

**Advies**

# **Regulering ergotherapie**

mei 2015



## Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1 Verzoek VWS	9
1.2 Totstandkoming en opbouw advies	9
<b>2. Beschrijving van de markt</b>	<b>11</b>
2.1 Wat is ergotherapie?	11
2.2 Vergoeding	12
2.3 Waar wordt ergotherapie geleverd?	12
2.4 Bekostiging	13
2.5 Contracteerproces	14
<b>3. Knelpuntenanalyse</b>	<b>15</b>
3.1 Knelpunten vanuit het veld	15
3.2 Analyse knelpunten	17
3.3 Mogelijkheden om het verschil in de regulering op te heffen	20
<b>4. Advies en vervolg</b>	<b>25</b>



## Vooraf

In dit document brengt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een advies uit aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de toekomstige regulering van de ergotherapie.

Bij het opstellen van het advies heeft de NZa met zowel de zorgaanbieders (via brancheorganisatie Ergotherapie Nederland) als de zorgverzekeraars gesproken. De definitieve versie is mede op grond van de inbreng van de brancheorganisaties tot stand gekomen. Bij de analyse vormen de consumentenbelangen voor de NZa het uitgangspunt. Het gaat daarbij om betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg voor nu en in de toekomst.

de Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. M.A. Ruys  
voorzitter Raad van Bestuur a.i.



## Managementsamenvatting

In opdracht van de minister van VWS heeft de NZa dit advies opgesteld over de mogelijkheden om het verschil in de regulering tussen instellingen en de vrijgevestigde ergotherapeuten op te heffen en de ongelijke positie van ergotherapie ten op zichte van andere paramedische beroepsgroepen weg te nemen. VWS vraagt de NZa een knelpunten analyse te doen, een advies te geven over de regulering van ergotherapie, de gevolgen voor de macrokosten te schetsen en bij advies voor regeling het implementatieproces weer te geven.

### *Knelpuntenanalyse*

Voor dit advies is met verschillende veldpartijen gesproken. Op basis van deze gesprekken is een knelpuntenanalyse gedaan. Veel door veldpartijen aangedragen knelpunten kunnen niet opgelost worden via tarief- en/of prestatieregulering. Voor deze knelpunten onderneemt de NZa of anderen acties op andere vlakken. Zo kan de erkenning van de ergotherapie buiten regulering van tarieven en prestatiebeschrijvingen om vergroot worden. Ook is er een afbakeningsvraagstuk dat los van prestatieregulering opgelost moet worden.

De focus van dit advies ligt op de knelpunten die mogelijk wel opgelost worden kunnen door tarief- en/of prestatieregulering: het verschil in regulering, ontbreken van gestandaardiseerde prestaties en het harmoniseren met de overige paramedische zorg. Hierbij is het uitgangspunt, zoals in de opdracht van VWS staat, dat er een gelijk speelveld is tussen instellingen en vrijgevestigde aanbieders op de markt voor extramurale ergotherapie.

### *Voorstel tariefregulering*

Reguleren van tarieven is een interventie die in beginsel alleen plaatsvindt als er sprake is van structurele, generieke belemmeringen in de werking van de zorgmarkt die ten koste kunnen gaan van de consumentenbelangen (toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg). Het is niet gebleken dat sprake is van dusdanige structurele, generieke belemmeringen. Analyse van de markt laat zien dat er een groot aantal aanbieders is, een hoge contracteergraad en dat zorgverzekeraars al een aantal jaren sturen op tarieven.

De NZa adviseert daarom om de tarieven van de OZP's ergotherapie voor instellingen te dereguleren en geen tarieven te reguleren voor de vrijgevestigde ergotherapeuten.

### *Voorstel prestatieregulering*

Paramedische zorg is nauwelijks onderwerp in de onderhandeling tussen instellingen en zorgaanbieders. De eenheid van taal in de tweede lijn is nu geborgd doordat sprake is van verplichte prestatiebeschrijvingen. Als deze komen te vervallen, zijn er mogelijk aanknopingspunten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om zelf zorgproducten te definiëren en op een transparante en vergelijkbare manier openbaar te maken. Er zijn dus aanwijzingen dat kan worden voldaan aan de condities om prestatiebeschrijvingen te dereguleren. Dit vergt echter voldoende tijd voor alle betrokkenen om hierop in te spelen. Voor de komende tijd is het daarom wenselijk om nog met gereguleerde prestatiebeschrijvingen te werken. Bij eventuele deregulering is het, met het oog op een gelijk speelveld, wenselijk om gelijk op te trekken met deregulering van de prestaties die eventueel voor vrijgevestigden worden ingevoerd.

De markt voor de extramurale ergotherapie kan gezien worden als een markt in transitie omdat ergotherapie voorheen vrijwel uitsluitend intramuraal werd aangeboden. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars geven aan dat het gezien de ontwikkelingen noodzakelijk is om nieuwe prestatiebeschrijvingen te ontwikkelen die beter op de zorg en de consument zijn afgestemd. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars geven aan dat daarvoor nodig is dat er een standaard van prestatiebeschrijvingen komt die de komende tijd nog verplicht geldt voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Binnen deze contouren moet de marktwerking zich de komende tijd verder ontwikkelen. Voor zorgmarkten die nog sterk in transitie zijn kan het, ook bij vrije tarieven, gewenst zijn om prestatiebeschrijvingen gedurende bepaalde tijd te reguleren. Eenduidige omschrijvingen van producten en diensten vergemakkelijken dan de prijsvergelijking. Bij markten in transitie kan dit helpen bij het verder op gang brengen van marktwerking, wat ten goede kan komen aan de consument.

In de komende periode kan via regulering een goed vergelijkbare basisset van prestatiebeschrijvingen worden ontwikkeld die de marktwerking verder kan bevorderen. Daarbij kunnen stapsgewijs meer vrijheidsgraden in de prestatieregulering worden ingebouwd. De NZa faciliteert hiermee een markt in transitie. Bovendien lost de NZa hiermee het verschil in de regulering tussen instellingen en vrijgevestigde ergotherapeuten op. Ook wordt ergotherapie dan op eenzelfde manier gereguleerd als andere paramedische beroepsgroepen.

Op het moment dat er prestaties worden gereguleerd en tarieven vrij zijn, ziet de NZa het als een logische vervolgstap om de facultatieve prestatie in te voeren. Deze vrije prestatie stimuleert innovatie en zorg op maat. De NZa zal hierover in gesprek gaan met het veld.

#### *Gevolgen macrokosten*

Ergotherapie valt grotendeels in de basisverzekering. De macrokosten van ergotherapie zullen niet toenemen door het invoeren van prestatieregulering. Het invoeren vrije prijzen in de tweede lijn zal naar verwachting ook geen toename geven in macrokosten van de ergotherapie. Dit omdat er op dit moment al onder de maximum tarieven wordt gecontracteerd. De macrokosten zullen mogelijk wel stijgen door de groei in de extramurale ergotherapie, maar dit is onafhankelijk van dit advies.

