



Regeling Transparantievoorschriften multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2¹, CVR², COPD³)

Nr. CV/NR-100.107.2

De Nederlandse Zorgautoriteit,

Gelet op artikel 38 lid 7 en artikel 40 lid 4 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);

Stelt de volgende regeling vast:

Artikel 1. Algemeen

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders voor zover ze de prestatie Multidisciplinaire zorgverlening voor Diabetes Mellitus type 2 voor personen \geq 18 jaar (DM type 2) de prestatie Multidisciplinaire zorgverlening voor Cardiovasculair Riscomanagement (CVR) en/of de prestatie Multidisciplinaire zorgverlening voor Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) leveren.

Vanaf de datum van inwerkingtreding van deze regeling, eindigt de tot aan die datum geldende regeling Transparantievoorschriften multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, CVR) (regeling CV/NR-100.107).

Artikel 2. Begripsbepalingen

Voor de begripsbepalingen wordt verwezen naar het Declaratievoorschrift multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, CVR, COPD)

Artikel 3. Doel

Deze regeling heeft tot doel dat consumenten tijdig en zorgvuldig geïnformeerd worden over de eigenschappen van de betreffende prestaties met het oog op doeltreffendheid, juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid van de informatie.

Specifiek betekent dit dat zorgaanbieders de invulling van de door hen geleverde multidisciplinaire zorgverlening voor chronische aandoeningen, voor consumenten inzichtelijk en vergelijkbaar maken. En dat de ziektekostenverzekeraar prijsinformatie over de prestatie voor de consumenten inzichtelijk en vergelijkbaar maakt.

Artikel 4. Verplichting zorgaanbieder

Een hoofdcontractant, welke de prestatie contracteert, levert en declareert bij de ziektekostenverzekeraar of de consument, maakt openbaar wat de aanbiederspecifieke invulling van de desbetreffende prestatie is. De hoofdcontractant zal dit conform de structuur van de standaard voor zorgstandaarden doen.

De hoofdcontractant geeft aan dat prijsinformatie van de prestatie(s) terug te vinden is via de ziektekostenverzekeraar waar hij mee samenwerkt.

Voorwaarden zorgaanbieder

De in artikel 4 omschreven openbaarmaking voldoet aan de volgende voorwaarden:

- a. De informatie is voldoende toegankelijk voor consumenten, de informatie is daarom:
 - zichtbaar aanwezig in de wachtruimte van de zorgaanbieder;
 - via post te verkrijgen wanneer de consument daar om vraagt;
 - op de website van de aanbieder te vinden wanneer deze een website heeft.De hoofdcontractant draagt er zorg voor dat de betrokken zorgaanbieders de benodigde informatie kunnen verstrekken aan consumenten op de bij 5a genoemde manieren.
- b. De informatie is tijdig beschikbaar voor de consument zodat deze in staat is de noodzakelijke keuzes te maken.

¹ Diabetes Mellitus type 2 voor personen \geq 18 jaar.

² Cardiovasculair risicomanagement.

³ Chronic Obstructive Pulmonary Disease.



-
- c. De beschikbare informatie is actueel en vermeldt een ingangsdatum waarop deze in werking treedt. De ingangsdatum geldt voor alle onderdelen van de prestatie.

Artikel 5. Verplichting ziektekostenverzekeraar

Een ziektekostenverzekeraar die de onder artikel 1 genoemde prestatie (s) contracteert, maakt op een voor de consument begrijpelijke manier prijsinformatie van de prestatie(s) openbaar.

Bij deze openbaarmaking dient in ieder geval te worden opgenomen:

- prijs voor de consument en opbouw van het gedeelte dat buiten de basisverzekering valt.
- Bij de openbaarmaking wordt rekening gehouden met de door de ziektekostenverzekeraar aangeboden (aanvullende) verzekeringsvormen.

Artikel 6. Voorwaarden ziektekostenverzekeraar

De in artikel 6 gevraagde openbaarmaking voldoet aan de volgende voorwaarden:

- a. De informatie is voldoende toegankelijk voor consumenten, de informatie moet daarom:
 - Via post te verkrijgen zijn wanneer de consument daar om vraagt;
 - Op de website vermeld zijn van de ziektekostenverzekeraar wanneer deze een website heeft.
- b. De opgevraagde informatie is tijdig beschikbaar om de noodzakelijke keuzes te kunnen maken. Dit betekent dat:
 - Binnen 5 werkdagen na het verzoek om de informatie, heeft de consument de informatie in handen.
- c. De beschikbare informatie is actueel, bevat de meest recente prijzen en vermeldt een ingangsdatum waarop deze in werking treedt. De ingangsdatum geldt voor alle onderdelen van de prestatie. De prijs van de prestatie geldt voor de duur van het betreffende kalenderjaar.

