

Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor ergotherapie

Gelet op artikel 57, eerste lid, onderdelen 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/REG-18126

Gelet op artikel 59, onderdeel b, van de Wmg heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) met de brief van 25 augustus 2016, met kenmerk 942707-148296-MC, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel aanwijzingen op grond van artikel 7 Wmg, aan de NZa gegeven.

1. Doel van de beleidsregel

Het doel van deze beleidsregel is om vast te leggen op welke wijze de NZa gebruik maakt van haar bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen op het gebied van ergotherapeutische zorg.

2. Reikwijdte

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

Voor zover geen sprake is van zorg als omschreven in de vorige zin, is deze beleidsregel van toepassing op handelingen¹ of werkzaamheden² op het terrein van ergotherapeutische zorg geleverd door of onder verantwoordelijkheid van personen, ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), of door personen als bedoeld in artikel 34, van de Wet BIG.

3. Prestatiebeschrijvingen

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

- a. Screening
- b. Intake en onderzoek na screening
- c. Screening en intake en onderzoek
- d. Intake en onderzoek na verwijzing
- e. Eenmalig onderzoek
- f. Individuele zitting ergotherapie
- g. Individuele zitting kinderergotherapie
- h. Individuele zitting handergotherapie
- i. Telefonische zitting
- j. Groepszitting voor behandeling van twee personen
- k. Groepszitting voor behandeling van drie personen
- l. Groepszitting voor behandeling van vier personen
- m. Groepszitting voor behandeling van vijf tot en met tien personen
- n. Groepszitting voor behandeling van meer dan tien personen

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

² Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, eerste lid, sub c, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg.

- o. Instructie/overleg ouders/verzorgers van de patiënt
- p. Toeslag voor behandeling aan huis
- q. Toeslag voor behandeling in een instelling
- r. Toeslag voor eenmalige behandeling op de werkplek
- s. Verslaglegging aan derden
- fp. Facultatieve prestatie

4. Specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen

Ad a) Screening

De screening bij directe toegang is een kort contact tussen de zorgverlener en de patiënt die zonder verwijzing van een arts naar de zorgverlener gaat. Gedurende de screening inventariseert de zorgverlener de hulpvraag, bepaalt of er een indicatie is voor verder onderzoek, gaat na of er geen contra-indicaties zijn en informeert/adviseert de patiënt.

Ad b) Intake en onderzoek na screening

Tijdens de intake en onderzoek na screening voert de zorgverlener bij een nieuwe indicatie een intake en ergotherapeutisch onderzoek uit en stelt een behandelplan op. De zorgverlener informeert/adviseert de patiënt.

Ad c) Screening en intake en onderzoek

Tijdens de screening en intake en onderzoek voert de zorgverlener bij een patiënt met een nieuwe indicatie, die zonder verwijzing van een arts naar de zorgverlener gaat, een screening, intake en een ergotherapeutisch onderzoek uit op één dag en stelt een behandelplan op. De zorgverlener informeert/adviseert de patiënt.

Ad d) Intake en onderzoek na verwijzing

Tijdens de intake en onderzoek na verwijzing voert de zorgverlener bij een nieuwe indicatie een intake en onderzoek uit en stelt een behandelplan op. De zorgverlener informeert/adviseert de patiënt. De patiënt is verwezen door een arts. Intake en onderzoek na verwijzing kan alleen in rekening worden gebracht indien voor dezelfde aandoening geen screening bij directe toegang heeft plaatsgevonden.

Ad e) Eenmalig onderzoek

Het eenmalig onderzoek heeft als doel om meer informatie te genereren ten behoeve van de diagnose en prognose met het oog op het behandelbeleid en de ergotherapeutische (on)mogelijkheden.

Een eenmalig onderzoek kan alleen in rekening worden gebracht indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- er moet sprake zijn van een gericht schriftelijke vraag van de verwijzer voor een onderzoek;
- er moet sprake zijn van een schriftelijke rapportage van de zorgverlener aan de verwijzer.

