

Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor logopedie

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 prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

Kenmerk
BR/REG-21102a

Gelet op artikel 59, aanhef en onderdeel b, van de Wmg, heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) met de brief van 19 mei 2016, met kenmerk 954065-149176-MC, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel aanwijzingen op grond van artikel 7 van de Wmg, aan de NZa gegeven.

Artikel 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 logopedische zorg.

Artikel 2 Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op logopedische zorg als omschreven bij of krachtens de 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 logopedische zorg, uitgevoerd 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.

Artikel 3 Prestatiebeschrijvingen

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

- a. Screening
- b. Anamnese en onderzoek na screening
- c. Screening, anamnese en onderzoek
- d. Anamnese en onderzoek na verwijzing
- e. Eenmalig onderzoek
- f. Individuele zitting reguliere logopedie
- g. Individuele zitting stotteren
- h. Individuele zitting afasie
- i. Individuele zitting preverbale logopedie
- j. Lange zitting
- k. Telefonische zitting
- l. Groepszitting voor behandeling van twee personen

¹ Het betreft hier de handelingen bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, onder 2°, van de Wmg.

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

- m. Groepszitting voor behandeling van drie personen
- n. Groepszitting voor behandeling van vier personen
- o. Groepszitting voor behandeling van vijf tot en met tien personen
- p. Behandeling volgens het Hanen-ouderprogramma PDMT (Praten doe je met z'n tweeën)
- q. Behandeling volgens het Hanen-ouderprogramma MDW (Meer dan woorden)
- r. Behandeling volgens Partners van Afasiepatiënten ConversatieTraining (PACT)
- s. Groepsbehandeling Integrale Zorg Stotteren (IZS)
- t. Instructie/overleg ouders/verzorgers van de patiënt
- u. Toeslag voor behandeling aan huis
- v. Toeslag voor behandeling in een instelling
- w. Overleg met derden
- x. Verslaglegging aan derden
- y. Meekijkconsult
- z. Onderlinge dienstverlening
- Fp. Facultatieve prestatie

Kenmerk
BR/REG-21102a

Pagina
2 van 14

Artikel 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 zorgvraag, bepaalt of er een indicatie is voor logopedie en verder onderzoek noodzakelijk is, gaat na of er geen contra-indicaties zijn en informeert/adviseert de patiënt.

Ad b) Anamnese en onderzoek na screening

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

Ad c) Screening, anamnese en onderzoek

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

Ad d) Anamnese en onderzoek na verwijzing

Tijdens de anamnese en onderzoek na verwijzing voert de zorgverlener bij een patiënt met een nieuwe indicatie een anamnese en logopedisch onderzoek uit en stelt een behandelplan op. De zorgverlener informeert/adviseert de patiënt. De patiënt is verwezen door een arts **of de regiebehandelaar in het kader van de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)**. Anamnese 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 logopedische (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 eenmalig onderzoek;
- er moet sprake zijn van een schriftelijke rapportage van de zorgverlener aan de verwijzer.

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

Ad f) Individuele zitting reguliere logopedie

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

Ad g) Individuele zitting stotteren

De individuele zitting stotteren is een onafgebroken tijdspanne, waarin de zorgverlener de patiënt één-op-één voor de aandoening stotteren begeleidt, adviseert en/of behandelt ongeacht de tijdsduur en de inhoud van de behandeling.

Ad h) Individuele zitting afasie

De individuele zitting afasie is een onafgebroken tijdspanne, waarin de zorgverlener de patiënt één-op-één voor de aandoening afasie begeleidt, adviseert en/of behandelt ongeacht de tijdsduur en de inhoud van de behandeling.

Ad i) Individuele zitting preverbale logopedie

De individuele zitting preverbale logopedie is een onafgebroken tijdspanne, waarin de zorgverlener de patiënt één-op-één voor één of meerdere aandoeningen met betrekking tot preverbale logopedie begeleidt, adviseert en/of behandelt ongeacht de tijdsduur en de inhoud van de behandeling.

