

Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)

27 december 2011

Nr. NR/CU-710

De Nederlandse Zorgautoriteit,

Gelet op artikel 36, 37 en 38 en artikel 40 lid 4 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);

Heeft de volgende regeling vastgesteld: Regeling 'Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)'.

Artikel 1. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op

- zorgaanbieders voor zover ze de prestatie Multidisciplinaire zorgverlening voor Diabetes Mellitus type 2 voor personen ≥ 18 jaar (DM type 2), de prestatie Multidisciplinaire zorgverlening voor Vasculair Risicomanagement (VRM) en/of de prestatie Multidisciplinaire zorgverlening voor Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) leveren;
- ziektekostenverzekeraars voor zover ze de prestatie Multidisciplinaire zorgverlening voor Diabetes Mellitus type 2 voor personen ≥ 18 jaar (DM type 2), de prestatie Multidisciplinaire zorgverlening voor Vasculair Risicomanagement (VRM) en/of de prestatie Multidisciplinaire zorgverlening voor Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) verzekeren.

Artikel 2. Doel

Deze regeling heeft tot doel het stellen van de navolgende voorschriften met betrekking tot de multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD):

- declaratievoorschriften;
- administratievoorschriften teneinde de ontwikkelingen van multidisciplinaire zorgvormen voor de chronische aandoeningen DM type 2, VRM en COPD en de daaruit volgende resultaten in de zorgverlening in relatie tot de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg te kunnen volgen, toetsen en evalueren;
- transparantievoorschriften teneinde te bewerkstelligen dat consumenten tijdig en zorgvuldig geïnformeerd worden over de eigenschappen van de betreffende prestatie met het oog op doeltreffendheid, juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid van de informatie. Met deze informatie kunnen cliënten een weloverwogen keuze kunnen maken voor het aangaan van een overeenkomst met betrekking tot ketenzorg.

Artikel 3. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

3.1 Prestatie

Met de prestatie wordt in deze regeling (een van) onderstaande prestaties bedoeld.

3.1.1 prestatie Multidisciplinaire zorgverlening voor Diabetes Mellitus type 2 voor personen ≥ 18 jaar (DM type 2)

Deze prestatie houdt een zorgverlening in waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines de zorgonderdelen in samenhang en in samenwerking met de betreffende patiënt aan de patiënt leveren.

De prestatie betreft de ingevulde standaard voor zorgstandaarden, waarbij de prestatie geldt voor het deel van de zorgstandaard dat inhoud en levering beschrijft nadat de diagnose is vastgesteld. De onderdelen van de zorg worden ingevuld met behulp van de zorgstandaard voor Diabetes Mellitus¹ die geldt op het moment van sluiten van de overeenkomst en sluiten aan op de lokale situatie. Uitgezonderd van de prestatiebeschrijving zijn de ANW-zorg, eerstelijnsdiagnostiek, geneesmiddelenzorg en hulpmiddelenzorg.

3.1.2 prestatie Multidisciplinaire zorgverlening voor Vasculair Risicomanagement (VRM)

Deze prestatie houdt een zorgverlening in waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines de zorgon-

¹ De NDF zorgstandaard van de Nederlandse diabetes federatie

derdelen in samenhang en in samenwerking met de betreffende patiënt aan de patiënt leveren. De prestatie betreft de ingevulde standaard voor zorgstandaarden, waarbij de prestatie geldt voor het deel van de zorgstandaard dat inhoud en levering beschrijft nadat het verhoogde risico is vastgesteld (risico $\geq 5\%$ om binnen 10 jaar te overlijden aan hart- of vaatziekte) en voor patiënten die een hart- of vaatziekte hebben. De onderdelen van de zorg worden ingevuld met behulp van de zorgstandaard vasculair risicomanagement² die geldt op het moment van sluiten van de overeenkomst en sluiten aan op de lokale situatie.

