

PRESTATIEBESCHRIJVINGBESCHIKKING



nummer TB/CU-7097-01	Datum ingang 1 januari 2015	Datum beschikking 30 juni 2014	Datum verzending 1 juli 2014
Volgnr. 9	Geldig tot	Behandeld door directie Zorgmarkten Cure	

De Nederlandse Zorgautoriteit

heeft krachtens de paragrafen 2 en 4 van hoofdstuk 4 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)

op basis van de beleidsregel:
Extramurale dieetadvisering (BR/CU-7051)

en gelet op:
artikel 35, artikel 50 lid 1, onderdelen a en d jo. artikel 51 tot met 53 Wmg

besloten:
dat rechtsgeldig

door:
zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals diëtisten die bieden en zorgaanbieders als bedoeld in artikel 1 onder c sub 2 van de Wmg (factormaatschappijen)

aan:
alle ziektekostenverzekeraars en alle (niet-)verzekerden

de prestatiebeschrijvingen:
zoals omschreven in de bijgevoegde prestatielijst, in rekening kunnen worden gebracht, mits voldaan is aan de bij de prestatie beschreven voorwaarden.

Met de inwerkingtreding van deze beschikking wordt de geldigheidsduur van beschikking TB/CU-7075-01 van 15 november 2013 beperkt tot en met 31 december 2014.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. J.C.E. Kursten
unitmanager Eerstelijns Zorg en Ketens

zie bijgevoegde toelichting

Bij prestatiebeschrijvingbeschikking

1. Werkingssfeer

Voor de toepassing van deze prestatiebeschrijvingbeschikking wordt een persoon, die

- krachtens de sociale ziektekostenwetgeving van een andere staat verzekerd is en
- in Nederland woont of hier tijdelijk verblijft en
- krachtens een Verordening van de Raad van de Europese Unie, dan wel krachtens enig ander door Nederland gesloten bilateraal of multilateraal verdrag, recht heeft op verstrekkingen overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, gelijkgesteld met een Zorgverzekeringswet-/AWBZ-verzekerde.

2. Bezwaar/Beroep

Ingevolge artikel 105 van de Wet marktordening gezondheidszorg juncto artikel 7:1 lid 1 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit een bezwaarschrift, per post of per fax (dus niet via email), indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit, Unit Juridische Zaken, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht. In de linkerbovenhoek van de envelop vermeldt u: Bezwaarschrift. Het bezwaar moet volgens artikel 6:5 lid 1 Awb schriftelijk en ondertekend worden ingediend en moet ten minste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, de dagtekening, een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar zich richt en de gronden van het bezwaar. Wij verzoeken u een kopie van het bestreden besluit bij te voegen.

PRESTATIELIJST VOOR DIEETADVISING

**Bijlage bij beschikking TB/CU-7097-01 van
30 juni 2014**

**PRESTATIES DIE DOOR ZORGAANBIEDERS DIE PARAMEDISCHE ZORG LEVEREN
ZOALS DIËTISTEN DIE BIEDEN IN REKENING KUNNEN WORDEN GEBRACHT MET
INGANG VAN 1 JANUARI 2015**

Ten aanzien van de onderstaande prestaties zijn de Algemene bepalingen bij de prestaties van toepassing.

Omschrijving

1. Reguliere behandeling
2. Groepsbehandeling
3. Toeslag voor uitbehandeling
4. Screening bij directe toegang
5. Facultatieve prestatie

Algemene bepalingen

Dieetadvising 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.

De activiteiten bestaan uit:

- aanmelding: registratie 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 en vervolgspraken. Informeren van de verwijzer.

ad 1) Reguliere behandeling

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

ad 2) Groepsbehandeling

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

ad 1,2) Het gaat hierbij zowel om behandeltime in direct contact met cliënten (face-to-face) tijdens individuele consulten of huisbezoeken en groepsgerichte activiteiten (dieetadvising in groepsverband, cursussen) als om de behandeltime die cliëntgerelateerd plaatsvindt buiten aanwezigheid van de cliënt.

Een emailcontact tussen de zorgaanbieder en patiënt wordt beschouwd als onderdeel van de totale behandeling. Het emailcontact wordt tot de declarabele tijd gerekend. Er kan daarbij sprake zijn van een emailcontact indien aan de meest recente KNMG-richtlijnen 'richtlijnen online arts-patiënt contact' wordt voldaan.

ad 3) Toeslag voor uitbehandeling

In het geval de zorgaanbieder de patiënt bezoekt (uitbehandeling) kan bij de prestatie 1 of 2 een toeslag voor uitbehandeling in rekening worden gebracht. Van een uittoeslag is in dit verband alleen sprake indien de behandeling buiten de praktijk plaatsvindt.

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). Indien tijdens één bezoek op één adres meer dan één patiënt wordt behandeld, kan de uittoeslag slechts eenmaal in rekening worden gebracht.

ad 4) 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 nadat de cliënt hiervoor toestemming heeft gegeven. De duur van een screening is 15 minuten.

ad 5) Facultatieve prestatie

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) kan een prestatiebeschrijving vaststellen voor de onder de reikwijdte vallende zorg die afwijkt van de hiervoor vermelde prestatiebeschrijvingen, indien tenminste één zorgaanbieder en tenminste één ziektekostenverzekeraar gezamenlijk daarom verzoeken. Andere verzoeken dan gezamenlijke worden zonder inhoudelijke beoordeling afgewezen.

De door de NZa vastgestelde prestatie kan in rekening worden gebracht door een zorgaanbieder indien hier een schriftelijke overeenkomst met een ziektekostenverzekeraar aan ten grondslag ligt.

Aanvraagprocedure

1. De aanvraag dient:

- schriftelijk te worden ingediend;
- door zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar gezamenlijk en;
- te zijn voorzien van een handtekening van deelnemende partijen.

2. De aanvraag dient het volgende te bevatten:

- een voorstel voor een concrete en duidelijke prestatiebeschrijving
- een toelichting waarom de voorgestelde prestatiebeschrijving binnen de werkingssfeer van deze beleidsregel valt

De NZa beoordeelt de aanvraag op de volgende onderdelen:

- voldoet de aanvraag aan de gestelde voorwaarden onder 1 en 2.
- valt de voorgestelde prestatiebeschrijving(en) onder de reikwijdte van de beleidsregel 'Extramurale dieetadvisering'.

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.