Ad j) Lange zitting

De lange zitting is bedoeld voor patiënten met complexe en/of meervoudige zorgvragen. De aandoening(en) en de situatie van de patiënt zorgen ervoor dat het niet mogelijk is om de behandeling in een individuele zitting uit te voeren. Het gaat om de volgende specifieke aandoeningen:

- meervoudig gehandicapten (lichamelijk en geestelijk);
- cerebro vasculair accident, eerste jaar aansluitend aan het accident;
- neuromusculaire aandoeningen (PSMA, MSA, ALS);
- ziekte van Parkinson na diagnosestelling.

Daarnaast kan de lange zitting als onderdeel van de zorgverlening in het kader van geneeskundige zorg aan specifieke patiëntgroepen (gzsp) in rekening worden gebracht. Aanvullende voorwaarden hierbij zijn dat de zorgverlening is voorgeschreven door de regiebehandelaar van de gzsp en dat de zorgverlening onderdeel uitmaakt van het behandelplan gzsp.

Ad k) 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 face-to-face contacten plaatsvinden in dezelfde ruimte;
- 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.

Kenmerk
BR/REG-21102a

Pagina
4 van 14

Ad l, m, n en o) 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. Groepsbehandeling heeft in dit individuele geval meerwaarde, aangezien de patiënt in kwestie zo langduriger per behandeling kan worden belast en begeleid en/of door het lotgenotencontact. Er is sprake van een groepsbehandeling indien meerdere personen tegelijkertijd starten met de zitting 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 de verwijzer;
- er is minimaal een anamnese en onderzoek vooraf gegaan aan de groepszitting;
- de individuele behandelplannen worden uitgebreid met een groepsbehandelplan;
- 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.

Ad p) Behandeling volgens het Hanen-ouderprogramma PDMT (Praten doe je met z'n tweeën)

De behandeling volgens het Hanen-ouderprogramma 'Praten doe je met z'n tweeën' (PDMT) betreft een logopedische behandeling die wordt aangeboden in een groep met ouders van minimaal zes en maximaal acht kinderen met de diagnose spraak-taalontwikkelingsachterstand of -stoornis.

Ad q) Behandeling volgens het Hanen-ouderprogramma MDW (Meer dan woorden)

De behandeling volgens het Hanen-ouderprogramma 'Meer dan woorden' (MDW) betreft een logopedische behandeling die wordt aangeboden in een groep met ouders van minimaal zes en maximaal acht kinderen met een stoornis in het autistisch spectrum of moeilijkheden in de sociale communicatie.

Ad r) Behandeling volgens Partners van Afasiepatiënten
ConversatieTraining (PACT)

De behandeling volgens Partners van Afasiepatiënten ConversatieTraining (PACT) betreft een therapieprogramma dat wordt aangeboden aan mensen met afasie en hun partners. De behandeling richt zich in eerste instantie op het conversatiegedrag van de (gespreks)partner, maar is gebaseerd op het functioneren in de dagelijkse gesprekken van beiden.

Kenmerk
BR/REG-21102a

Pagina
5 van 14

Ad s) Groepsbehandeling Integrale Zorg Stotteren (IZS)

De groepsbehandeling Integrale Zorg Stotteren (IZS) betreft een prestatie per patiënt per dagdeel.

Voor de groepsbehandeling IZS gelden de volgende voorwaarden:

- de zorgverlener voldoet aan het protocol groepsbehandeling Integrale Zorg Stotteren;
- de groepsbehandeling wordt aangeboden in een groep van minimaal vijf en maximaal acht patiënten per zorgverlener.

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

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

De instructie/overleg met ouders/verzorgers van de patiënt kan, indien de zorgbehoefte van de patiënt daartoe aanleiding geeft, in rekening worden gebracht bij de logopedische behandeling.

