorgverzekeraar bepaalt wat de startdatum van de aanspraak is (de eerste zitting bij de eerste zorgverlener). Dit is van belang bij aanspraken die in tijd zijn beperkt. Dit kunnen zowel bijlage 1-aanspraken zijn, zoals bijvoorbeeld "na opname in een ziekenhuis" of aanspraken uit het besluit zorgverzekering zoals bijvoorbeeld artrose of COPD. Deze voorbeelden zijn niet uitputtend, het geldt voor alle aanspraken die in tijd beperkt zijn.

### **3 Controle door zorgverzekeraars op rechtmatige vergoeding**

Zorgverzekeraars mogen fysio- en oefentherapie voor aandoeningen die staan op Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering alleen uit de basisverzekering vergoeden vanaf de 21<sup>e</sup> behandeling en verder<sup>1</sup>. Zorgverzekeraars dienen dus te controleren of de eerste 20 prestaties zijn geleverd en door de patiënt zelf zijn betaald. Op dit moment gebeurt dit op verschillende manieren – van vertrouwen dat de aanbieder zelf correct declareert tot het willen zien van alle behandelingen, zodat de zorgverzekeraar zelf de eerste 20 behandelingen kan tellen. Met het in gebruik nemen van de nieuwe declaratiestandaard is een set afspraken vastgelegd die softwareleveranciers implementeren, zodat een onterechte declaratie van behandelingen binnen de eerste 20 op de basisverzekering niet meer mogelijk is. Met deze afspraken kunnen zorgverzekeraars vertrouwen op de juistheid van de declaratie, waardoor administratieve omwegen via de declaraties niet meer nodig zijn. Deze set met afspraken dient te worden goedgekeurd door alle zorgverzekeraars, om te borgen dat iedereen hiermee uit de voeten kan zoals bedacht.

### **4 Consequenties voor de aanspraakbepaling in geval van verschillende zorgaanbieders voor dezelfde aandoening**

Wanneer een praktijk de telling goed op orde heeft, zoals hiervoor beschreven, kan een declaratie in de eerste 20 behandelingen in de praktijk niet onder de basisverzekering worden gedeclareerd. Het kan echter zo zijn dat een patiënt een deel van de (of alle) eerste 20 behandelingen al bij een andere praktijk heeft gehad. Als de zorgaanbieder deze informatie niet heeft of niet kan verwerken heeft dat twee gevolgen:

1. De patiënt moet dan opnieuw de eerste 20 behandelingen zelf betalen voor een nieuw zorgtraject, terwijl het feitelijk dezelfde aanspraak is die bij de andere zorgaanbieder is gestart. Dit leidt tot onnodige kosten voor de patiënt;
2. Door het starten van een nieuw zorgtraject wordt er gerekend met een nieuwe startdatum van de behandeling, met ook een nieuwe einddatum voor in tijd beperkte aanspraken.

Deze situatie is niet altijd te voorkomen, maar kan wel worden verminderd. Wanneer een fysio- of oefentherapeut informeert bij een nieuwe patiënt of deze voor dezelfde klacht/ diagnose al elders is geweest én de patiënt deze informatie eenvoudig tot zijn beschikking heeft, kan dit in het systeem worden ingevoerd, waardoor de praktijk direct goed kan declareren. Onderstaande geldt zowel voor patiënten die voor hun zorg eenmalig overstappen van zorgaanbieder als voor patiënten die voor dezelfde aandoening/aanspraak parallel door meerdere verschillende zorgaanbieders worden behandeld. In dat laatste geval gaat het eigenlijk om een herhaaldelijke overdracht na elke behandeling, steeds tussen de parallel behandelende aanbieders.

Het is daarom van belang dat via een beveiligde e-mail (zie voor format de bijlage) de patiënt wordt geïnformeerd over de belangrijkste informatie die hij nodig heeft voor de overdracht naar een andere praktijk. Dit betreft welke DCSPH-code, de toelichting lichaamslocatie, welke aanspraakcode (CSI), de startdatum van de behandeling (het zorgtraject) en de hoeveelste zitting het is. Dit bericht moet de verzenddatum en tijd bevatten, zodat de patiënt een extra mogelijkheid heeft om te zien of het bericht de meest recente is. Dan kan de patiënt eenvoudiger zien welk bericht moet worden gedeeld met een eventuele nieuwe/parallel behandelende praktijk. Immers patiënten gaan zo berichten ontvangen. Met deze informatie kan de zorgaanbieder zowel de juiste telling van de eerste 20 behandelingen hanteren, als de juiste startdatum van de aanspraak hanteren. Het bericht dient te worden voorzien van een duidelijke instructie: het is bedoeld voor een eventuele andere zorgaanbieder om de vergoeding uit de basisverzekering goed te kunnen regelen en is expliciet níet bedoeld om op te sturen naar de zorgverzekeraar.