Artikel 7. Inwerkingtreding

Deze regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij is geplaatst. Deze is te vinden op www.officielebekendmakingen.nl

*De Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,
T.W. Langejan,
voorzitter Raad van Bestuur.*



TOELICHTING

Inleiding

De regeling is ten behoeve van transparantie over de prestatie 'multidisciplinaire zorgverlening voor DM type 2, CVR en COPD'. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars zijn wettelijk verplicht informatie openbaar te maken. Deze eisen zijn opgenomen in artikel 38 en 40 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Deze regeling bevat zowel verplichtingen voor zorgaanbieders als ziektekostenverzekeraars

Artikel 1. Algemeen

In dit artikel is aangegeven welke zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars de verplichtingen moeten uitvoeren.

In dit geval betreft het die zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars die de prestaties leveren en verzekeren zoals beschreven in de beleidsregel 'multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, CVR, COPD)'.

Artikel 3. Doel

Met de nadere regeling transparantie wil de Nederlandse Zorgautoriteit bereiken dat consumenten op basis van goede en vergelijkbare informatie een weloverwogen keuze kunnen maken voor het aangaan van een overeenkomst met betrekking tot het volgen van een zorgprogramma.

Artikel 4. Verplichting zorgaanbieder

Met de inhoud van de prestatie wordt de zorg bedoeld die de zorgaanbieder aanbiedt aan patiënten met een chronische aandoening.

De zorgstandaard van de betreffende chronische aandoeningen beschrijft de inhoud van goede zorg. Het is echter aan de zorgaanbieders hoe ze deze zorg aanbieden. Dit kan en mag verschillen bij de verschillende zorgaanbieders. Naast de uniformiteit in structuur bestaat er dus vrijheid in invulling om tegemoet te komen aan de lokale situatie en eventuele innovatieve initiatieven. De lokale optimalisatie/best practice kan zo ontwikkeld worden. Met deze verplichting moet de zorgaanbieder aangeven hoe zij invulling geven aan de zorg naar aanleiding van de zorgstandaard zodat de consument de verschillende zorgaanbieders kan vergelijken.

Voorbeelden hiervan zijn de indicatie van de hoeveelheid zorg die geboden wordt, welke zorgaanbieders welke zorg leveren, welke contactvormen gehanteerd worden en hoe de organisatie rond de zorgprestatie wordt geregeld. Voor dit laatste kan de zorgaanbieder nader uitwerking geven aan de organisatiestructuur en de kwaliteitscyclus zoals dat voor de levering van zijn zorg geldt.

Een indicatie van de hoeveelheid zorg komt neer op het aantal contactmomenten, de duur van die contactmomenten en de spreiding. Omdat dit voor elke patiënt verschillend is, wordt niet verwacht dat dit heel nauwkeurig is, maar dat er een gemiddelde wordt gebruikt zodat de consument de indicatie kan gebruiken om te vergelijken met andere zorgaanbieders.

Het aangeven van het type behandelaar is een punt waarop prestaties kunnen verschillen. Voor patiënten kan het bijvoorbeeld van belang zijn om te weten of de diëtetiek wordt geleverd door een diëtist of door de praktijkondersteuner.

De te hanteren contactvormen is een ander vergelijkingspunt. De zorgaanbieder geeft aan in welke vormen de verschillende componenten van zorg worden geboden. Te denken valt aan één op één contacten, groepsessies, internet, etc.

Ook de organisatie rond de zorgprestatie is een vergelijkingspunt. Te denken valt aan het opzetten van het zorgplan. De zorgaanbieder geeft dan aan dat ze met de patiënt in overleg een individueel zorgplan samenstellen. Ook moet de procedure van het opstellen van dit plan naar boven komen. De patiënt moet weten hoe de invulling van zijn zorgplan eruit ziet en hoe dit tot stand komt: welke zorgaanbieder heeft invloed op welk deel van het zorgplan, etc. De bij de aandoening horende patiëntenversie van de zorgstandaard kan gebruikt worden om duidelijk te maken welke zorg nodig is. Ander vormen van organisatie zijn het plannen van afspraken op één dag, de overleggen tussen verschillende disciplines etc.



Artikel 5. Voorwaarden zorgaanbieder

De NZa wil dat de gevraagde informatie doeltreffend, juist, inzichtelijk en vergelijkbaar is voor de consument. Het format en de manier van verspreiding door de zorgaanbieder wordt grotendeels aan de zorgaanbieder overgelaten.

Artikel 6. Verplichting ziektekostenverzekeraar

Voor de onder artikel 1 bedoelde zorg geldt een vrij tarief. De prijs door de consument te betalen kan dus per zorgprestatie verschillen.

Omdat niet alle onderdelen van de zorgstandaarden verzekerde prestaties betreffen is het van belang voor de consument wat de niet verzekerde prestaties zijn en of deze al of niet vallen onder de aanvullende verzekeringen.

Artikel 7. Voorwaarden ziektekostenverzekeraar

Zie voorwaarden zorgaanbieder.

Een onderdeel van het weergeven van actuele prijzen is dat de prijs bij begin van de prestatie vaststaat voor de duur van het betreffende kalenderjaar.

Artikel 8. Inwerkingtreding

Deze regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij is geplaatst. Deze is te vinden op www.officielebekendmakingen.nl

Evaluatie

Wanneer deze nadere regel in gebruik is genomen komt er een evaluatie moment. In deze evaluatie wordt getoetst of het doel van de nadere regel wordt bereikt.