#### *Vervolgstappen en implementatie*

Als de minister het advies van de NZa overneemt om de prestaties van de vrijgevestigde ergotherapeut te reguleren, moet de Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg (Bub) aangepast worden. Ook heeft de NZa een aanwijzing nodig van VWS.



# 1. Inleiding

## 1.1 Verzoek VWS

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 26 januari 2015 een adviesaanvraag ontvangen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (minister) over de toekomstige regulering van ergotherapie.

Op dit moment wordt ergotherapie geleverd door of vanwege instellingen gereguleerd wat betreft tarieven en prestatiebeschrijvingen terwijl ergotherapie geleverd door een vrijgevestigde ergotherapeut (hierna: vrijgevestigde ergotherapie) niet wordt gereguleerd.

Bij de invoering van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) op 1 oktober 2006 is de ergotherapie die niet door of vanwege een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) wordt geleverd buiten de tarief- en prestatieregulering gehouden, omdat er gekozen is voor een één-op—één overgang van de tariefregulering op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) naar de Wmg. Destijds werd ergotherapie nagenoeg uitsluitend intramuraal aangeboden. De intramurale ergotherapie valt op grond van de Wmg wel onder de tarief- en prestatieregulering. De afgelopen jaren is binnen de ergotherapie de extramuralisering flink op gang gekomen. Hierdoor is er een verschil in de regulering status ontstaan tussen instellingen en de vrijgevestigde ergotherapeut. Ook ten opzichte van de andere paramedische beroepsgroepen wordt vrijgevestigde ergotherapie op dit vlak anders behandeld.

De minister vraagt de NZa om nader te onderzoeken en te bekijken in hoeverre het verschil in regulering tussen verschil tussen ergotherapie geleverd door of vanwege instellingen en ergotherapie geleverd door vrijgevestigden aanpassing behoeft, en zo ja, de mogelijkheden daartoe te onderzoeken. Uitgangspunt is dat er een gelijk speelveld dient te zijn voor de intra- en extramurale ergotherapie.

Specifiek vraagt de minister de NZa om hierbij de volgende vragen te betrekken:

- Knelpunten analyse: Welke problemen bestaan er door de huidige vormgeving van de regulering ergotherapie? En wat is de rol van de zorgverzekeraar?
- Mocht u adviseren dat regulering wenselijk is, kunt u aangeven op welke wijze tarieven en prestaties vormgegeven kunnen worden?
- Zijn er gevolgen voor de macrokosten en zo ja, wat zijn de gevolgen?
- In welke periode verwacht u dat het eventueel wijzigen van de regulering ergotherapie ingevoerd kan worden?

## 1.2 Totstandkoming en opbouw advies

In de afgelopen periode heeft de NZa diverse externe en interne gesprekken gevoerd. Extern is er o.a. met de branchevereniging Ergotherapie Nederland (EN) en individuele verzekeraars gesproken. Dit advies is aan de hand van de uitkomsten van deze gesprekken en een consultatiebijeenkomst tot stand gekomen.

Het advies begint met een korte omschrijving van de markt. Daarna volgt er een hoofdstuk met een beschrijving van de door het veld aangedragen knelpunten. Daarbij komen zowel de argumenten van het

veld aan bod als ook de beleidsmatige analyse van de vraag of het verschil in regulering moet worden opgeheven en van de door het veld aangedragen knelpunten. In het vierde hoofdstuk geeft de NZa een advies over de toekomstige regulering van de ergotherapie en de vervolgstappen die genomen moeten worden.

## 2. Beschrijving van de markt

### 2.1 Wat is ergotherapie?

Ergotherapie is paramedische zorg gericht op 'het handelen' van de cliënt. Dit betekent dat de ergotherapeut tijdens een behandeling altijd uitvraagt welke dagelijkse activiteiten, die een cliënt uitvoert, bijdragen aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Ergotherapeuten stellen mensen in staat om opnieuw hun dagelijkse activiteiten in de zin van functioneren en participeren uit te voeren als dat niet meer lukt door lichamelijke of psychische problemen. Dit kunnen simpele handelingen zijn als eten en aankleden, maar ook meer complexe handelingen die te maken hebben met revalidatie na een ongeluk.<sup>1</sup>

Ergotherapeuten behandelen patiënten en cliënten met uiteenlopende aandoeningen en problemen, zoals psychiatrisch patiënten, oncologie patiënten en gebruikers van zorg in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), maar ook kinderen die door een probleem in de oog/hand-coördinatie moeite hebben met schrijven of ouderen met beginnende dementie.

De ergotherapeut:

- analyseert en observeert eenvoudige en complexe dagelijkse handelingen/activiteiten;
- adviseert t.a.v. voorzieningen, hulpmiddelen en een andere manier van handelen;
- traint functioneel en praktisch op locatie;
- begeleidt mantelzorg/ thuiszorg bij ADL en omgang met voorzieningen en hulpmiddelen;
- stelt het dagelijks handelen van de mens centraal;
- bekijkt welke invloed een motorische, sensorische, cognitieve, psychische stoornis op iemand dagelijks handelen en op zijn of haar omgeving heeft;
- is een spin in het web voor para/perimedische disciplines, mantelzorg, andere disciplines en instanties (MEE, thuiszorg, dagactiviteitencentra, UWV, fondsen, gemeenten en zorgverzekeraars).<sup>2</sup>

In het beroepsprofiel van de ergotherapie is meer informatie terug te vinden over wat ergotherapie inhoudt.<sup>3</sup>

In 2014 waren er 4.186 werkzame ergotherapeuten in Nederland. Dit aantal is in de loop der jaren sterk toegenomen; in 1990 waren er circa 1.200 ergotherapeuten werkzaam. Ook is het aantal fte's sterker toegenomen dan het aantal ergotherapeuten; in 2011 waren er 2.543 fte's werkzaam en in 2014 3.139 fte. In 2014 is circa 93,7% van de ergotherapeuten vrouw.<sup>4</sup>

Onderstaande tabel laat de ontwikkeling van de paramedische zorg in kosten zien. Ergotherapie heeft in de afgelopen jaren een flinke groei in kosten doorgemaakt.

<sup>1</sup> Website Ergotherapie Nederland.

<sup>2</sup> SEO, Ergotherapie doet er toe, oktober 2014.

<sup>3</sup> Beroepsprofiel Ergotherapeut. Utrecht, Ergotherapie Nederland 2010.

<sup>4</sup> Peiling NIVEL, aantal (vrijgevestigde) ergotherapeuten, in concept geaccordeerd door EN (april 2015).