Het eenmalig onderzoek kan niet worden opgevolgd door een zitting voor dezelfde aandoening. Als de arts na de schriftelijke rapportage verwijst voor behandeling ergotherapie, dan zal gestart moeten worden met intake en onderzoek na verwijzing, alvorens een zitting voor dezelfde aandoening plaats kan vinden.

Ad f) Individuele zitting ergotherapie

De individuele zitting reguliere ergotherapie is een ononderbroken tijdspanne, waarin de zorgverlener de patiënt één-op-één voor één of meerdere indicaties begeleidt, adviseert en/of behandelt ongeacht de inhoud van de behandeling.

Ad g) Individuele zitting kinderergotherapie

De individuele zitting kinderergotherapie is een ononderbroken tijdspanne, waarin de zorgverlener de patiënt één-op-één voor één of meerdere indicaties begeleidt, adviseert en/of behandelt ongeacht de inhoud van de behandeling.

Ad h) Individuele zitting handergotherapie

De individuele zitting handergotherapie is een ononderbroken tijdspanne, waarin de zorgverlener de patiënt één-op-één voor één of meerdere indicaties begeleidt, adviseert en/of behandelt ongeacht de inhoud van de behandeling.

Ad i) Telefonische zitting

De telefonische zitting is een telefonisch contact tussen de zorgverlener en de patiënt. Deze prestatie kan alleen in rekening worden gebracht indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- er is sprake van een bestaande behandelrelatie met de patiënt, waarbij ook één-op-één behandelingen plaatsvinden;
- de telefonische zitting dient ter vervanging van een individuele zitting;
- de telefonische zitting vindt plaats tijdens een behandelaflevering, in overleg met de patiënt en op een speciaal daarvoor tussen de zorgverlener en patiënt afgesproken tijdstip.

Ad j, k, l, m) Groepszitting voor behandeling van 2, 3, 4 of 5-10 personen

De groepszitting voor behandeling van 2, 3, 4 of 5-10 personen betreft een prestatie per patiënt. Voor de berekening van de op de nota te vermelden behandelaflevering en het tarief per patiënt wordt de totaal bestede behandelaflevering voor groepsbehandeling gedeeld door het aantal deelnemers in de groep, afgerond op rekenkundige eenheden van een kwartier (vijftien minuten).

Groepsbehandeling heeft in dit individuele geval meerwaarde, aangezien de patiënt in kwestie zo langduriger per interventie kan worden belast en begeleid en/of door het lotgenotencontact. Er is sprake van een groepsbehandeling indien twee of meer personen tegelijkertijd starten met de behandeling bij één behandelaar.

De complexiteit van de zorgvraag en de benodigde individuele aandacht bepalen de grootte van de groep. Deze prestatie kan alleen in rekening worden gebracht indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- de nadere indicatiestelling "groepsbehandeling" geschiedt door de zorgverlener in overleg met de patiënt en/of verwijzer;
- er is minimaal een intake en onderzoek vooraf gegaan aan de groepszitting;
- de behandelruimte(n) en de gebruikte materialen dienen geschikt te zijn voor de te geven behandeling van de doelgroep;

- de groep bestaat uit patiënten met een zo groot mogelijke homogeniteit in relatie tot de zorgzwaarte en indien mogelijk tot de medische diagnose.

Indien de groepszitting in rekening wordt gebracht, kan daarnaast niet de toeslag voor behandeling aan huis of in een instelling of op de werkplek in rekening worden gebracht.

Ad n) Groepszitting voor behandeling van meer dan 10 personen

De groepszitting voor behandeling van meer dan 10 personen betreft een prestatie per patiënt. Voor de berekening van de op de nota te vermelden behandeltime en tarief per patiënt wordt de totaal bestede behandeltime voor groepsbehandeling gedeeld door het aantal deelnemers in de groep, afgerond op rekenkundige eenheden van een kwartier (vijftien minuten).