Ad u) Toeslag voor behandeling aan huis

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

- de behandeling vindt 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;

Voor behandeling op een locatie anders dan hier genoemd, bijvoorbeeld op een school of kinderdagverblijf, kan geen toeslag in rekening worden gebracht.

Ad v) Toeslag voor behandeling in een instelling

In het geval de zorgverlener de patiënt in een tot de WTZi toegelaten instelling behandelt, kan naast de individuele zitting 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 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;
- deze prestatie mag alleen in rekening worden gebracht wanneer er daadwerkelijk reistijd en reiskosten naar de instelling gemaakt worden voor behandeling van de patiënt.

Ad w) Overleg met derden

Bij overleg met derden is sprake van overleg indien op verzoek van derden en na toestemming van de patiënt, overleg plaatsvindt. Het tarief, op offerte basis, voor overleg met derden, niet zijnde de verwijzer, kan in rekening worden gebracht aan derden, niet zijnde de zorgverzekeraar.

Ad x) 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 y) Meekijkconsult

Met de prestatie meekijkconsult wordt de zorgverlener werkzaam in de eerste lijn de mogelijkheid geboden om tijdens een behandeltraject de expertise van een andere zorgverlener in te roepen. Dit kan zowel een medisch specialist zijn als een andere zorgverlener in het zorgveld (bijvoorbeeld in de eerste lijn). De zorgverlener in de eerste lijn die expertise inroept, blijft tijdens het meekijkconsult de hoofdbehandelaar.

Het doel van de prestatie meekijkconsult is zorg op de juiste plek te bevorderen. Zorg in de tweede lijn kan hiermee bijvoorbeeld worden voorkomen.

Er geldt een contractvereiste voor het in rekening brengen van onderhavige prestatie. In het contract dat wordt afgesloten tussen de zorgverzekeraar van de patiënt en de zorgverlener in de eerste lijn kunnen nadere afspraken worden gemaakt over de scope, voorwaarden en hoogte van de vergoeding van de prestatie.

De zorgverlener in de eerste lijn kan de prestatie meekijkconsult declareren bij de zorgverzekeraar van de patiënt. De andere zorgverlener die is ingeroepen in verband met zijn/haar expertise, kan deze inzet declareren bij de zorgverlener in de eerste lijn door middel van de prestatie onderlinge dienstverlening.

Ad z) Onderlinge dienstverlening

Onderlinge dienstverlening betreft de levering van een (deel)prestatie of van een geheel van prestaties op het gebied van logopedie door een 'andere zorgverlener' in opdracht van een 'zorgverlener'.

De andere zorgverlener wordt in dit kader ook wel aangeduid als de 'uitvoerende zorgverlener'.

De zorgverlener wordt in dit kader ook wel aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgverlener'.

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 zorgverlener 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 zorgverlener indien hier een schriftelijke overeenkomst met een ziektekostenverzekeraar aan ten grondslag ligt.

*Aanvraagprocedure***Kenmerk**
BR/REG-21102a**Pagina**
7 van 14

1. De aanvraag dient:
 - schriftelijk te worden ingediend;
 - door zorgverlener 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 vier weken na ontvangst van de schriftelijke aanvraag een besluit nemen.

Artikel 5 Algemene bepalingen

1. De patiënt moet vooraf geïnformeerd zijn over het doel, de kosten en de inhoud van elke prestatie alsmede over het feit dat er, gezien onderstaande uitzonderingen, meerdere prestaties op één dag gedeclareerd kunnen worden.
2. 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.
3. Elk behandeltraject start met de prestatie:
 - Screening (prestatie a), gevolgd door Anamnese en onderzoek na screening (prestatie b); of
 - Screening, anamnese en onderzoek (prestatie c); of
 - Anamnese en onderzoek na verwijzing (prestatie d).
4. Per dag kan per patiënt één prestatie in rekening gebracht worden. Hierop gelden de onderstaande uitzonderingen:
 - a. De volgende prestaties of een combinatie van deze prestaties kunnen wel meerdere keren per dag in rekening gebracht worden indien er een medische noodzaak bestaat voor meerdere prestaties op één dag, gesteld door een arts **of de regiebehandelaar in het kader van de gzsp**:
 - Individuele zitting reguliere logopedie (prestatie f);
 - Individuele zitting stotteren (prestatie g);
 - Individuele zitting afasie (prestatie h);
 - Individuele zitting preverbale logopedie (prestatie i);
 - Lange zitting (prestatie j);
 - Telefonische zitting (prestatie k);