## Kosten paramedische zorg

Kosten	2010	2011	2012	2013	2014
Fysiotherapie	547,0	549,2	452,4	443,4	464,2
Oefentherapie Mensendieck/Cesar	23,7	23,5	20,0	19,4	20,3
Logopedie	99,2	107,7	115,8	115,0	116,2
Ergotherapie	18,6	22,8	24,8	27,2	30,2
Dieetadvisering	51,7	55,3	0,1	28,5	32,0
<b>Totaal</b>	<b>740,2</b>	<b>758,6</b>	<b>613,1</b>	<b>633,5</b>	<b>663,0</b>

Zorginstituut Nederland, 3e kwartaalstaat 2014

1 = 1 miljoen euro. Zorgverzekeringswet-cijfers over 2014 zijn een raming voor het gehele jaar.

## 2.2 Vergoeding

De basisverzekering vergoedt maximaal tien uur ergotherapie per jaar. In het besluit zorgverzekering is ergotherapie in artikel 2 over de inhoud van de zorgverzekering als volgt omschreven: "Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadvisering. Ergotherapie omvat zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden, mits deze als doel heeft de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van tien behandeluren per kalenderjaar."

In sommige aanvullende verzekeringen worden extra uren vergoed. Vanaf 2012 is, net als bij de andere paramedische beroepsgroepen, een verwijfsbrief van de huisarts of specialist niet meer nodig voor een behandeling door de ergotherapeut. Er zijn verzekeraars die deze verwijzing wel als aanvullende eis voor vergoeding stellen.

## 2.3 Waar wordt ergotherapie geleverd?

Ergotherapeuten werken in verpleeghuizen, ziekenhuizen, revalidatiecentra, GGZ-instellingen, bij gemeenten, zorginstellingen voor verstandelijk gehandicapten, of in hun eigen praktijk. Vaak behandelen ergotherapeuten hun cliënten op de plaats waar 'het dagelijks handelen' plaatsvindt, zoals de school, thuissituatie of werkvloer.

In 2011 werkte ongeveer 15% van de ergotherapeuten op twee of meer werkplekken. Het grootste deel is werkzaam in de intramurale sector. Dit aandeel is in de loop der jaren afgenomen. Het aandeel ergotherapeuten dat in de extramurale zorg werkt, bedraagt in 2011 ongeveer 20%. Dit percentage is in de jaren daarna nog verder toegenomen. De toename kan vooral worden toegeschreven aan het aandeel ergotherapeuten dat in de vrijgevestigde praktijk werkzaam is. In 2004 werkt nog maar 4% van alle ergotherapeuten in een vrijgevestigde praktijk, terwijl dit in 2011 op 15% ligt.<sup>5</sup> Ook door sneller ontslag van patiënten in de tweede lijn, wordt steeds meer zorg in de eerste lijn geleverd.

Er bestaat directe toegang ergotherapie (DTE), dit betekent dat een patiënt zonder verwijzing naar een ergotherapeut kan.

<sup>5</sup> Peiling NIVEL, aantal (vrijgevestigde) ergotherapeuten blijft groeien, augustus 2012.

In praktijk worden patiënten vrijwel altijd doorverwezen door andere zorgaanbieders. In elk geval één zorgverzekeraar vergoedt geen ergotherapie bij directe toegang. Ergotherapie Nederland heeft een cursus ontwikkeld, die voor ergotherapeuten verplicht is als zij Direct Toegankelijk willen zijn. In 2014 zijn 1.915 ergotherapeuten DTE geschoold en 641 ergotherapeuten maken er beperkt gebruik van (gemiddeld 2 cliënten per week).<sup>6</sup>

## 2.4 Bekostiging

In het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg (Bub)<sup>7</sup> staat dat ergotherapie vrijgesteld is van de tarief- en prestatieregulering door de NZa. Uitzondering hierop is de ergotherapie geleverd door of vanwege een instelling in de zin van de Wtzi of die deel uitmaakt van een prestatie of geheel van prestaties waarvoor een tarief in rekening wordt gebracht.

*Bekostiging ergotherapie geleverd vanuit instellingen:*

Intramurale ergotherapie geleverd door een ziekenhuis of revalidatiecentrum wordt in veel gevallen bekostigd via een DBC-zorgproduct. Een DBC-zorgproduct is het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. De ergotherapie maakt dan onderdeel uit van het behandeltraject. In de Wet langdurige zorg (Wlz) maakt ergotherapie vaak onderdeel uit de behandeling binnen een zorgzwaartepakket (ZZP). Een ZZP is een volledig pakket van zorg dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en de soort zorg die de cliënt nodig heeft.

In de overige gevallen kan de ergotherapie geleverd vanuit instellingen gedeclareerd worden via een overig zorgproduct (OZP). Deze zorg kan zowel intra- als extramuraal worden geleverd. De tarieven zijn gereguleerd via een maximumtarief.

Ergotherapeutische hulp omvat de hulp door een ergotherapeut, verbonden aan een revalidatiecentrum, verpleeghuis, algemeen ziekenhuis, categoriaal instelling, universitair medisch centrum of thuiszorgorganisatie, bij de verzekerde thuis of in de behandelruimte van genoemde instellingen.<sup>8</sup>

Hieronder valt niet de behandeling en/of verpleging van een patiënt in het kader van een indicatie voor medisch-specialistische hulp, (geriatrische) revalidatiebehandeling of verpleeghuiszorg. Het tarief voor ergotherapie geldt per vijftien minuten behandeltime en de totale behandeltime wordt daarom rekenkundig afgerond op eenheden tijdsduur van vijftien minuten. Indien op één dag meer behandelingen per patiënt plaatsvinden worden de behandelzeiten opgeteld alvorens deze afronding wordt toegepast.

Ook is er een toeslag voor de behandeling van een patiënt aan huis, per bezoek (maximaal eenmaal) per dag, ongeacht de duur van de behandeling.

In onderstaande tabel zijn de titels van prestaties en de maximumtarieven weergegeven.

<sup>6</sup> Peiling NIVEL, aantal (vrijgevestigde) ergotherapeuten, in concept geaccordeerd door EN (april 2015).

<sup>7</sup> Artikel 50 tot en met 56.

<sup>8</sup> Beleidsregel medisch specialistische zorg BR/CU-2136.

Omschrijving	Tarief (€)	
Enkelvoudige ergotherapie	16,09	Per kwartier
Toeslag thuisbehandeling	26,98	Per bezoek
Screening bij directe toegang extramurale ergotherapie	16,09	Per kwartier

*Bekostiging vrijgevestigde ergotherapie:*

Alleen de vrijgevestigde ergotherapie is dus uitgezonderd van de prestatie- en tariefregulering. In de praktijk volgen de verzekeraars de prestaties in de tweede lijn. Daarnaast zijn er verzekeraars die via de aanvullende verzekering ook twee uur advies aan de mantelzorg vergoeden.

