

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, onder b, 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 diëtetiek 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 diëtetiek 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 extramurale diëtetiek.

3. Begripsbepaling

Extramurale diëtetiek 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, eerste lid aanhef, en sub c, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg.

5. Specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen

Kenmerk
BR/CU-7163

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 (diëtetiek 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-7163

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-7051 ingetrokken.

8. Overgangsbepaling

De beleidsregel 'Extramurale dieetadvisering, met kenmerk BR/CU-7051, 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.

9. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2016. Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2015, treedt de beleidsregel in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst en werkt zij terug tot en met 1 januari 2016.

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

Kenmerk
BR/CU-7163

Pagina
4 van 4

TOELICHTING

Per 1 januari 2016 wijzigt artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering. Zo wordt de term 'dieetadvisering' vervangen door diëtetiek. De gehanteerde omschrijving van dieetadvisering, zoals diëtisten die plegen te bieden, sluit niet langer aan bij de werkzaamheden die een diëtist verricht en krachtens de Wet BIG mag verrichten. Die werkzaamheden zijn niet alleen gericht op de voorlichting met een medisch doel, maar zijn ook gericht op het behandelen van patiënten door dieettherapie gericht op het opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare ziekten of klachten. In de praktijk bleek de term 'dieetadvisering' daardoor tot onduidelijkheid te leiden betreffende de uitleg van het verzekerde pakket. Om de ontstane onduidelijkheid bij zorgverzekeraars, beroepsbeoefenaren en burgers weg te nemen, wordt de formulering van de aanspraak zo gewijzigd, dat niet langer van 'dieetadvisering' wordt gesproken maar van 'diëtetiek'. Met de wijziging van het relevante artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering wordt geen uitbreiding of beperking van de verzekerde prestatie beoogd.