

Ingevolge artikel 57, eerste lid, aanhef, en onder b en c, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

Kenmerk
BR/CU-7050
11D0050170

Ingevolge artikel 59, tweede lid, Wmg heeft de Minister van VWS met brieven van 12 november 2007, kenmerk MC-U 2807537, en van 9 januari 2008, CZ/EKZ-2822885, en van 29 augustus 2008, kenmerk CZ/TSZ-2873530, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel aanwijzingen op grond van artikel 7 Wmg aan de NZa gegeven.

1. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op oefentherapeutische zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Voor zover geen sprake is van zorg als omschreven in vorige zin, is deze beleidsregel van toepassing op handelingen¹ of werkzaamheden² op het terrein van de oefentherapeutische zorg geleverd door of onder verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3, dan wel 34, van de Wet BIG.

Deze beleidsregel is niet van toepassing op de hierboven genoemde typen van zorg, indien en voor zover deze wordt geleverd door instellingen als bedoeld in artikel 1.2, aanhef, en onder de nummers 2, 3, 10 en 12 tot en met 24 van het Uitvoeringsbesluit WTZi.

2. Doel van de beleidsregel

Het doel van deze beleidsregel is vastlegging van het beleid met betrekking tot de diverse prestatiebeschrijvingen en tarieven voor oefentherapeutische zorg.

3. Prestatiebeschrijvingen

In het kader van deze beleidsregel worden de volgende prestatiebeschrijvingen onderscheiden:

- a Zitting
- b Zitting kinderoefentherapie
- c Zitting psychosomatische oefentherapie
- d Lange zitting voor patiënten met complexe en/of meervoudige zorgvragen
- e Telefonische zitting
- f Screening
- g Intake en onderzoek na screening
- h Intake en onderzoek na verwijzing
- i Eenmalig oefentherapeutisch onderzoek
- j Eenmalig kinderoefentherapeutisch rapport
- k Groepszitting voor specifieke behandeling van twee personen

¹ Het betreft hier de handelingen bedoeld in artikel 1, sub b, nr. 2^o, van de Wmg.

² Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, aanhef, en sub d, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer Wmg.

l	Groepszitting voor specifieke behandeling van drie personen
m	Groepszitting voor specifieke behandeling van vier personen
n	Groepszitting voor behandeling van vijf tot en met tien personen
o	Groepszitting van meer dan tien personen
p	Uittoeslag
q	Inrichtingstoeslag
r	Toeslag buiten reguliere werktijden
s	Instructie/overleg ouders van de patiënt
t	Eenvoudige, korte rapporten
u	Meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten
v	Facultatieve prestatie

Kenmerk
BR/CU-7050
11D0050170

Pagina
2 van 7

4. Specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen

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 kinderoefentherapie

De zitting kinderoefentherapie 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 psychosomatische oefentherapie

De zitting psychosomatische oefentherapie 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 d) 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 het accident);
- dwarslaesie;
- centrale ruggenmergaandoeningen (bijvoorbeeld MS, ALS, poliomyelitis);
- spierdystrofie (vanaf 18 jaar);
- spina bifida (vanaf 18 jaar);
- cystische fibrose.

ad e) Telefonische zitting

Een telefonische zitting dient ter vervanging van een reguliere zitting, zoals genoemd onder ad a t/m c, 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.

Kenmerk
BR/CU-7050
11D0050170

Pagina
3 van 7

ad f) Screening

Screening is een kort oefentherapeutisch 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 oefentherapeutisch onderzoek, gaat na of er geen contra-indicaties zijn en informeert/adviseert waar mogelijk de patiënt.

ad g) Intake en onderzoek na screening

Tijdens de intake en onderzoek na screening voert de zorgaanbieder bij een nieuwe indicatie een oefentherapeutisch 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 h) Intake en onderzoek na verwijzing

Tijdens de intake en onderzoek na verwijzing voert de zorgaanbieder bij een nieuwe indicatie een oefentherapeutisch 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 g) "*intake en onderzoek na screening*" van toepassing.

ad i) Eenmalig oefentherapeutisch onderzoek

Het eenmalig oefentherapeutisch 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 oefentherapeutische (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 j) Eenmalig kinderoefentherapeutisch rapport

Het eenmalig kinderoefentherapeutisch 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 kinderoefentherapie.

ad k,l,m) 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 n) Groepszitting voor behandeling van vijf tot en met tien personen

Het betreft een prestatie per patiënt per uur, waarbij de minimale behandelingsduur een half uur is. Per patiënt wordt de prestatie naar evenredigheid van de behandelingsduur in eenheden van een kwartier gedeclareerd.

Kenmerk
BR/CU-7050
11D0050170

Pagina
4 van 7

Groepsbehandeling heeft in dit individuele geval meerwaarde, met name door het lotgenotencontact. De zorgvraag is minder complex dan bij de groepszitting onder prestatie k, l en m 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 o) Groepszitting van meer dan tien personen

Het betreft een prestatie per patiënt per uur. Per patiënt wordt de prestatie naar evenredigheid van de behandelingsduur 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 k, l, m en n is bedoeld.

ad p) 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 onder u.