## 2.5 Contracteerproces

Zorgverzekeraars bieden alle ergotherapeuten een standaardcontract aan. De uitgangspunten en voorwaarden worden vooraf afgestemd met een (regionale) vertegenwoordiging van zorgaanbieders en de brancheorganisatie EN. Vaak bieden verzekeraars ook nog de ruimte om af te wijken van de standaard, mits daar een goede onderbouwing aan ten grondslag ligt. De contracteergraad is vrijwel 100%. In de steekholdersbijeenkomsten bij de NZa over contractering eerste lijn komt wel naar voren dat zorgaanbieders weinig keuzemogelijkheid ervaren in het zorginkoopproces. Zij ervaren dit proces als 'tekenen bij het kruisje'.

### 3. Knelpuntenanalyse

De NZa is met veldpartijen in gesprek gegaan over mogelijke knelpunten binnen de ergotherapie en de regulering hiervan. Hierbij is ook het verschil in de regulering besproken. De eerste paragraaf geeft een beeld van de knelpunten die ervaren worden door het veld. In de volgende paragrafen beschrijft de NZa welke knelpunten opgelost kunnen worden en welke mogelijkheden er zijn om het verschil in reguleringsstatus op te heffen.

#### 3.1 Knelpunten vanuit het veld

##### *Verskil in de regulering*

In de opdrachtbrief voor dit advies stelt de minister dat er een verschil in de regulering is ontstaan tussen eerste- en tweede lijn ergotherapie. Daarmee wordt bedoeld op het verschil in reguleringsstatus tussen ergotherapie die wordt geleverd door of vanwege instellingen (ook wel: tweede lijn) en ergotherapie die wordt geleverd door vrijgevestigden (ook wel: eerste lijn). Zij vraagt de NZa de mogelijkheden te onderzoeken om dit verschil op te heffen. Hierbij is het uitgangspunt dat er een gelijk speelveld dient te zijn voor intra- en extramurale ergotherapie.

Voor dit advies is het inzicht van veldpartijen gevraagd over de verschillen en het verschil in de regulering tussen eerste en tweede lijn. Zorgverzekeraars geven aan dat ergotherapie die door instellingen geleverd wordt vaak via het DBC-zorgproduct wordt gefinancierd. Ergotherapeuten geven aan dat ergotherapeuten die in loondienst van een instelling werken, steeds vaker ook ergotherapie leveren die geen onderdeel uitmaakt van de medisch specialistische behandeling (en het DBC-zorgproduct). Pas als de zorg géén onderdeel is van de medisch specialistische behandeling, wordt de ergotherapie los via een overig zorgproduct (OZP) gedeclareerd. Deze ergotherapeuten, die gereguleerde OZP's declareren, werken dus in dezelfde markt als de vrijgevestigde ergotherapeut in de eerste lijn voor wie geen tarieven en prestatiebeschrijvingen worden vastgesteld door de NZa.

##### *Inkoopmacht en lage tarieven*

De ergotherapeuten ervaren dat zorgverzekeraars te veel inkoopmacht hebben en daardoor te lage tarieven kunnen aanbieden. Ook worden er soms aanvullende eisen gesteld door zorgverzekeraars, zoals eisen aan een praktijkruimte terwijl de ergotherapeut grotendeels aan huis werkt.

##### *Ontbreken standaard prestatiebeschrijvingen*

De extramuralisering van de ergotherapie is in de afgelopen jaren flink op gang gekomen. Waar ergotherapie voorheen bijna uitsluitend intramuraal werd aangeboden, zijn er nu steeds meer vrijgevestigde ergotherapeuten in de markt gekomen die zich richten op de eerstelijnszorg. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders geven aan dat in deze periode van transitie de prestatiebeschrijvingen ontbreken: voor beide partijen is het daardoor volgens hen onduidelijk welke prestaties gewenst zijn en hoe afspraken verder vormgegeven kunnen worden. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben de wens om deze prestaties gestandaardiseerd, beter op de zorg en de consument af te stemmen, maar zien daar vanwege mededingingsregels geen mogelijkheden toe om daar gezamenlijk een standaard voor te ontwikkelen.

Zorgverzekeraars kiezen er nu voor om de prestaties (OZP's) uit de tweede lijn (grotendeels) aan te houden in de eerste lijn.

#### *Harmoniseren paramedische zorg*

Veldpartijen vinden dat de ergotherapie geharmoniseerd moet worden met de andere paramedische zorggroepen. Zij geven aan dat het nu onduidelijk en verwarrend is dat alle paramedische beroepsgroepen andere regulering en declaratievoorwaarden kennen. Er loopt op dit moment een traject om de beleidsregels paramedische zorg meer te harmoniseren.

Zorgverzekeraars staan er voor open om, als ergotherapie geüniformeerd is en de inkoop een aantal jaar goed loopt, de mogelijkheden te onderzoeken voor deregulering van alle paramedische zorggroepen.

#### *Directe en indirecte tijd*

Het is voor veldpartijen niet duidelijk hoe er om gegaan moet worden met indirecte tijd. Mag dit wel gedeclareerd worden of niet? Valt dit wel binnen de tien uur basiszorg of niet? Een voorbeeld is dat een patiënt twee uur bij de ergotherapeut is geweest en dat de ergotherapeut ook nog één uur heeft besteed om een verslag te schrijven. Mag er dan 2 uur of 3 uur gedeclareerd worden? Zorgverzekeraars gaan hier nu verschillend mee om. Zowel zorgverzekeraars als aanbieders willen hier meer duidelijkheid over hebben. Belangrijk aandachtspunt is hoe hierover uitleg wordt gegeven aan verzekerden.

#### *Afbakening Zvw, Wmo 2015, Wlz, onderwijs en arbeid niet helder*

Het is in de praktijk voor verzekeraars en aanbieders niet altijd duidelijk welk deel van de zorg precies onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) valt. Dit hangt samen met onduidelijkheid over de duiding van zorg: wat is zorg die ergotherapeuten plegen te bieden? Zorgverzekeraars geven aan dat vooral de grens met de Wmo niet duidelijk is. In mindere mate geldt het ook voor de grens met de Wlz, onderwijs en arbeid.

Zorgverzekeraars en EN willen graag prestaties met duidelijke omschrijvingen, zodat zij beter kunnen controleren of ergotherapie terecht ten laste van de Zvw wordt ingebracht.

#### *Macrokader*

Verzekeraars geven aan dat het volume van ergotherapie sterk stijgt. Dit heeft ook gevolgen voor het makro-kader. Dit heeft volgens partijen niet met (het ontbreken van) tarief- en prestatieregulering te maken maar met de groei in zorgaanbod en -vraag.

#### *Erkenning en beleid*

Ergotherapie valt binnen de basisverzekering en kent veel raakvlakken met andere markten binnen de eerstelijnszorg. Zorgverzekeraar en zorgaanbieder vinden het daarom vreemd dat ergotherapie niet genoemd wordt in beleidsstukken van de NZa. Als voorbeeld wordt door verzekeraars en Ergotherapie Nederland (EN) de beleidsregel voor ketenzorg en Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS) genoemd; ergotherapie wordt niet genoemd waardoor het voor een ergotherapeut lastig zou zijn om binnen een multidisciplinair team te functioneren. Ook worden ergotherapeuten volgens EN niet op de hoogte gesteld van wijzigingen in het beleid van de NZa via circulaires en brieven, en mag de branchepartij niet aanschuiven bij de adviescommissie, terwijl er soms wel besluiten genomen worden die ook over de ergotherapie gaan. Een ander voorbeeld is volgens EN de marktscan bewegingszorg, waarbij veldpartijen van mening zijn dat de ergotherapie niet (goed) wordt meegenomen.