- Groepszitting voor behandeling van twee personen (prestatie l);
 - Groepszitting voor behandeling van drie personen (prestatie m);
 - Groepszitting voor behandeling van vier personen (prestatie n);
 - Groepszitting voor behandeling van vijf tot en met tien personen (prestatie o);
 - Groepsbehandeling Integrale Zorg Stotteren (prestatie s);
- b. Wanneer een patiënt één of meerdere zorgvragen heeft, waaruit verschillende behandeltrajecten met een bij het behandeltraject behorend behandelplan voortvloeien;
- c. De prestaties:
- 'behandeling volgens het Hanen-ouderprogramma PDMT (Praten doe je met z'n tweeën)' (prestatie p);
 - 'behandeling volgens het Hanen-ouderprogramma MDW (Meer dan woorden)' (prestatie q);
 - 'behandeling volgens Partners van Afasiëpatiënten ConversatieTraining (PACT)' (prestatie r);
 - 'instructie/overleg ouders/verzorgers van de patiënt' (prestatie t),
- kunnen in combinatie met andere prestaties worden gedeclareerd;
- d. De prestaties:
- Anamnese en onderzoek na screening (prestatie b);
 - Screening, anamnese en onderzoek (prestatie c); en
 - Anamnese en onderzoek na verwijzing (prestatie d),
- kunnen op dezelfde dag met de navolgende prestaties worden gedeclareerd:
- Individuele zitting reguliere logopedie (prestatie f);
 - Individuele zitting stotteren (prestatie g);
 - Individuele zitting afasie (prestatie h);
 - Individuele zitting preverbale logopedie (prestatie i);
 - Lange zitting (prestatie j);
- e. De prestaties:
- Toeslag voor behandeling aan huis (prestatie u);
 - Toeslag voor behandeling in een instelling (prestatie v),
- kunnen alleen in combinatie met één van de volgende prestaties in rekening worden gebracht:
- Screening (prestatie a);
 - Anamnese en onderzoek na screening (prestatie b);
 - Screening, anamnese en onderzoek (prestatie c);
 - Anamnese en onderzoek na verwijzing (prestatie d);
 - Eenmalig onderzoek (prestatie e);
 - Individuele zitting reguliere logopedie (prestatie f);
 - Individuele zitting stotteren (prestatie g);
 - Individuele zitting afasie (prestatie h);
 - Individuele zitting preverbale logopedie (prestatie i);
 - Lange zitting (prestatie j);
 - Instructie/overleg ouders/verzorgers van de patiënt (prestatie t);
- f. Indien de zorgverlener en zorgverzekeraar het wenselijk achten dat de prestatie 'Facultatieve prestatie' (prestatie fp) gezamenlijk

met andere prestaties in rekening kan worden gebracht, dienen zij dit in een overeenkomst vast te leggen.

Kenmerk
BR/REG-21102a

Pagina
9 van 14

Artikel 6 Tarieven

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

Artikel 7 Intrekking oude beleidsregel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor logopedie, met kenmerk BR/REG-20104, ingetrokken.

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de gepubliceerde maar nog niet in werking getreden Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor logopedie, met kenmerk BR/REG-21102, ingetrokken.

Artikel 8 Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel

Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel

De Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor logopedie met kenmerk BR/REG-20104, 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 2021. 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 kan worden aangehaald als: Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor logopedie.