---

<sup>1</sup> Dit is daarmee ook van toepassing op huidtherapeuten die onder de wettelijke aanspraak fysiotherapie oedeemtherapie en littekentherapie declareren en daarmee te maken hebben met de wettelijke beperking dat de eerste 20 zittingen niet onder de basisverzekering vergoed worden.

## 5 Hoe de zorgverzekeraar handelt bij parallelle zorgtrajecten bij meerdere aanbieders die hetzelfde behandelen

Zorgtrajecten bij verschillende zorgaanbieders die dezelfde DCSPH-code en dezelfde ToelichtingLichaamslocatie hebben, behandelen dezelfde aandoening en worden door zorgverzekeraars gezien als vallend onder dezelfde aanspraak. Wanneer de zorgverzekeraar deze situatie constateert dan zal de zorgverzekeraar de declaratie afwijzen wanneer:

- De zorgaanbieder niet de correcte startdatum van de aanspraak heeft gehanteerd. De correcte startdatum dient aanwezig te zijn in "startdatum zorgtraject" of, indien de patiënt zijn zorgtraject elders is gestart, in "aanspraakstartdatum". Ontbreekt de juiste aanspraakstartdatum dan wordt de declaratie afgewezen met retourcode 9671 *Betekenis: 'Onjuiste aanspraakstartdatum'*. Herdeclareren met de juiste aanspraakstartdatum zal leiden tot juiste verwerking van de declaratie. NB een onjuiste startdatum in "startdatum zorgtraject" voor een zorgaanbieder die de eerste of de enige zorgaanbieder is, kan zich naar verwachting alleen voordoen bij de overgang van de PM304 naar de GDS801. Zie ook het document overgangsbepalingen.
- De zorgverzekeraar zal bij parallelle trajecten bij verschillende zorgaanbieders ook afwijzen (behoudens eventuele contractuele afspraken, bijvoorbeeld wanneer debiteurenrisico is overgenomen) wanneer de geldende aanspraakperiode al is verlopen (*Retourcode: 9672 Betekenis: 'Geldende aanspraakperiode is verlopen'*) of wanneer de geldende aanspraak qua aantal zittingen wordt overschreden (*Retourcode: 9673 Betekenis: 'Aantal zittingen voor geldende aanspraak wordt overschreden'*). Dit kan al bij een eerdere zorgaanbieder zijn gebeurd.
- Wanneer de zorgverzekeraar twee trajecten bij verschillende zorgaanbieders heeft gekoppeld o.b.v. DCSPH en toelichting lichaamslocatie terwijl er nadrukkelijk sprake is van een nieuw zorgtraject, zal de zorgaanbieder contact zoeken met de zorgverzekeraar na een van bovenstaande afwijzingen.
- 

## 6 Q&A

### 6.1 Moet de informatie altijd meegegeven worden door de fysio- of oefentherapeut aan de patiënt?

De informatie is specifiek bedoeld voor het kunnen informeren van de andere zorgaanbieder hoeveel van de eerste 20 behandelingen er al zijn geweest binnen het betreffende traject. Wanneer deze teller 20 haalt, is deze informatie niet meer noodzakelijk. De laatste mededeling van de 20<sup>e</sup> behandeling kan de patiënt daarmee gebruiken in communicatie met andere zorgaanbieders. Die laatste mededeling kan ook gebruikt worden om andere zorgaanbieders te informeren over de datum die leidend is voor het bepalen van de aanspraakperiode. De startdatum van het zorgtraject is immers ook onderdeel van de informatie.

Omdat de startdatum niet alleen relevant is voor Bijlage 1-aanspraken, maar ook voor enkele aanspraken uit artikel 2.6 Bzv, zoals COPD, wordt deze informatie meegegeven voor alle fysio- en oefentherapeutische behandelingen die een aanspraak uit de basisverzekering kennen.