*Kwaliteit onvoldoende inzichtelijk*

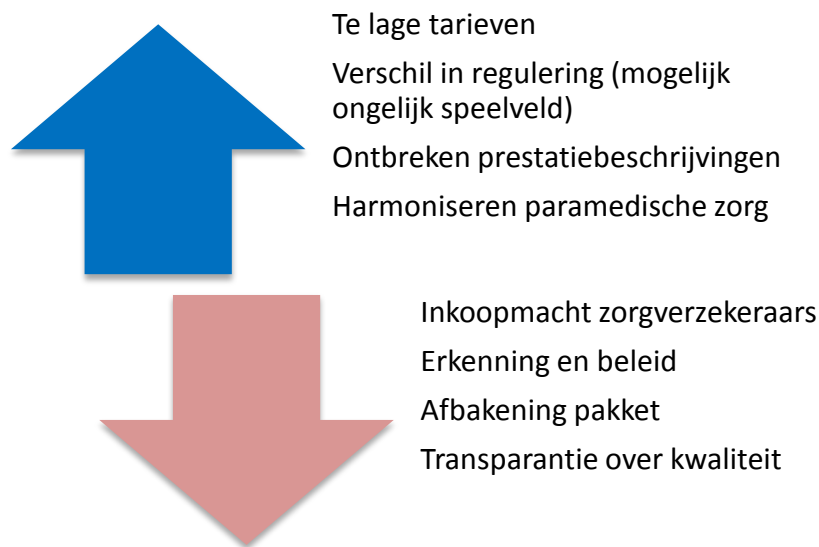
Het is moeilijk te differentiëren in tarief op basis van kwaliteit, omdat de kwaliteit van zorg niet inzichtelijk is. EN zet wel in op de uitvoering van cliënten-ervaren-ergotherapie-onderzoeken (CEE-onderzoeken). Zorgverzekeraars stimuleren het gebruik van cliënttevredenheidsonderzoek maar geven aan dat dit maar een deel is van kwaliteit. Het is volgens hen onvoldoende om alleen op basis van cliënttevredenheidsonderzoeken gedifferentieerd in te kopen.

**3.2 Analyse knelpunten**

In de vorige paragraaf zijn een aantal knelpunten beschreven die veldpartijen ervaren bij de huidige situatie waarin de regulering van ergotherapie zich bevindt. Een deel van deze knelpunten kan met tarief- en/of prestatieregulering worden opgelost.

Voor een deel van de knelpunten geldt dat niet. Dit wordt in deze alinea nader toegelicht. Daarbij wordt ook bekeken of er andere manieren zijn om het knelpunt op te lossen. Uitgangspunt is dat er een gelijk speelveld dient te zijn voor de intra- en extramurale ergotherapie.

Onderstaand figuur geeft de eerder besproken knelpunten schematisch weer. De blauwe pijl geeft aan de knelpunten aan die samenhangen met tarief- en/of prestatieregulering. De knelpunten bij de rode pijl, kennen deze samenhang niet.



*Inkoopmacht zorgverzekeraars*

Veel van de genoemde klachten op dit vlak zijn bij de NZa bekend vanuit andere paramedische beroepsgroepen. Deze sectoren kennen wel prestatieregulering, meestal met vrije tarieven. Knelpunten op dit vlak worden niet automatisch door tarief- en prestatieregulering opgelost en kunnen ook op andere manieren worden opgelost.

Voor een aantal van deze punten worden nu verschillende acties ondernomen.<sup>9</sup> Zo houdt de NZa toezicht op de zorgplicht van de verzekeraars: wordt er voldoende gecontracteerd en betalen verzekeraars ook tarieven die adequate zorgverlening mogelijk maken? Ook werkt de NZa samen met de Autoriteit Consument & Markt (ACM) momenteel inkoopmodellen uit waarbinnen het gesprek over inhoud, kwaliteit en service wel kan plaatsvinden.

<sup>9</sup> Brief minister VWS, kwaliteit loont, 6 februari 2015.

Daarnaast geeft de minister in haar brief aan dat er een onafhankelijke geschillencommissie komt om conflicten over contractering tussen aanbieders en verzekeraars op een laagdrempelige manier te toetsen. De goodcontracting practices (GCP) van de NZa kunnen bij de toetsing als leidraad worden gehanteerd. Ook gaat NZa op grond van artikel 45 Wmg regels stellen over het transparant maken van het contracteerbeleid en -proces en overweegt de NZa (een deel van) de GCP's in bindende regels om te zetten. Daarnaast kan de NZa zonodig een maatregel opleggen aan marktpartijen met aanmerkelijke marktmacht (AMM).

#### *Erkenning en beleid*

De wens om de erkenning te vergroten en in het beleid te worden genoemd is op zichzelf staand onvoldoende grond voor tarief- en prestatieregulering. Regulering is een interventie gericht op het wegnemen van structurele, generieke belemmeringen in de werking van zorgmarkten die ten koste kunnen gaan van de consumentenbelangen (toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg).

De erkenning van de ergotherapie kan ook buiten regulering van tarieven en prestatiebeschrijvingen om vergroot worden. Ergotherapie kan, waar relevant en (juridisch) mogelijk, worden genoemd in beleidsregels van de NZa en ergotherapeuten kunnen op diverse manieren door de NZa (verdergaand) worden betrokken bij het ontwikkelen van beleid. Daarnaast kan én worden meegenomen in de communicatierondes bij bijvoorbeeld circulaires als zij een belanghebbende partij is en kan zij, binnen de daarvoor gestelde kaders, aansluiten bij de adviescommissie. De stukken voor de adviescommissie worden sinds april via de website van de NZa openbaar gesteld, zodat iedereen kan reageren.

#### *Afbakening pakket*

Veldpartijen geven aan dat voor de ergotherapie de afbakening tussen onderwijs, arbeid, Wmo 2015, Wlz en Zvw onduidelijk is. Een zorgverzekeraar kan daardoor lastig controleren welke zorg er wel en niet ten laste van de Zvw mag worden gebracht. Dit is primair een afbakeningsvraagstuk. Prestatieregulering kan dit niet oplossen. Daarbij geldt ten algemene dat prestatiebeschrijvingen niet of slechts in beperkte mate langs de grenzen van het basispakket kunnen worden afgebakend, omdat de vraag of een geleverde prestatie tot het basispakket behoort vaak afhangt van specifieke omstandigheden als gepast gebruik.