Bij de groepszitting voor behandeling van meer dan tien personen gaat het om begeleiding en activering. De rol van de zorgverlener is coachend en de deelnemer is meer op zichzelf aangewezen dan in de groepszitting van twee tot en met tien personen. De behandelruimte(n) en de gebruikte materialen dienen geschikt te zijn voor de te geven behandeling van de doelgroep. Er is sprake van een groepsbehandeling indien meerdere personen tegelijkertijd starten met de behandeling bij één behandelaar.

Indien de groepszitting in rekening wordt gebracht, kan daarnaast niet de toeslag voor behandeling aan huis of in een instelling of op de werkplek in rekening worden gebracht.

Ad o) Instructie/overleg ouders/verzorgers van de patiënt

Indien het voor de behandeling kindergoedtherapie noodzakelijk is, kan de zorgverlener, in overleg met de ouders/verzorgers, hen ondersteunen bij de verzorging van het kind. Daartoe wordt informatie overgedragen en/of instructie gegeven gericht op het optimaliseren van de gezondheidstoestand en eventueel de behandeling.

Ad p) Toeslag voor behandeling aan huis

In het geval de zorgverlener de patiënt thuis behandelt, kan een toeslag voor behandeling aan huis in rekening worden gebracht ter compensatie van tijd en reiskosten, indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- de behandeling vindt buiten de praktijk, bij de patiënt thuis, niet zijnde een tot de WTZi toegelaten instelling, plaats;
- de toeslag kan per patiënt per dag slechts eenmaal in rekening worden gebracht tenzij er een medische noodzaak is de patiënt meerdere keren op één dag aan huis te behandelen en er dan ook meerdere keren reistijd en reiskosten gemaakt worden.

Ad q) Toeslag voor behandeling in een instelling

In het geval de zorgverlener de patiënt in een tot de WTZi toegelaten instelling behandelt, kan een toeslag voor behandeling in een instelling in rekening worden gebracht ter compensatie van tijd en reiskosten, indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- de behandeling vindt buiten de praktijk, in een tot de WTZi toegelaten instelling, plaats;
- de toeslag kan per patiënt per dag slechts eenmaal in rekening worden gebracht tenzij er een medische noodzaak is de patiënt

- meerdere keren op één dag in een instelling te behandelen en er dan ook meerdere keren reistijd en reiskosten gemaakt worden;
- de toeslag kan niet in rekening worden gebracht als er in de instelling een behandelruimte is voor ergotherapie.

Ad r) Toeslag voor eenmalige behandeling op de werkplek

In het geval de zorgverlener de patiënt eenmalig op de werkplek behandelt, kan eenmalig een toeslag voor behandeling op de werkplek in rekening worden gebracht ter compensatie van tijd en reiskosten indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- de behandeling vindt buiten de praktijk, op de werkplek, plaats;
- de toeslag kan per patiënt per behandeltraject slechts eenmaal in rekening worden gebracht.

Ad s) Verslaglegging aan derden

Bij verslaglegging aan derden is sprake van een schriftelijke informatieverstrekking indien op verzoek van derden en na toestemming van de patiënt, een rapport wordt verstrekt. Het tarief, op offerte basis, voor verslaglegging (inclusief eventuele kosten van aanvullend onderzoek) aan derden, niet zijnde de verwijzer, kan in rekening worden gebracht aan derden, niet zijnde de zorgverzekeraar.

Ad fp) Facultatieve prestatie

De NZa kan een prestatiebeschrijving vaststellen voor de in artikel 2 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. Algemene bepalingen