Uitgezonderd van de prestatiebeschrijving zijn de ANW-zorg, eerstelijnsdiagnostiek, geneesmiddelenzorg en hulpmiddelenzorg.

3.1.3 *prestatie Multidisciplinaire zorgverlening voor Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)*

Deze prestatie houdt een zorgverlening in waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines de zorgonderdelen in samenhang en in samenwerking met de betreffende patiënt aan de patiënt leveren.

De prestatie betreft de ingevulde standaard voor zorgstandaarden, waarbij de prestatie geldt voor het deel van de zorgstandaard dat inhoud en levering beschrijft nadat de diagnose is vastgesteld. De onderdelen van de zorg worden ingevuld met behulp van de zorgstandaard COPD³ die geldt op het moment van sluiten van de overeenkomst en sluiten aan op de lokale situatie.

Uitgezonderd van de prestatiebeschrijving zijn de ANW-zorg, eerstelijnsdiagnostiek, geneesmiddelenzorg en hulpmiddelenzorg.

3.2 *Ketenzorg*

Multidisciplinaire zorgverlening voor chronisch zieken, aangeboden door meerdere zorgaanbieders, welke integraal bekostigd wordt.

3.3 *Standaard voor zorgstandaarden*

Het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten dat is ontwikkeld door het coördinatieplatform zorgstandaarden (ingesteld door ZonMw) in opdracht van het ministerie van VWS.

3.4 *Zorgstandaard*

Een zorgstandaard geeft vanuit het patiëntenperspectief een op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie, zorg en ondersteuning bij zelfmanagement voor een bepaalde chronische ziekte gedurende het complete zorgcontinuüm, alsmede een beschrijving van de organisatie van de betreffende preventie en zorg en de relevante prestatie-indicatoren.

3.5 *Zorgmodule*

Deze beschrijft een generieke component in de zorg voor mensen met een chronische ziekte. Een generieke component onderscheidt zich van een ziektespecifieke doordat hij op meer dan één chronische ziekte van toepassing kan zijn.

3.6 *Zorgaanbieder*

De natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder c van de Wmg.

3.7 *Hoofdcontractant*

De hoofdcontractant is de zorgaanbieder die de onder 2.1 beschreven prestatie(s) contracteert, levert en het overeengekomen tarief voor deze prestatie declareert.

3.8 *Onderlinge dienstverlening*

Indien meerdere zorgaanbieders gezamenlijk en in onderlinge afstemming de onder 2.1 t/m 2.3 omschreven prestatie leveren, dan wordt de levering van de deelprestaties aangemerkt als onderlinge dienstverlening.

3.9 *'In zorg'*

De patiënt is 'in zorg' indien hij, voor de bij hem/haar bestaande chronische aandoening zorg ontvangt waarvan inhoud en levering overeenkomen met (een van de) in artikel 2.1 t/m 2.3 bedoelde prestaties.

3.10 *Tarief*

Het tarief is de overeengekomen prijs voor de onder 2.1 omschreven prestatie.

3.11 *Minimale Dataset (MDS)*

Gegevens betreffende de zorg welke geregistreerd dienen te worden voor cliënten met een bepaalde chronische ziekte met als doel de effectiviteit te kunnen vaststellen.

3.12 *De beleidsregel*

De beleidsregel 'Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische zorgverlening (DM type 2, VRM, COPD)'.

Artikel 4. Declaratie

4.1 *Hoofdcontractant*

De hoofdcontractant dient over de competenties te beschikken (c.q. deze competenties te hebben gecontracteerd) om basis huisartsgeneeskundige zorg te kunnen aanbieden.