Het is van groot belang dat er duidelijkheid is over de aanspraak omdat onduidelijkheid daarover een probleem is voor de werking van het stelsel. Het Zorginstituut is recentelijk een project gestart naar de afbakening van de paramedische zorg in de Zvw en ergotherapie zal hier ook in meelopen. Naar verwachting kan het Zorginstituut in oktober 2015 meer duidelijkheid geven op dit punt.

#### *Transparantie over kwaliteit*

Het vergroten van de transparantie van de kwaliteit van zorg is van belang. Prestatieregulering is daar niet het primair aangewezen instrument voor. Kwaliteitstransparantie moet worden vergroot door het ontwikkelen van zorgstandaarden en meetinstrumenten voor kwaliteit. Hierin is een rol weggelegd voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het Zorginstituut. Diverse initiatieven lopen op dat vlak. Ook de NZa kan door het opleggen van transparantieverplichtingen de kwaliteitstransparantie vergroten, zo heeft de NZa voor een aantal sectoren het openbaar maken van wachttijdinformatie verplicht. Bij vrije tarieven bestaat maximale vrijheid om kwaliteit te belonen.

### *Te lage tarieven*

Als gezegd is reguleren van tarieven een interventie die in beginsel alleen plaatsvindt als sprake is van structurele, generieke belemmeringen in de werking van de zorgmarkt die ten koste kunnen gaan van de consumentenbelangen (toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg).

Het is niet gebleken dat sprake is van dusdanige structurele, generieke belemmeringen dat minimumtarieven moeten worden vastgesteld voor ergotherapeuten. Zorgverzekeraars hebben echter wel een zorgplicht, die ook inhoudt dat de tarieven die zij betalen hoog genoeg zijn om verantwoorde zorg te kunnen leveren aan hun verzekerden. De NZa bewaakt dit primair door middel van haar toezicht op de zorgplicht.

### *Verskil in de regulering*

Instellingen die ergotherapie leveren, kennen tarief- en prestatie-regulering. Van oudsher werd ergotherapie ook voornamelijk binnen een instelling geleverd. Dit was dan ook een reden om de vrijgevestigde ergotherapie in de Bub op te nemen. Met de extramuralisering van zorg en het opkomen van de vrijgevestigde ergotherapeut is dit uitgangspunt achterhaald en creëert de Bub een verschil in de regulering tussen instellingen en de vrijgevestigde ergotherapeut. Ergotherapie (die geen onderdeel is van de medisch specialistische behandeling) geleverd door of vanwege instellingen wordt immers anders gereguleerd dan de vrijgevestigde ergotherapeut, terwijl dit om dezelfde zorg gaat. Dit betekent dat een deel van de ergotherapeuten kan rekenen op de overheid bij het vaststellen van tarieven en prestatiebeschrijvingen en een deel van de ergotherapeuten hier zelf voor zorg moet dragen, terwijl deze twee groepen (deels) in dezelfde markt opereren. Met name als de markt in transitie is en prestatiebeschrijvingen zich nog in belangrijke mate moeten door ontwikkelen (de volgende paragraaf laat zien dat hier sprake van is), creëert dit een ongelijk speelveld. Dit ongelijke speelveld kan door aanpassingen in prestatie- en tariefregulering worden opgelost.

### *Ontbreken prestatiebeschrijvingen*

Veldpartijen geven aan dat de markt in transitie is en dat prestatieomschrijving ontbreken. Daarom kiezen zorgverzekeraars er in de praktijk voor om de prestaties voor de instellingen ook te gebruiken voor de vrijgevestigde ergotherapeut. De NZa ziet verder weinig sturing op prestaties voor ergotherapie door zorgverzekeraars. Er bestaat bij zowel de zorgverzekeraar als de zorgaanbieder een behoefte om de prestatiestructuur uit te breiden. Zij vinden dat de NZa hier een rol in moet pakken door de prestaties voor de vrijgevestigde ergotherapie te reguleren.

Het vaststellen van prestatiebeschrijvingen is in beginsel niet iets dat door de overheid moet worden gedaan. In tal van economische en maatschappelijke sectoren is er behoefte aan het standaardiseren van productdefinities en productinformatie om het onderhandelings- en declaratieproces te vereenvoudigen en stroomlijnen en wordt dit door de markt zelf opgepakt. Ook in niet-gereguleerde zorgsectoren is dat zichtbaar, denk bijvoorbeeld aan Vektis of de G-Standaard van Z-index. De overheid heeft hierin in beginsel alleen een rol als sprake is van structurele, generieke belemmeringen in de werking van de markt die de consumentenbelangen (in dit geval, de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg) kunnen schaden. Om dit te beoordelen heeft de NZa criteria opgesteld, die in de volgend paragraaf toegepast zullen worden.

### *Harmoniseren paramedische zorg*

Bij andere paramedische beroepsgroepen is er geen sprake van een verschil in de regulering, omdat het beleid in de tweede lijn in principe het beleid in de eerste lijn volgt. Voor instellingen en vrijgevestigde paramedici gelden dus dezelfde tariefvormen en prestatiebeschrijvingen. Gelet op de gelijkens met andere paramedische beroepsgroepen is er geen reden om de vrijgevestigde ergotherapie nog in de Bub uit te zonderen op regulering.

## **3.3 Mogelijkheden om het verschil in de regulering op te heffen**

### **3.3.1 Regulering**

In de knelpuntenanalyse komt naar voren dat een aantal knelpunten niet op te lossen is met tarief- en prestatieregulering. Bij deze knelpunten gaat het vooral op de verhouding tussen zorgverzekeraar en aanbieder. De NZa neemt andere acties om te helpen deze knelpunten weg te nemen. Dit hoofdstuk focust op de knelpunten die wel samenhang hebben met regulering: het verschil in de regulering, ontbreken van prestatiebeschrijvingen, harmoniseren met paramedische zorg en te lage tarieven.

#### *Consistent beleid*

De NZa wil consistent beleid voeren. Het is wenselijk dat er geen verschil in de regulering van dezelfde zorg tussen verschillende aanbieders bestaat. De markt van de ergotherapie heeft, zoals eerder aangegeven, ook grote gelijkens met de markt van andere paramedische beroepsgroepen. Er is dan ook geen economische of beleidsmatige reden om de rol van de NZa in de sector ergotherapie een andere te laten zijn dan de rol in de andere paramedische sectoren.

Vanuit deze optiek ligt het in de rede om de regulering van 'losse OZP' ergotherapie vanuit instellingen en de vrijgevestigde ergotherapie gelijk te trekken. Om dit te kunnen doen, zijn er drie opties.