Toelichting

Kenmerk
BR/REG-21102a

Pagina
10 van 14

Regelgeving NZa

Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg):

- stelt de NZa beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om prestatiebeschrijvingen en tarieven vast te stellen;
- stelt de NZa beschikkingen vast ten behoeve van het rechtsgeldig in rekening kunnen brengen van een tarief;
- kan de NZa nadere regels stellen.

Voor de paramedische zorg is vastgesteld dat er vrije tarieven gelden. De NZa stelt dus voor de paramedische zorg geen tarieven vast. De NZa heeft hiervoor een aanwijzing ontvangen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

In deze beleidsregel wordt deze bevoegdheid concreet uitgewerkt in beleid voor wat betreft de logopedische zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

Op basis van de uitgangspunten beschreven in deze beleidsregel stelt de NZa prestaties met vrije tarieven vast in een beschikking. Deze prestaties met vrije tarieven worden vastgesteld in de 'Prestatiebeschrijvingbeschikking logopedie'. In deze beschikking worden nadere voorwaarden, voorschriften en beperkingen gesteld aan de declaratie van bepaalde prestaties. Zorgaanbieders mogen geen tarief voor een prestatie in rekening brengen waarvoor de NZa geen prestatiebeschrijving heeft vastgesteld.

De nadere regel 'Regeling paramedische zorg' beschrijft daarnaast algemene registratie-, declaratie- en transparantievoorschriften die bindend zijn voor alle aanbieders van paramedische zorg zoals omschreven in de reikwijdte van deze beleidsregel.

Hieronder volgt een algemene en een artikelsgewijze toelichting. Deze bevatten een nadere uitleg van deze beleidsregel.

Algemeen

Zorgverlener

In overleg met veldpartijen wordt in deze beleidsregel gesproken over zorgverlener of zorgaanbieder. Zorgaanbieder wordt in de Wmg gedefinieerd als:

1. de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent;
2. de natuurlijke persoon of rechtspersoon voor zover deze tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met het verlenen van zorg door een zorgaanbieder als bedoeld onder 1.³

De zorgverlener betreft de natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent.

³ Artikel 1, eerste lid, onderdeel c, van de Wmg.

Digitale zorg

De prestatiebeschrijvingen van de NZa zijn functioneel omschreven. Dit betekent dat de zorg zelf wordt omschreven, maar dat niet wordt voorgeschreven wie de zorg levert, of waar de zorg moet worden geleverd. Dit biedt zorgaanbieders en zorgverzekeraars ruimte om eigen keuzes te maken over de inzet van vormen van digitale zorg. Het staat zorgaanbieders binnen de bestaande prestaties (bijvoorbeeld de reguliere zitting) vrij om hun zorgproces te veranderen door bijvoorbeeld face-to-face contact gedeeltelijk te vervangen door digitale zorg op afstand, of om digitale zorg als aanvulling op de behandeling aan te bieden. Dit is mogelijk zonder dat de bestaande prestaties gewijzigd moeten worden.

Kenmerk
BR/REG-21102a

Pagina
11 van 14

Of digitale zorg geleverd kan worden, is in de meeste gevallen ter beoordeling aan de zorgaanbieder. Een belangrijk wettelijk kader is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). De Wkkgz omschrijft normen voor het aanbieden van goede zorg die van goede kwaliteit en van goed niveau moet zijn. Per zorgvraag en situatie moet hieraan invulling worden gegeven door de zorgaanbieder.

Voorwaarde voor het declareren van de digitale zorg is wel dat de zorg op afstand inhoudelijk vergelijkbaar is met de reguliere zorgverlening.

Daarnaast zijn er digitale zorgtoepassingen. Deze ondersteunen meestal de primaire zorgverlening aan de patiënt. Een toepassing is dus op zichzelf meestal geen zorg in de zin van de Wmg. Dat betekent dat zorgaanbieders de kosten die zij maken voor deze digitale zorgtoepassingen in de regel niet afzonderlijk in rekening kunnen brengen maar dat deze kosten worden geacht te zijn verdisconteerd in de tarieven.