² De zorgstandaard Vasculair risicomanagement van het Platform vitale vaten

³ De zorgstandaard COPD van de Long Alliantie Nederland

4.2 *Declaratiewijze zorg vallende binnen de te verzekeren prestaties Zvw en zorg vallende buiten de te verzekeren prestaties Zvw⁴*

De declaratie van het tarief omvat twee vergoedingscomponenten:

- Zorgonderdelen die vallen onder de te verzekeren prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet
- Zorgonderdelen die vallen buiten de te verzekeren prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet

4.2.1 *Zorgonderdelen die vallen onder de te verzekeren prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet*

De hoofdcontractant declareert de vergoedingscomponent die onder de te verzekeren prestatie(s) valt en welke vastgelegd is in de overeenkomst genoemd in art. 4.3, integraal aan de ziektekostenverzekeraar of de consument. Dit gedeelte van het tarief kan door de hoofdcontractant gedeclareerd worden voor alle patiënten vallende onder dit deel van de te verzekeren prestatie.

4.2.2 *Zorgonderdelen die vallen buiten de te verzekeren prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet*

Hierbij zijn twee mogelijkheden:

- De hoofdcontractant declareert, naast de component als onder 1 gesteld, de vergoedingscomponent die buiten de te verzekeren prestaties valt aan de ziektekostenverzekeraar of consument indien en voor de duur dat de component geleverd wordt.
- Een tweede mogelijkheid is dat de zorgaanbieder die de deelprestatie levert, onafhankelijk van de hoofdcontractant, dit deel van de prestatie declareert bij de patiënt of de ziektekostenverzekeraar. In dit geval is declaratie alleen mogelijk middels reeds bestaande wet- en regelgeving (consulten, zittingen, etc.) en als er geen sprake is van samenloop van zorg danwel dubbele bekostiging.

4.3 *Declaratie door hoofdcontractant*

Om de onder 3.1 omschreven prestatie(s) te declareren dient er een schriftelijke overeenkomst te zijn gesloten tussen de hoofdcontractant en de ziektekostenverzekeraar.

In deze overeenkomst is tenminste opgenomen:

- het overeengekomen tarief zoals beschreven onder 4.4;
- de inhoud van de onder 3.1 van de beleidsregel omschreven prestatie(s);
- de medisch specialistische zorg die geacht wordt onderdeel uit te maken van de onder de betreffende prestatie(s).

De prestatie als omschreven in artikel 3.1 van deze regeling wordt door de hoofdcontractant, met inachtneming van bovenstaande bepalingen, in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar of de cliënt aan wie de prestatie is geleverd.

4.4 *Tarief declaratie prestatie*

De prestatie(s) als genoemd onder 3.1 worden integraal bekostigd. Voor de prestaties gelden vrije tarieven.

4.5 *Moment van declareren van de prestatie*

Wanneer de patiënt 'in zorg' is wordt de prestatie gedeclareerd;

Het overeengekomen tarief dient per kwartaal⁵ in rekening te worden gebracht;

Het tarief per kwartaal kan door de hoofdcontractant in rekening worden gebracht voor die patiënten die op de eerste dag van dat kwartaal in zorg zijn.

4.6 *Onderlinge dienstverlening*

4.6.1 *Hoofdcontractant*

Indien sprake is van onderlinge dienstverlening verdeelt de hoofdcontractant het overeengekomen tarief onder bij de keten betrokken zorgaanbieders, volgens de (contract)afspraken die hij met hen heeft gemaakt.

4.6.2 *Ondercontractant*

Indien sprake is van onderlinge dienstverlening met betrekking tot zorg behorende tot de te verzekeren prestaties Zorgverzekeringswet, dient de zorgaanbieder die de deelprestatie levert deze uitsluitend in rekening te brengen aan de hoofdcontractant die de prestatie als bedoeld

⁴ In het rapport van CVZ 'Zorgstandaarden, ketenzorg in de eerste lijn en de te verzekeren prestaties Zvw' is meer duidelijkheid gegeven welke zorg te verzekeren prestaties betreffen en welke niet.

⁵ Het kwartaaltarief is een kwart van het overeengekomen jaartarief.

onder 3.1 heeft gecontracteerd. Deze hoofdcontractant declareert bij de ziektekostenverzekeraar of patiënt.