- De patiënt moet vooraf geïnformeerd zijn over het doel, de kosten en de inhoud van elke prestatie alsmede over het feit dat er meerdere prestaties op één dag gedeclareerd kunnen worden.
- Patiëntgerichte werkzaamheden, zoals verslaglegging, communicatie en correspondentie, zowel mono- als multidisciplinair, maken onderdeel uit van de zitting/behandeling. Indirecte tijd kan derhalve niet in rekening worden gebracht bij de patiënt en/of bij de verzekeraar.
- Elk behandeltraject start met "screening" en eventueel "intake en onderzoek na screening" of met "screening, intake en onderzoek" of met "intake en onderzoek na verwijzing".
- De prestaties ergotherapie worden in tijdseenheden van 15 minuten gedeclareerd. Dit betekent dat de behandeltime dient te worden afgerond naar het dichtstbijzijnde veelvoud van 15 minuten. De afronding van de behandeltime mag niet uitkomen op minder dan 15 minuten.
- Per dag kan per patiënt één prestatie in rekening gebracht worden. Deze declaratiebepaling geldt niet voor de prestatiebeschrijvingen f tot en met r of een combinatie van f tot en met r. Deze kunnen wel meerdere keren op één dag in rekening gebracht worden indien er een medische noodzaak bestaat voor meerdere prestaties op één dag, gesteld door een arts.
- Daarnaast geldt de declaratiebeperking van één prestatie per dag per patiënt niet voor de prestaties "screening en intake en onderzoek" of "intake en onderzoek na screening" of "intake en onderzoek na verwijzing" in combinatie met één van de prestatiebeschrijvingen f tot en met h al dan niet in combinatie met prestatiebeschrijvingen p tot en met r, en voor de prestatie "screening" in combinatie met de prestatie p en q.
- Indien de zorgaanbieder en zorgverzekeraar het wenselijk achten dat de facultatieve prestatie gezamenlijk met een van de prestaties zoals vermeld onder f tot en met r in rekening kan worden gebracht, kan dit contractueel overeengekomen worden.

6. Tarieven

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

7. Intrekking oude beleidsregel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de Beleidsregel ergotherapie, met kenmerk BR/REG-17151, ingetrokken.

8. Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel

Kenmerk

BR/REG-18126

Pagina

7 van 8

Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel

De beleidsregel prestatiebeschrijvingen ergotherapie, met kenmerk BR/REG-17151, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold.

Inwerkingtreding / Bekendmaking

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2018. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wmg zal van de vaststelling van deze beleidsregel mededeling worden gedaan in de Staatscourant.

Citeertitel

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor ergotherapie.

TOELICHTING

Voor de prestaties groepszitting is de bepaling opgenomen dat voor berekening van de declarabele kosten per patiënt uitgegaan dient te worden van de individuele behandeltime per patiënt. Tot de individuele behandeltime wordt gekomen door de totale duur van de groepsbehandeling te delen door het aantal deelnemers in de groep. De uitkomst daarvan wordt afgerond op rekenkundige eenheden van een kwartier volgens de geldende afrondingssystematiek. Deze bepaling is toegevoegd om te verduidelijken dat de tijdsduur van een groepszitting moet worden verdeeld over het aantal deelnemers in de groep om tot de individuele behandeltime te komen.

De tarieven voor de geleverde prestaties worden in tijdseenheden van 15 minuten gedeclareerd. Het kan voorkomen dat slechts een deel van een kwartier zorg wordt geleverd aan een patiënt. De hoofdregel is dat de behandeltime wordt afgerond naar het dichtstbijzijnde veelvoud van een kwartier, waarbij de afronding van de behandeltime niet mag uitkomen op minder dan een kwartier. Dat betekent dat door de afrondingssystematiek de behandeltime niet op 0 minuten uit kan komen.

- Behandeltime per patiënt is 8 minuten. Op basis van de afrondingsregel wordt dan als behandeltime per patiënt 1 kwartier in rekening gebracht.
- Behandeltime per patiënt is 32 minuten. Op basis van de afrondingsregel wordt dan als behandeltime per patiënt 2 kwartieren in rekening gebracht.
- Behandeltime per patiënt is 7 minuten. Op basis van de afrondingsregel zou dan als behandeltime per patiënt 0 kwartier in rekening worden gebracht. Er geldt echter een minimale declaratie eenheid per patiënt van 1 kwartier. Dit betekent dat in dit voorbeeld per patiënt 1 kwartier in rekening wordt gebracht.