Meer informatie over digitale zorg is te vinden in de NZa 'Wegwijzer bekostiging digitale zorg'.

[Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen \(gzsp\)](#)

Met ingang van 1 januari 2021 zal de gehele gzsp, waaronder de paramedische zorg voor deze patiëntgroepen, overgeheveld worden vanuit de extramurale subsidieregeling naar de Zvw. De 'geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen' wordt met ingang van 2021 gedefinieerd als: generalistische geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen in de eerste lijn bij of krachtens de Zvw.

Declaratie van zorg aan gzsp-patiënten

De paramedische zorg aan gzsp-patiënten kenmerkt zich doordat er voor de paramedische zorg aan de patiënt een regiebehandelaar is aangesteld. De regiebehandelaar is een functionaris die verantwoordelijk is voor het in multidisciplinair verband uitvoeren van het behandelplan. Dit betekent dat de regiebehandelaar zorginhoudelijk in staat moet zijn om, in samenwerking met andere zorgverleners, de zorgbehoefte van de patiënt te bepalen en te omschrijven in het behandelplan. De regiebehandelaar moet het behandelplan kunnen aanpassen aan mogelijke veranderingen in de zorgbehoefte. De regiebehandelaar zal, indien paramedische zorgverlening noodzakelijk is in het kader van de gzsp-behandeling voor de patiënt, deze paramedische zorg opnemen in het behandelplan. Wanneer de paramedische zorg aan de patiënt niet is opgenomen in het behandelplan van de regiebehandelaar, is er geen sprake van paramedische zorg in het kader van de gzsp. Dit onderscheid is van belang voor de declaratie van de zorg.

Wanneer de paramedische zorg integraal wordt geleverd als onderdeel van zorg in een groep voor gzsp-patiënten, wordt gebruik gemaakt van de

prestaties zoals omschreven in de Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen.

Kenmerk
BR/REG-21102a

Pagina
12 van 14

Voor zover de paramedische zorg in het kader van de gzsp-behandeling niet integraal als onderdeel van zorg in een groep wordt geleverd, wordt voor de declaratie van de zorg gebruik gemaakt van de prestaties in deze beleidsregel. De prestatiebeschrijving 'Lange zitting' is voor dit doel aangepast, omdat de lange zitting is bedoeld voor patiënten met complexe en/of meervoudige zorgvragen waar gzsp-patiënten toe behoren.

Als paramedische zorg in het kader van de gzsp-behandeling wordt geleverd dan geldt voor de declarerende zorgaanbieder zowel de Regeling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen als de Regeling paramedische zorg. Dit betekent dat er een aanvullende eis geldt voor zorgaanbieders om paramedische zorg in het kader van de gzsp-behandeling in rekening te brengen, namelijk de vermelding van de AGB-code van de regiebehandelaar op de factuur.

Artikelsgewijs

Prestaties voor screening, anamnese en onderzoek (prestaties a t/m d)

Een behandeltraject start met een zorgvraag waarvoor de patiënt zich bij de zorgverlener meldt. De zorgverlener inventariseert of er een indicatie is voor logopedie en of verder onderzoek nodig is. Vervolgens voert de zorgverlener bij een nieuwe indicatie voor logopedie een anamnese en logopedisch onderzoek uit en stelt een behandelplan op. De start van het behandeltraject voor de zorgvraag wordt in rekening gebracht via de prestaties voor screening, anamnese en onderzoek.

Het opstellen van het behandelplan is onderdeel van de prestatie, maar hoeft niet op de dag dat de screening, anamnese en onderzoek heeft plaatsgevonden ook afgerond te zijn. Dit mag ook op een later moment. Een onafhankelijke beoordeling van een lichamelijke klacht door een andere zorgaanbieder dan de zorgaanbieder waar de patiënt onder behandeling is, ook wel een second opinion genaamd, kan in rekening worden gebracht via de prestaties voor screening, anamnese en onderzoek (prestatie 'screening', 'anamnese en onderzoek na screening', 'screening en anamnese en onderzoek' en/of 'anamnese en onderzoek na verwijzing').