Indien de onderlinge dienstverlening zorg betreft buiten de te verzekeren prestaties Zorgverzekeringswet, kan de declaratie via de hoofdcontractant verlopen. Echter kan de zorgaanbieder die de deelprestatie levert in plaats daarvan ook zelfstandig de zorg in rekening brengen bij de patiënt of de ziektekostenverzekeraar. Indien de zorgaanbieder die de deelprestatie levert deze zelf declareert, is alleen declaratie middels reeds bestaande wet- en regelgeving mogelijk (consulten, zittingen, etc.).

4.6.3 *Tarief onderlinge dienstverlening*

De tarieven voor onderlinge dienstverlening zijn vrij.

Artikel 5. Keuze

Declaratie van de multidisciplinaire zorgverlening aan mensen met de chronische aandoeningen DM type 2, VRM en/of COPD kan worden gedeclareerd middels een van onderstaande beleidsregels en bijhorende regelingen:

- de onderhavige regeling, behorend bij beleidsregel 'Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening aan mensen met de chronische aandoeningen DM type 2, VRM en/of COPD';
- de bekostigingsregels zoals die gelden voor de betreffende deelprestaties;
- de Beleidsregel 'Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten', de zogenaamde 'GEZ-module', waarbij een koptarief wordt bepaald.

Zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar bepalen op basis van welke beleidsregel en regeling zij de zorg declareren respectievelijk bekostigen.

Artikel 6. Declaratiebepalingen betreffende samenloop

6.1 Samenloop met de eerstelijns zorg

De zorg binnen de eerstelijns die geacht wordt onderdeel uit te maken van of gelijkwaardig te zijn aan de prestatie als bedoeld onder 3 van deze beleidsregel wordt niet naast eerdergenoemde prestatie voor dezelfde patiënt gedeclareerd.

6.2 Samenloop met innovatiemogelijkheden of eenzelfde soort prestatie

Op basis van onderstaande beleidsregels kan er niet naast de prestaties als genoemd in 3 van deze beleidsregel gedeclareerd worden indien het eenzelfde soort prestatie betreft:

- a. Beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties;
- b. Beleidsregel Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten (de zogenaamde 'GEZ-module');
- c. Module Modernisering & innovatie (als omschreven in de beleidsregel verrichtingenlijst module M&I) gebruikt voor (een onderdeel van) de prestaties als genoemd in de onderhavige beleidregel.

6.3 Eerder beëindigen Innovatie- experiment ten behoeve van nieuwe zorgprestaties

Hoofdcontractant en zorgverzekeraar mogen te allen tijde besluiten hun experiment, dat loopt op basis van Beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties', eerder te beëindigen en volgens onderhavige beleidsregel de genoemde prestaties gaan bekostigen.

6.4 Samenloop prestatie met medisch specialistische zorg

6.4.1 Vaststelling van medisch specialistische zorg als onderdeel van de prestatie

Conform het gestelde in 4.3 spreken de hoofdcontractant en de ziektekostenverzekeraar af welke medisch specialistische zorg geacht wordt onderdeel uit te maken van de prestatie als omschreven onder 3.1.

De zorg die geleverd wordt ten behoeve van de prestaties (de in de overeenkomst opgesomde medisch specialistische zorg) dient door de betreffende zorgaanbieders bij de hoofdcontractant van de prestatie in rekening te worden gebracht middels onderlinge dienstverlening.

6.4.2 Medisch specialistische zorg die geen onderdeel is van de prestatie

Medisch specialistische zorg welke geen onderdeel is van de zorg zoals omschreven in de zorgstandaard van een prestatie als genoemd in artikel 3.1 kan naast de bedoelde prestatie voor dezelfde patiënt gedeclareerd en bekostigd worden.

6.5 Samenloop prestaties voor multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen onderling

De prestatie 'multidisciplinaire zorgverlening voor de chronische aandoening VRM' omvat zorg die al een integraal onderdeel dient te zijn van zorg voor DM type 2 patiënten. Deze prestatie kan dus

niet tegelijkertijd open staan met de prestatie 'multidisciplinaire zorgverlening voor de chronische aandoening DM type 2' voor eenzelfde patiënt.