Indien de prestatie k, l, m, n of o wordt gedeclareerd kan daarnaast niet de uittoeslag worden gedeclareerd.

ad q) Inrichtingstoeslag

Voor een behandeling van een patiënt in een inrichting kan een inrichtingstoeslag gedeclareerd worden. 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 k, l, m, n of o wordt gedeclareerd, kan daarnaast niet de inrichtingstoeslag worden gedeclareerd.

ad r) 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 s) 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.

Kenmerk
BR/CU-7050
11D0050170

Pagina
5 van 7

Deze prestatie kan alleen worden gedeclareerd in geval het kind geïndiceerd is voor kinderoefentherapie.

ad t,u) 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.

ad v) Facultatieve prestatie

De NZa kan een prestatiebeschrijving vaststellen voor de in artikel 1 aangeduide zorg die afwijkt van de hiervoor vermelde prestatiebeschrijvingen, indien tenminste één zorgaanbieder en tenminste één ziektekostenverzekeraar gezamenlijk daarom verzoeken. Andere verzoeken dan gezamenlijke worden zonder inhoudelijke beoordeling afgewezen.

De door de NZa vastgestelde prestatie kan in rekening worden gebracht door een zorgaanbieder indien hier een schriftelijke overeenkomst met een ziektekostenverzekeraar aan ten grondslag ligt.

Aanvraagprocedure

1. De aanvraag dient:

- schriftelijk te worden ingediend;
- door zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar gezamenlijk en;
- te zijn voorzien van een handtekening van deelnemende partijen.

2. De aanvraag dient het volgende te bevatten:

- een voorstel voor een concrete en duidelijke prestatiebeschrijving;
- een toelichting waarom de voorgestelde prestatiebeschrijving binnen de werkingssfeer van deze beleidsregel valt

De NZa beoordeelt de aanvraag op de volgende onderdelen:

Voldoet de aanvraag aan de gestelde voorwaarden onder 1 en 2.

Valt de voorgestelde prestatiebeschrijving(en) onder de reikwijdte van deze beleidsregel.

Indien de aanvraag niet voldoet aan de gestelde voorwaarden zal de NZa de beoordeling ervan aanhouden totdat de benodigde gegevens zijn ontvangen. Bij een complete aanvraag voor een nieuwe prestatie zal de NZa binnen 4 weken na ontvangst van de schriftelijke aanvraag een besluit nemen.

5. Tarieven

Voor de prestaties zoals vastgelegd in deze beleidsregel gelden vrije tarieven.

Kenmerk
BR/CU-7050
11D0050170

Pagina
6 van 7

6. Intrekking oude beleidsregel(s)

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel BR/CU-7036 ingetrokken.

7. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2012.
Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub b, van de Wmg wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2011, treedt de beleidsregel in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2012.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als: 'Beleidsregel prestatiebeschrijvingen oefentherapie'.

TOELICHTING

De beleidsregel biedt middels de facultatieve prestatie ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders extra ruimte doordat het mogelijk is om andere prestatiebeschrijvingen af te spreken dan de uniform geldende prestatiebeschrijvingen. Vanaf 1 januari 2012 kunnen zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars gezamenlijk een aanvraag indienen bij de NZa tot het vaststellen van een prestatiebeschrijving. Partijen kunnen hierdoor van de in deze voorliggende conceptbeleidsregel opgenomen prestaties afwijken.

Kenmerk
BR/CU-7050
11D0050170

Pagina
7 van 7

Het gevolg is dat partijen hierdoor meer vrijheidsgraden en mogelijkheden krijgen om zich te onderscheiden. Het betekent ook dat er meer verantwoordelijkheid komt te liggen bij ziektekostenverzekeraar en zorgaanbieder om te komen tot een duidelijke prestatiebeschrijving en de voorwaarden waaronder een tarief in rekening mag worden gebracht. De NZa toetst in beginsel uitsluitend of de prestatie voldoende duidelijk is omschreven en valt binnen de reikwijdte van de Wet marktordening gezondheidszorg en of sprake is van een gezamenlijk verzoek. De NZa zal de facultatieve prestatie uniform toepasbaar maken, met als voorwaarde dat er sprake is van een contract tussen een zorgaanbieder en een ziektekostenverzekeraar over de betreffende prestatie.

Het is aan zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar om te voldoen aan de eerder beschreven voorwaarden. Partijen kunnen zelf nader de voorwaarden overeenkomen waaronder een tarief in rekening mag worden gebracht. Daarvoor hoeven geen voorschriften door de NZa te worden vastgesteld. De NZa toetst de aanvraag voor een nieuwe prestatiebeschrijving dus beperkt.

Bij tarieven die vrij onderhandelbaar zijn, is het belangrijk dat de prestaties waarvoor de tarieven in rekening worden gebracht, duidelijk worden omschreven en vastgelegd. Dit is mede relevant voor de verbodsbepaling op grond van artikel 35, lid 1 Wmg waaruit volgt dat het verboden is een tarief in rekening te brengen voor een prestatie waarvoor geen prestatiebeschrijving is vastgesteld of waarvoor een andere prestatiebeschrijving is vastgesteld. Gezien deze verbodsbepaling zal door de NZa worden gelet op de precisie en duidelijkheid van de voorgestelde prestatieomschrijving. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars mogen de nieuwe prestatie declareren respectievelijk vergoeden wanneer een beschikking door de NZa is vastgesteld.