- reguleren tarieven en prestaties vrijgevestigde ergotherapie
- dereguleren tarieven en prestaties ergotherapie instellingen
- dereguleren tarieven instellingen en reguleren prestaties vrijgevestigde ergotherapie

In het visiedocument Signalering deregulering eerstelijnszorgmarkten staat dat de NZa stappen wil nemen om sectoren, waar mogelijk, te dereguleren. Teneinde maximaal ruimte te geven aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om de organisatie en bekostiging van de zorg zelf vorm te geven. Op deze wijze ontstaat zo veel mogelijk ruimte om bij de zorgverlening in te spelen op de lokale omstandigheden en de wensen van de consument. In het visiedocument staan stappen die gezet kunnen worden richting deregulering. Het visiedocument noemt ook een aantal voorwaarden waaraan een sector moet voldoen om een stap richting dereguleren te kunnen zetten.

Voor dit advies zijn deze stappen en voorwaarden bekeken voor de drie reguleringsopties die hierboven omschreven staan. Hierbij is gekeken naar de vraag of de ergotherapie geleverd door instellingen voldoet aan de condities om gedereguleerd te worden. De situatie van de vrijgevestigde ergotherapie is omgekeerd bekeken. Als de sector nu gereguleerd zou zijn, zou deze dan aan de condities voldoen om gedereguleerd te worden?

In deze paragraaf wordt per reguleringsvorm en per optie ingegaan op de stappen en voorwaarden voor het beantwoorden van de vraag of tarieven- en prestatiebeschrijvingen gedereguleerd kunnen worden of dat juist regulering aangewezen is.

#### *Tariefregulering*

Voor het beantwoorden van de vraag of tarieven gedereguleerd kunnen worden of dat regulering juist aangewezen is, is gekeken naar de volgende voorwaarden:

- Voldoende contracteergraad of voldoende prikkel voor consumenten om goed in te kopen.
- Voldoende aanbieders, geen toetredingsdrempels, geen verkoopmacht.
- Voldoende overstapmogelijkheden voor consumenten.
- Kans op negatieve externe effecten (keteneffecten, poortwachtersfunctie, volume-effecten, risico-selectie) beperkt of goed te mitigeren.

In hoofdstuk 2 zijn de kenmerken van de markt te lezen. Hieruit blijkt dat er voor de vrijgevestigde ergotherapie een contracteergraad is van (bijna) 100%. Er zijn voldoende aanbieders en er is in een groot deel van Nederland geen sprake van verkoopmacht. Uitzondering hierop kan zijn de landelijke gebieden waar weinig ergotherapeuten werkzaam zijn. Hier zijn geen signalen van bekend bij de NZa. Doordat het aantal extramuraal werkende vrijgevestigde ergotherapeuten toeneemt, wordt de overstapmogelijkheid voor consumenten de afgelopen jaren alleen maar groter. De toename van aanbieders laat ook zien dat er weinig tot geen drempels zijn om de markt te betreden.

De kans op negatieve externe effecten is klein omdat het gaat om direct toegankelijke zorg en volumeprikkels worden geremd door de aanspraak en zorgverzekeraars. Bovendien heeft de consument vanwege het eigen risico en de beperkte aanspraak een volume remmende prikkel. Ook zijn er geen signalen van risicoselectie in deze markt. Tot slot is de zorgplicht van de zorgverzekeraar niet in het geding.

Het toepassen van deze voorwaarden op de ergotherapie geleverd door instellingen, leidt tot dezelfde conclusies die gelden voor de vrijgevestigde ergotherapie. Er is voldoende contracteergraad, voldoende aanbieders, geen verkoopmacht, voldoende overstap mogelijkheden voor patiënten en weinig kans op negatieve externe effecten.

De NZa heeft er begrip voor dat de tariefregulering vanuit de optiek van de zorgaanbieders wordt gezien als een houvast. Dit is echter geen legitiem argument om tarieven te reguleren. Tariefregulering is er in hoofdzaak op gericht om eventuele verkoopmacht (en daarmee het risico dat een zorgaanbieder een te hoge prijs vraagt voor een behandeling) tegen te gaan. Het consumentenbelang (in dit geval betaalbaarheid van zorg) is voor de NZa leidend.

In het kader van deregulering, beleidsconsistentie en bovenstaande argumentatie is het wenselijk om de tarieven van de OZP's ergotherapie voor instellingen vrij te geven en de tarieven voor de vrijgevestigde ergotherapeut niet te reguleren. Optie 1 heeft hierdoor niet de voorkeur.

### *Prestatieregulering*

Voor prestatiereregulering is gekeken naar de volgende voorwaarden:

- De inkooprol van verzekeraars is op orde.
- Geen verkoopmacht, om het risico uit te sluiten dat een verzekeraar genoodzaakt is om 'ondoelmatige' contracten te sluiten.
- Er is (voldoende) eenheid van taal of er zijn mogelijkheden om dat te organiseren op andere wijze dan via verplichte productdefinities (bijv. zorgstandaarden, kwaliteitsindicatoren, informatie over uitkomsten of private standaardisaties (bijvoorbeeld declaratiecodes Vektis)).
- De informatiebehoefte voor systeemtaken van verzekeraars en overheid voor consument en toezicht is geborgd via informatie- en transparantieplichtingen (o.a. de bepaling van het eigen risico, BKZ-monitoring en de risico-verevening).

Voor tariefregulering is al geconstateerd dat er nauwelijks sprake is van verkoopmacht van ergotherapeuten. Afgaand op de contracteergraad en de sturing op tarieven is de inkooprol van de verzekeraar op orde. Op andere punten bezien lijkt de inkooprol van verzekeraars voor ergotherapie in de tweede lijn echter minder ontwikkeld dan in de eerste lijn. Overigens kan het geven van meer vrijheid bij het zelf beschrijven van prestaties juist ook een impuls geven aan de inkooprol, omdat zorgaanbieders en zorgverzekeraars dan ook daar het gesprek over aan kunnen gaan bij de zorginkoop.

### *Ergotherapie vanuit instellingen*

Paramedische zorg is nauwelijks onderwerp in de onderhandeling tussen instellingen en zorgaanbieders. Zorgverzekeraars lijken hier niet specifiek op te sturen. De oorzaak hiervan kan zijn het feit dat ergotherapie in de tweede lijn zo'n klein deel van een groter geheel is.

De eenheid van taal in de tweede lijn is nu geborgd doordat sprake is van verplichte prestatiebeschrijvingen. Als deze komen te vervallen, zijn er mogelijk aanknopingspunten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om zelf zorgproducten te definiëren en op een transparante en vergelijkbare manier openbaar te maken. Bij het vervallen van verplichte prestatiebeschrijvingen moet de overheid nader bezien op welke wijze de informatie kan worden verkregen voor systeemtaken als BKZ-bewaking en risicoverevening. Overigens blijkt in veel sectoren in toenemende mate dat vastgestelde prestatiebeschrijvingen niet de informatie geeft die voor systeemtaken nodig is, en dat hiervoor andere vormen van informatieregulering nodig zijn. Een voorbeeld is het inzetten van specifieke transparantie-eisen.