6.6 Samenloop gedragsmatige ondersteuning bij het stoppen met roken

Voor zover er gedragsmatige ondersteuning bij Stoppen-met-Roken wordt geleverd aan een cliënt die integraal bekostigde ketenzorg ontvangt vanwege een chronische aandoening, dan dient de gedragsmatige ondersteuning idealiter integraal te worden ingekocht, geleverd en gedeclareerd. Het is echter mogelijk af te wijken van integrale inkoop, levering en declaratie.

Artikel 7. Administratievoorschriften

De hoofdcontractant registreert, naast de administratievoorschriften als bedoeld in artikel 36, eerste lid, Wmg, de volgende gegevens volledig en naar waarheid:

- Voor DM type 2: zie bijlage 1⁶, eerste kolom
- Voor VRM: zie bijlage 2⁷, eerste kolom
- Voor COPD: zie bijlage 3⁸, eerste kolom

De registratie dient wel zodanig te worden opgezet dat de zorgaanbieder in staat is om gegevens te rapporteren met de operationalisatie die in de MDS-en zijn gedefinieerd. De operationalisatie is als volgt:

- Voor DM type 2: zie bijlage 1, tweede kolom
- Voor VRM: zie bijlage 2, tweede kolom
- Voor COPD: zie bijlage 3, tweede kolom

Artikel 8. Transparantievoorschriften

8.1 Zorgaanbieder

8.1.1 *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.

8.1.2 Voorwaarden zorgaanbieder

De in artikel 8.1.1 omschreven openbaarmaking voldoet aan de volgende voorwaarden:

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 hierboven genoemde manieren.

De informatie is tijdig beschikbaar voor de consument zodat deze in staat is de noodzakelijke keuzes te maken.

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

8.2 Ziektekostenverzekeraar

8.2.1 *Verplichting ziektekostenverzekeraar*

Een ziektekostenverzekeraar die de onder artikel 3.1 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.

8.2.2 *Voorwaarden ziektekostenverzekeraar*

De in artikel 8.2.1 gevraagde openbaarmaking voldoet aan de volgende voorwaarden:

De informatie is voldoende toegankelijk voor consumenten; de informatie moet daarom:

⁶ Voorlopige minimale dataset Diabetes te vinden op www.NZa.nl

⁷ Voorlopige minimale dataset VRM te vinden op www.NZa.nl

⁸ Voorlopige minimale dataset COPD te vinden op www.NZa.nl



- Via post te verkrijgen zijn wanneer de consument daar om vraagt;
 - Op de website vermeld zijn van de ziektekostenverzekeraar wanneer deze een website heeft.
- 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, de consument deze in handen heeft.
- 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 9. Verplichting

De verplichtingen als genoemd in deze regeling zijn van toepassing op het moment dat sprake is van levering van de prestatie(s).

Artikel 10. Intrekking

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt het volgende voorschrift ingetrokken:

- Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type2, CVR,COPD) (regeling NR/CU-705).

Artikel 11. Inwerkingtreding en citeertitel

Deze regel 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 2012, treedt de regel in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst en werkt hij terug tot en met 1 januari 2012. De regeling kan worden aangehaald als de 'Regeling Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)'.

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



TOELICHTING

Artikel 1. Reikwijdte

Deze regeling bevat zowel verplichtingen voor zorgaanbieders als ziektekostenverzekeraars

Artikel 3. Begripsbepalingen

De zorgstandaarden en -module waarnaar verwezen wordt, zijn terug te vinden op de volgende sites:
www.zorgstandaardindepraktijk.nl
www.diabetesfederatie.nl
www.platformvitalevaten.nl
www.longalliantie.nl

3.1 Prestatie

De prestaties houden in zorgverlening waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines de zorgonderdelen in samenhang en in samenwerking met de betreffende patiënt aan de patiënt leveren. Middels bovengenoemde prestatie kunnen de kosten van de zorgverlening worden gedeclareerd van de huisarts, praktijkondersteuner huisartsen, nurse practitioner, verpleegkundig specialist, medisch specialist, diëtist, maar ook van andere zorgaanbieders betrokken bij de zorgverlening. De bekostiging betreft alle zorgkosten die volgens de onderliggende zorgstandaard direct samenhangen met de betreffende aandoening. Het gaat dus ook om andere met de betreffende aandoening samenhangende zorgvragen.