Prestatie eenmalig onderzoek (prestatie e)

De prestatie eenmalig onderzoek kan in rekening gebracht worden bij een gerichte schriftelijke vraag van de verwijzer voor een éénmalig rapport aan de verwijzer. De verwijzer is in ieder geval een wettelijk aangewezen verwijzer, zoals de huisarts. In de polisvoorwaarden kunnen zorgverzekeraars nader bepalen of er ook andere verwijzers zijn dan de wettelijk aangewezen verwijzers.

Prestaties groepszitting (prestaties l t/m o)

De prestaties groepszitting worden gebruikt om de zorg in rekening te brengen voor de behandeling van een patiënt in een groep van patiënten. Met de term groepszitting wordt de prestatiebeschrijving bedoeld en met de term groepsbehandeling wordt de geleverde zorg omschreven.

De groepszitting begint voor iedere deelnemer van de groep op de dag van de groepszitting op hetzelfde tijdstip, ter voorkoming dat voor iedere deelnemer een individuele zitting wordt gedeclareerd. De samenstelling van patiënten in een groepszitting kan per keer verschillen. Ook de zorgverlener kan per groepszitting verschillen.

Behandeling volgens Partners van Afasiepatiënten ConversatieTraining (PACT) (prestatie r)

Kenmerk
BR/REG-21102a

Pagina
13 van 14

Voor mensen met afasie en hun partners kunnen het aanpassen aan de afasie en het aanleren van nieuwe manieren van praten en met elkaar omgaan moeilijke processen zijn. Partners van Afasiepatiënten ConversatieTraining (PACT) is een therapieprogramma bedoeld om deze processen te ondersteunen. De training is gebaseerd op de analyse van natuurlijke gesprekken die een persoon met afasie en diens partner zelf op video opnemen. PACT is in eerste instantie gericht op het conversatiegedrag van de (gespreks)partner, maar is gebaseerd op het functioneren in dagelijkse gesprekken van beiden. In sommige gevallen kan de training indirect ook tot een verbeterde communicatieve vaardigheid van de persoon met afasie leiden. PACT geeft partners van mensen met afasie inzicht in hoe zij met hun afatische partner communiceren, maakt hen bewust van de keuzes die ze hebben om met de afasie om te gaan in hun dagelijkse conversaties en helpt hen om nieuw geleerde strategieën ook werkelijk toe te passen.

Toeslag voor behandeling aan huis en in een instelling (prestatie u en v)

De toeslagen voor behandeling aan huis en in een instelling zijn ter compensatie van tijd en reiskosten naar de patiënt.

Wanneer voor een patiënt meerdere prestaties op één dag mogen worden gedeclareerd (zie artikel 5 onder 4), mag de toeslag maar éénmaal in rekening worden gebracht wanneer deze prestaties aansluitend worden uitgevoerd.

De toeslag voor behandeling in een instelling is voor de situaties waarin de paramedische behandeling plaatsvindt binnen de muren van een tot de WTZi toegelaten instelling. De toeslag kan onder de omschreven voorwaarden in rekening worden gebracht. Paramedische zorgverleners die hun behandeling binnen de muren van de instelling uitvoeren en buiten het woon-werkverkeer geen reistijd en reiskosten maken voor behandeling van de patiënt in de instelling, kunnen deze toeslag niet in rekening brengen.

Meekijkconsult (prestatie y)

Met de prestatie meekijkconsult wordt de zorgverlener in de eerste lijn de mogelijkheid geboden om tijdens een behandeltraject de expertise in te roepen van andere (eventueel meer gespecialiseerde) zorgverleners.

Het doel van het inroepen van deze expertise is zorg op de juiste plek. Door het inroepen van de expertise van een andere zorgverlener kan bijvoorbeeld zorg in de tweede lijn worden voorkomen. Mocht uiteindelijk zorg in de tweede lijn toch nodig zijn, kan de reeds ingeroepen expertise zinnige/doelmatige zorg bevorderen, bijvoorbeeld doordat een kortere behandeling in de tweede lijn nodig is.