Het bovenstaande laat zien dat er aanwijzingen zijn dat kan worden voldaan aan de condities om prestatiebeschrijvingen te dereguleren. Dit vergt echter voldoende tijd voor alle betrokkenen om hierop in te spelen. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en dienstverleners hebben tijd nodig om in te spelen op het zelf definiëren van prestaties en het binnen de regels van het mededingingsrecht desgewenst zelf standaardiseren van productinformatie voor het declaratieverkeer. Het Zorginstituut komt nog met een nadere pakketduiding voor ergotherapie. Veldpartijen en overheden zullen nader moeten bezien op welke wijze bij vrije prestaties de informatiebehoefte kan worden geborgd. Voor de komende tijd is het daarom wenselijk om nog met gereguleerde prestatiebeschrijvingen te werken.

Bij eventuele deregulering is het, met het oog op een gelijk speelveld, wenselijk om gelijk op te trekken met deregulering van de prestaties die eventueel voor vrijgevestigden worden ingevoerd.

### *Vrijgevestigde ergotherapie*

De markt voor de extramurale ergotherapie kan gezien worden als een markt in transitie omdat ergotherapie voorheen vrijwel uitsluitend intramuraal werd aangeboden. De vrijgevestigde ergotherapeut is een relatief nieuwe onderhandelingspartij. Vanwege het ontbreken van prestaties en omschrijvingen, kiezen zorgverzekeraars er nu voor om de extramurale zorg vrijwel volledig op basis van de OZP-prestaties in te kopen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars geven aan dat het gezien de ontwikkelingen noodzakelijk is om nieuwe prestatiebeschrijvingen te ontwikkelen die beter op de zorg en de consument zijn afgestemd. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars geven aan dat hiervoor nodig is dat er een standaard van prestatiebeschrijvingen komt die de komende tijd nog verplicht geldt voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Binnen deze contouren moet de marktwerking zich de komende tijd verder ontwikkelen. Marktpartijen kunnen in beginsel ook ieder voor zich hun producten in de bovengenoemde richting door ontwikkelen. Voor zorgmarkten die nog sterk in transitie zijn kan het echter, ook bij vrije tarieven, gewenst zijn om prestatiebeschrijvingen gedurende bepaalde tijd te reguleren. Eenduidige omschrijvingen van producten en diensten vergemakkelijken dan de prijsvergelijking. Bij markten in transitie kan dit helpen bij het verder op gang brengen van marktwerking, wat ten goede kan komen aan de consument.

In de komende periode kan via regulering een goed vergelijkbare basisset van prestatiebeschrijvingen worden ontwikkeld die de marktwerking verder kan bevorderen. Daarbij kunnen stapsgewijs meer vrijheidsgraden in de prestatieregulering worden ingebouwd.

### *Facultatieve prestatie*

Met prestatieregulering en vrije tarieven ziet de NZa het als een logische vervolgstap om een facultatieve prestatie in te voeren voor ergotherapie. Zorgaanbieder en verzekeraar kunnen een facultatieve prestatie aanvragen bij de NZa. Door deze vrije prestatie wordt innovatie en zorg op maat gestimuleerd. De NZa zal het invoeren van een facultatieve prestatie bespreken met veldpartijen.

### *Conclusie*

Doordat de markt in transitie is en de NZa graag consistent beleid wil voeren voor gelijke zorg en tussen gelijke sectoren, is het wenselijk dat er (tijdelijke) prestatieregulering ingevoerd wordt voor de vrijgevestigde ergotherapie. Wel moet duidelijk zijn dat het doel is om voor ergotherapie, net als voor andere eerstelijnszorgvormen, op termijn (meer) ruimte te geven aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om zelf prestaties vorm te geven zodat deze optimaal kunnen worden afgestemd op de lokale omstandigheden en de behoeften van de individuele consument. Dit geldt voor zowel instellingen als vrijgevestigden.





## 4. Advies en vervolg

De extramuralisering van de ergotherapie is in de afgelopen jaren sterk op gang gekomen. Omdat ergotherapie voorheen vrijwel uitsluitend intramuraal werd aangeboden, kan de markt voor de extramurale ergotherapie gezien worden als een markt in transitie. Na analyse van de knelpunten concludeert de NZa dat het verschil in regulering tussen intra- en extramurale ergotherapie een aantal aanpassingen behoeft.

De NZa adviseert om de tarieven van de overige zorgproducten (OZP) ergotherapie voor instellingen te dereguleren en tarieven voor de vrijgevestigde ergotherapeut niet te reguleren. Analyse van de markt aan de criteria voor het vrijgeven van tarieven maakt duidelijk dat tariefregulering om eventuele verkoopmacht te beteugelen (in het belang van de betaalbaarheid van zorg) niet noodzakelijk is. Er is sprake van een groot aantal aanbieders, de contracteergraad is hoog en de zorgverzekeraars sturen al een aantal jaren op de tarieven.

Daarnaast adviseert de NZa om de prestaties voor de vrijgevestigde ergotherapie te reguleren. Analyse van de markt aan de criteria voor het vrijgeven van de prestaties laat zien dat regulering gewenst is om de markt verder op gang te helpen omdat deze sterk in transitie is en er nog geen heldere en eenduidige productbeschrijvingen bestaan. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben de wens om deze prestaties gestandaardiseerd, beter op de zorg en de consument af te stemmen.

De NZa lost hiermee het verschil in regulering tussen instellingen en vrijgevestigde ergotherapeuten op. Ook wordt ergotherapie op eenzelfde manier gereguleerd als andere paramedische beroepsgroepen. Er zijn aanwijzingen dat kan worden voldaan aan de condities om prestatiebeschrijvingen voor ergotherapie geleverd door of vanwege instellingen te dereguleren. Dit vergt echter voldoende tijd voor alle betrokkenen om hierop in te spelen.

Om tarief- en prestatieregulering in te voeren voor de vrijgevestigde ergotherapie moeten een aantal vervolgstappen gezet worden. Allereerst moet het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg (Bub) aangepast worden door het ministerie van VWS. Vervolgens moet de minister de NZa een aanwijzing geven om prestaties vast te stellen voor de vrijgevestigde ergotherapie.

De vormgeving van de prestaties wordt door veldpartijen en de NZa gezamenlijk opgepakt. Als de prestaties bekend zijn, kan de NZa een beleidsregel vaststellen. Een belangrijk aandachtspunt is de afbakening van het verzekerde pakket. Het is noodzakelijk dat het Zorginstituut hier duidelijkheid over geeft.

Om het nieuwe beleid op 1 januari 2016 in werking te laten treden, moet de beleidsregel uiterlijk 1 juli 2015 gereed zijn. Uitloop op deze datum is alleen mogelijk indien partijen ermee akkoord gaan. Zij hebben voldoende tijd nodig om de technische en/of administratieve wijzigingen door te voeren. Als de prestatieomschrijvingen nog niet gereed zijn, kan een terugvaloptie ook zijn om de prestaties uit de tweede lijn (OZP) in 2016 te hanteren voor vrijgevestigde ergotherapie. In 2017 kunnen de prestatiebeschrijvingen worden herzien.