Uitgezonderd zijn echter:

- Acute zorgvragen tijdens de ANW uren. Deze worden bekostigd middels de tarieven voor prestaties in avond, nacht en weekend.
- Diagnostiek betreffende het vaststellen van de diagnose (DM type 2, COPD) of van het verhoogde risico (VRM) en eerstelijnsdiagnostiek (laboratorium onderzoek, functieonderzoek, beeldvormend onderzoek) verricht op verzoek van de huisarts. Voor diagnostiek geldt dit niet voor die zorgaanbieders die dit al onder de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' binnen hun zorgprestatie hebben opgenomen
- Geneesmiddelenzorg.
- Hulpmiddelenzorg.

3.1.1 prestatie Multidisciplinaire zorgverlening voor Diabetes Mellitus type 2 voor personen ≥ 18 jaar (DM type 2)

Voor een uitvoerigere begripsbepaling wordt verwezen naar de Beleidsregel 'Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische zorgverlening (DM type 2, VRM, COPD)'.

3.1.2 prestatie Multidisciplinaire zorgverlening voor Vasculair Risicomanagement (VRM)

Voor een uitvoerigere begripsbepaling wordt verwezen naar de Beleidsregel 'Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische zorgverlening (DM type 2, VRM, COPD)'.

3.1.3 prestatie Multidisciplinaire zorgverlening voor Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

Voor een uitvoerigere begripsbepaling wordt verwezen naar de Beleidsregel 'Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische zorgverlening (DM type 2, VRM, COPD)'.

Artikel 4. Declaratie

4.2 Declaratiewijze zorg vallende binnen de te verzekeren prestaties Zvw en zorg vallende buiten de te verzekeren prestaties Zvw⁹

Alleen de kosten voor zorg welke binnen het verzekerde pakket valt kunnen ten laste van de zorgverzekeringswet worden gebracht.

Zorgonderdelen van een onder 3.1 beschreven prestatie die onder de verzekerde aanspraak op grond

⁹ In het rapport van CVZ 'Zorgstandaarden, ketenzorg in de eerste lijn en de te verzekeren prestaties Zvw' is meer duidelijkheid gegeven welke zorg te verzekeren prestaties betreffen en welke niet.

van de Zorgverzekeringswet vallen en zorgonderdelen die daarbuiten vallen, vallen beiden onder het vrije tarief.

4.3 Declaratie door hoofdcontractant

In het artikel staat aangegeven welke onderdelen tenminste in de overeenkomst moeten zijn opgenomen. Dit betekent dat de hoofdcontractant en ziektekostenverzekeraar vrij zijn extra afspraken, zoals tarief- en prestatieafspraken en bepalingen, in de overeenkomst op te nemen.

Indien geen overeenkomst aanwezig is met de ziektekostenverzekeraar voor de desbetreffende patiënt, kan de zorgverlening alleen middels de reguliere tarieven (consulten, zittingen, etc.) in rekening worden gebracht.

Artikel 5. Keuze

Noch ziektekostenverzekeraars, noch aanbieders zijn verplicht om gebruik te maken van de mogelijkheid om ketenprestaties te contracteren of aan te bieden.