### 6.2 Moet de patiënt iedere keer de informatie meenemen naar de nieuwe zorgaanbieder?

Bij een overstap van de ene zorgaanbieder naar de andere is eenmalige overdracht van de informatie voldoende, de nieuwe zorgaanbieder telt vanaf daar verder. Wanneer er sprake is van parallelle behandeling door verschillende behandelaren (zorgaanbieders), is regelmatige informatieoverdracht (bij iedere "overgang" tussen de twee zorgaanbieders) nodig. Immers: de zorgaanbieder moet weten hoeveel behandelingen hebben plaatsgevonden bij een andere aanbieder tussen de vorige en de huidige behandeling.

### 6.3 Wanneer wordt de informatie over de zitting verzonden naar de patiënt?

De betreffende informatie wordt zo snel mogelijk na de behandeling verstrekt of geautomatiseerd verzonden. Dit kan via een beveiligd e-mailbericht, maar kan ook aan de patiënt worden meegegeven, wanneer deze niet over een digitaal communicatiemiddel beschikt.

### 6.4 Hoe werkt dit samen met eventuele AV-aanspraak?

Wanneer een patiënt een aanvullende verzekering heeft, kunnen (enkele van) de behandelingen worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Twee praktijken weten in principe niet van elkaar welke behandelingen wel en niet zijn gedeclareerd. Vanaf het moment dat declaraties op de AV worden afgewezen vanwege het bereiken van de maximale vergoeding is, wanneer de 20<sup>e</sup> behandeling nog niet is bereikt, de informatie over het aantal behandelingen nodig. Dus ook in deze situatie is het delen van de informatie over de hoeveelste behandeling is gegeven nodig.

### 6.5 Hoe moeten de tellingen in de software worden ingevoerd:

- Software telt het aantal zittingen op basis van de registratie in het dossier (EPD)
- Wanneer er een of meerdere zittingen elders hebben plaatsgevonden in de periode van de eerste 20 behandelingen en de zorgaanbieder heeft van de patiënt daarvoor bewijs ontvangen, kan hij deze behandelingen registreren

Buiten bovenstaande is de telling van de behandelingen niet aan te passen in de software

## 7 Samenvattend

	Zorgverzekeraar	Patiënt	Zorgaanbieder
<b>Belang</b>	Zekerheid over rechtmatige vergoeding Zvw (pas vanaf 21 <sup>e</sup> behandeling)	Geen dubbele eigen betalingen van eerste 20 bij overstap/samenloop naar/met andere praktijk	Minder administratieve lasten (geen 'declaratie omweg' of correcties) Zekerheid over inkomsten
<b>Benodigde informatie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Startdatum (i.v.m. duur aanspraak)</li> <li>• DCSPH,</li> <li>• toelichting lichaamslocatie</li> <li>• Aanspraakcode (CSI)</li> </ul> <p><i>Let wel: deze informatie geeft de aanbieder gewoon mee in de declaratie. Het document voor de informatieoverdracht moet niet naar de verzekeraar gestuurd worden.</i></p> <p>Hiernaast moet zekerheid zijn over juiste implementatie van afspraken door het EPD, zodat kan worden vertrouwd op de declaratie.</p>	Patiëntvriendelijke toelichting op: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Startdatum</li> <li>• DCSPH</li> <li>• toelichting lichaamslocatie</li> <li>• Aanspraakcode (CSI)</li> <li>• Gelimiteerd ja/nee</li> <li>• Aantal uitgevoerde behandelingen</li> <li>• Datum email (tevens de datum van de laatste behandeling)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Startdatum (i.v.m. duur aanspraak)</li> <li>• DCSPH</li> <li>• toelichting lichaamslocatie</li> <li>• Aanspraakcode (CSI)</li> <li>• Aantal uitgevoerde behandelingen</li> </ul> <p>Datum email (tevens de datum van de laatste behandeling)</p>

	Zorgverzekeraar	Patiënt	Zorgaanbieder
<b>Werkwijze</b>	Zorgverzekeraar vergoed op basis van aangeleverde aanspraakcode Achterafcontroles kunnen knelpunten aan het licht brengen.	Patiënt deelt (meest recente) email van elders genoten behandelingen	Fysio-/oefentherapeut vraagt bewijs van eerdere behandelingen elders op bij patiënt bij de start van de behandeling (kan via e-mail). Voert aantal elders genoten behandelingen in zodat EPD juiste telling en DCSPH hanteert.