

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

Ingevolge artikel 59, tweede lid, Wmg heeft de Minister van VWS met brieven van 29 augustus 2008, kenmerk CZ/TSZ-2873530, en van 14 november 2008, kenmerk CZ/EKZ-2874809, en van 19 december 2008, kenmerk CZ/EKZ-2901559, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 Wmg aan de NZa gegeven.

1. Reikwijdte

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

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

Deze beleidsregel is niet van toepassing op dieetadviesing als intramuraal geleverde prestatie dan wel als onderdeel daarvan.

2. Doel van de beleidsregel

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

3. Begripsbepaling

Extramurale dieetadviesing is het geheel van activiteiten dat tot doel heeft een bijdrage te leveren aan het voorkomen, opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of met voeding beïnvloedbare stoornissen, beperkingen en participatieproblemen.

4. Prestatiebeschrijvingen

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

- a. Reguliere behandeling
- b. Groepsbehandeling
- c. Uittoeslag
- d. Screening bij directe toegang
- e. Facultatieve prestatie

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

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

5. Specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen

Kenmerk
BR/CU-7051
11D0050162

Pagina
2 van 4

ad a) Reguliere behandeling

De prestatie wordt naar evenredigheid van de werkelijke behandelingsduur in eenheden van een kwartier gedeclareerd.

ad b) Groepsbehandeling

Het betreft een prestatie per patiënt. De prestatie wordt naar evenredigheid van de werkelijke behandelingsduur in eenheden van een kwartier gedeclareerd.

ad a en b) Reguliere behandeling/ Groepsbehandeling

De activiteiten binnen een reguliere behandeling of een groepsbehandeling bestaan uit:

- aanmelding: registratie van onder andere persoonsgegevens, medische gegevens en aanvullende gegevens (bijvoorbeeld communicatiebeperkingen);
- diëtistisch onderzoek: onder andere onderzoek naar verwachtingen, hulpvraag, medische voorgeschiedenis, huidige bloedwaarden en stofwisselingsgegevens, psychosociale gegevens, eetgedrag, voedingstoestand;
- diëtistische diagnosestelling: analyse van verkregen gegevens en formuleren van het kernprobleem;
- vaststellen dieetplan/behandeling: bepalen van de doelstelling van de behandeling en het opstellen van het behandelplan, informeren van de verwijzer;
- uitvoeren van de behandeling;
- evaluatie van resultaten en doelstelling van de behandeling;
- afsluiting van de behandeling: registreren van eindgegevens, reden van afsluiting, vervolgspraken en informeren van de verwijzer;
- emailcontact tussen zorgaanbieder en patiënt waarbij voldaan wordt aan de meest recente KNMG-richtlijnen 'richtlijnen online arts-patiënt contact'.

Het gaat hierbij zowel om behandelingsduur in direct contact met cliënten (face-to-face) tijdens individuele consulten of huisbezoeken en groepsgerichte activiteiten (dieetadvies in groepsverband, cursussen) als om de behandelingsduur die cliëntgerelateerd plaatsvindt buiten aanwezigheid van de cliënt.

ad c) Uittoeslag

In het geval de zorgaanbieder de patiënt bezoekt kan bij de prestatie a of b een uittoeslag in rekening worden gebracht. Van een uittoeslag is in dit verband alleen sprake indien de behandeling buiten de praktijk plaatsvindt.

Indien tijdens één bezoek op één adres meer dan één patiënt wordt behandeld, kan de uittoeslag slechts eenmaal in rekening worden gebracht. Van één adres is ook sprake bij behandeling in een ziekenhuis, verpleeghuis, bejaardenoord, verzorgingsflat of enigerlei andere daarmee in enig opzicht vergelijkbare woon- of verblijfplaats (bijvoorbeeld de zogenoemde aanleunwoningen).

ad d) Screening bij directe toegang

De screening is een kort diëtistisch consult met patiënten die zonder verwijzing van een arts naar de zorgaanbieder gaan. Gedurende de screening inventariseert de zorgaanbieder de hulpvraag, bepaalt of er een indicatie is voor verder onderzoek, gaat na of er geen contra-indicaties zijn, informeert/adviseert waar mogelijk de patiënt en informeert de (huis)arts. De duur van een screening is 15 minuten.

ad e) facultatieve prestatie

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

Kenmerk
BR/CU-7051
11D0050162

Pagina
3 van 4

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.

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 BR/CU-7040 ingetrokken.

8. Inwerkingtreding en citeerregel

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

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als: 'Beleidsregel Extramurale dieetadvisering'.

TOELICHTING

Kenmerk
BR/CU-7051
11D0050162

Pagina
4 van 4

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

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

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

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