Artikel 6. Declaratiebepalingen betreffende samenloop

6.1 Samenloop met de eerstelijns zorg

Dit betekent dat zorg welke in het kader van de prestatie door bijvoorbeeld huisartsen, diëtisten of elke andere zorgaanbieder wordt geleverd, niet separaat als consult, zitting of losse verrichting wordt gedeclareerd aan de ziektekostenverzekeraar. Dit geldt ook voor generieke modules die op basis van de Zorgstandaard deel uitmaken van de ketenzorg.

De NZa benadrukt dat ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor het vermijden van deze vorm van dubbele bekostiging met name door cliënten goed voor te lichten. Als de hoofdcontractant en ziektekostenverzekeraars afspraken maken over het aantal consulten dat in rekening gebracht mag worden, kunnen de consulten die dit aantal overschrijden niet alsnog onder een andere beleidsregel gedeclareerd worden aan de ziektekostenverzekeraar.

6.2 Samenloop met innovatiemogelijkheden of eenzelfde soort prestatie

De genoemde beleidsregels kunnen niet naast de onderhavige prestatie gedeclareerd worden omdat ze als gelijkwaardig aan of als onderdeel van de prestatie gezien kunnen worden.

6.4 Samenloop prestatie met medisch specialistische zorg

De hoofdcontractant en de ziektekostenverzekeraar nemen in hun overeenkomst op welke medisch specialistische zorg onderdeel uitmaakt van de prestatie. Dit heeft als doel te voorkomen dat deze zorg niet separaat als ziekenhuis-DBC wordt gedeclareerd. De NZa benadrukt dat ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor het vermijden van deze vorm van dubbele bekostiging. De zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar nemen in hun overeenkomst op dat poliklinische ziekenhuis-DBC's (inclusief de enkelvoudige consulten) betreffende dezelfde aandoening in principe niet bij dezelfde patiënt naast de onderhavige prestaties mogen worden gedeclareerd. Voor de keten DBC DM type 2 geldt dat ook voor de oogheelkundige screening op DRP. Overigens kunnen de oogheelkundige DBC's indien DRP is geconstateerd en de heelkundige zorg betreffende de diabetische voet (diabetische voet (diabetes n.n.o.)) naast de onderhavige keten prestatie worden gedeclareerd.

6.5 Samenloop prestaties voor multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen onderling

Voor samenloop tussen de keten COPD en een van de andere ketens (VRM, DM type 2) benadrukt de NZa dat ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders bij de onderhandelingen rekening dienen te houden met eventuele overlap in zorgaanbod. Het is dan ook aan deze onderhandelende partijen om hier in de prijsafspraken rekening mee te houden en op deze manier dubbele bekostiging te vermijden.

6.6 Samenloop gedragsmatige ondersteuning bij het stoppen met roken

Het is op uitdrukkelijk verzoek van het ministerie van VWS (brief van 12 oktober 2011, kenmerk VGP/3085997) dat de in principe integraal in te kopen, te leveren en te declareren gedragsmatige ondersteuning bij het stoppen met roken naast prestaties voor multidisciplinaire zorgverlening kan worden ingekocht, geleverd en gedeclareerd.

Artikel 7. Administratievoorschriften

Er komt een evaluatie moment van de integrale bekostiging van de multidisciplinaire zorg voor chronische aandoeningen DM-2, CVR en COPD. In deze evaluatie wordt getoetst of het doel van de nadere regel wordt bereikt en of deze bekostiging bijdraagt aan de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg. Om deze evaluatie te kunnen uitvoeren, gelden de hier genoemde administratievoorschriften. Deze zijn wat betreft de chronische aandoeningen gebaseerd op de Minimale Dataset, welke ontwikkeld wordt onder coördinatie van Zichtbare Zorg (Zizo).

Artikel 7.1.1 Verplichting zorgaanbieder

Met de inhoud van de prestatie wordt de zorg bedoeld die de zorgaanbieder aanbied 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 contact momenten 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 diëtiëk 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 7.2.1. Verplichting ziektekostenverzekeraar

Voor de onder artikel 3.1 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 7.2.2 Voorwaarden ziektekostenverzekeraar

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.