De zorgverlener in de eerste lijn is en blijft de hoofdbehandelaar van de patiënt voor wat betreft de paramedische behandeling, ook wanneer de expertise van een andere zorgverlener wordt ingeroepen. De ingeroepen expertise kan zowel afkomstig zijn van een medisch specialist in de tweede lijn als van een andere zorgverlener in het zorgveld (bijvoorbeeld in de eerste lijn).

Er geldt een contractvereiste voor het in rekening kunnen brengen van de prestatie meekijkconsult. Dit contractvereiste geldt vanwege het open karakter van de prestatie. Het open karakter van de prestatie meekijkconsult geeft de ruimte voor initiatieven ter bevordering van

doelmatige en zinnige zorg op de juiste plek. In het contract dat wordt afgesloten tussen de zorgverzekeraar van de patiënt en de zorgverlener in de eerste lijn kunnen nadere afspraken worden gemaakt over de scope, voorwaarden en hoogte van de vergoeding van de prestatie meekijkconsult.

Kenmerk
BR/REG-21102a

Pagina
14 van 14

Onderlinge dienstverlening (prestatie z)

De zorgverlener in de eerste lijn kan de prestatie meekijkconsult in rekening brengen bij de zorgverzekeraar. Met de vergoeding van de prestatie meekijkconsult kan de zorgverlener in de eerste lijn de inzet van de ingeroepen expertise van de andere zorgverlener bekostigen. Vervolgens betaalt de zorgverlener in de eerste lijn de inzet van de ingeroepen expertise van de andere zorgverlener.

Voor de onderlinge betaling van de zorgverlener in de eerste lijn aan de andere zorgverlener is op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg een rechtsgeldige declaratietitel benodigd. Om die reden is in de paramedische regelgeving ook de prestatie onderlinge dienstverlening geïntroduceerd.

De andere zorgverlener brengt voor zijn inzet de prestatie onderlinge dienstverlening in rekening. De zorgverlener in de eerste lijn en de andere zorgverlener maken hiervoor een (vrij onderhandelbare) prijsafspraken.

Algemene bepalingen

Er gelden voorwaarden voor het declareren van dezelfde, of bepaalde combinaties van prestaties op één dag, of een combinatie van een aantal prestaties. De reden van deze beperking is het voorkomen van onjuiste en/of ondoelmatige declaraties.

Uitgangspunt is dat er per cliënt slechts één prestatie per dag in rekening gebracht mag worden. Hierop gelden een aantal uitzonderingen zoals genoemd in de beleidsregel.

Een uitzondering wordt bijvoorbeeld gemaakt wanneer er een medische noodzaak is de patiënt meerdere keren op één dag te behandelen. Deze medische noodzaak moet worden vastgesteld door een arts **of de regiebehandelaar in het kader van de gzsp**.

Daarnaast mogen voor een patiënt met één of meerdere zorgvragen, waaruit verschillende behandeltrajecten met een bij het behandeltraject behorend behandelplan voortvloeien, ook meerdere prestaties worden gedeclareerd op één dag (ook zonder medische noodzaak).

Als de patiënt bij de zorgverlener komt met één of meerdere zorgvragen start het behandeltraject met een screening, anamnese en onderzoek. Wanneer blijkt dat er een indicatie voor logopedie is, zal de zorgverlener overgaan tot een anamnese en logopedisch onderzoek en stelt de zorgverlener een behandelplan op.

De declaratievoorwaarden waarmee het declareren van dezelfde, of bepaalde combinaties van prestaties op één dag wordt beperkt, gelden:

- wel als er sprake is van één behandeltraject (met bijbehorend behandelplan);
- niet als er sprake is van verschillende behandeltrajecten (met een bij ieder behandeltraject behorend behandelplan).