



Regeling gecombineerde leefstijlinterventie

NR/REG-2311

Vastgesteld op 28 juni 2022

Gelet op artikel 35, 36, 37 en 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd tot het stellen van regels op het gebied van gecombineerde leefstijlinterventie.

Artikel 1 Begripsbepalingen

Consument:

Een zorgvrager, patiënt, een potentiële patiënt of degene die namens een patiënt informeert.

Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI):

Interventies gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering.

Prestatie(s):

De prestatie(s) genoemd in artikel 4 van de Beleidsregel gecombineerde leefstijlinterventie.

Wmg:

Wet marktordening gezondheidszorg.

Zorgaanbieder:

Natuurlijk persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg in de zin van de Wmg verleent als bedoeld in artikel 1, lid 1 onder c, van de Wmg.

Zorgprogramma:

De gecombineerde leefstijlinterventie wordt in de vorm van een programma aangeboden (hetzij individueel, hetzij in een groep). Een zorgprogramma bestaat uit een behandelfase en een onderhoudsfase. De totale doorlooptijd van het zorgprogramma is 24 aaneengesloten maanden. De startdatum van het zorgprogramma is de datum waarop het eerste contact na de intake tussen de patiënt en zorgverlener plaatsvindt. Dit kan fysiek face-to-face contact zijn maar ook contact via een beeldverbinding indien de zorgverlening zowel zorginhoudelijk als qua tijdsbesteding vergelijkbaar is met het fysiek face-to-face contact.

Artikel 2 Doel van de regeling

Het doel van deze nadere regel is om administratie-, declaratie-, en transparantievoorschriften te stellen die een zorgaanbieder in acht moet nemen bij het leveren van prestaties van de onder artikel 3 van deze regeling genoemde zorg.

Artikel 3 Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders die gecombineerde leefstijlinterventie leveren zoals omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Artikel 4 Administratievoorschriften

1. De zorgaanbieder voert een administratie en registreert in ieder geval per prestatie per patiënt:
 - Geboortedatum patiënt;
 - Startdatum prestatie;
 - Einddatum prestatie;
 - Startdatum zorgprogramma;
 - Geleverde prestatie;
 - Gedeclareerde tarief;
 - AGB-code declarerende zorgaanbieder;
 - AGB-code uitvoerende zorgaanbieder(s)
2. Registratie contactmomenten
De zorgaanbieder registreert alle contactmomenten tussen de zorgaanbieder en patiënt waarbij de contactmomenten worden onderverdeeld in:
 - Groepsbijeenkomst;
 - Fysiek face-to-face
 - Via beeldverbinding



- Individueel consult;
 - Fysiek face-to-face
 - Via beeldverbinding
 - Telefonisch contact;
 - Overige vormen van contact.
3. De zorgaanbieder registreert per groepsbijeenkomst het aantal deelnemers dat heeft deelgenomen.
4. Verwijzing
De zorgaanbieder neemt, indien aanwezig, de verwijzing door de huisarts of andere verwijzer in de administratie op.

Artikel 5 Declaratievoorschriften

1. De zorgaanbieder neemt op de declaratie aan de patiënt en/of zorgverzekeraar in ieder geval de volgende gegevens op:
 - Naam-, adres- en woonplaatsgegevens patiënt;
 - Geboortedatum patiënt;
 - BSN patiënt;
 - Startdatum prestatie;
 - Geleverde prestatie onder vermelding van bijbehorende prestatiebeschrijving;
 - Gedeclareerde tarief;
 - AGB-code declarerende zorgaanbieder;
 - AGB-code uitvoerende zorgaanbieder(s).
2. Het tarief wordt gedeclareerd bij de patiënt of zorgverzekeraar. Als de patiënt gedurende de looptijd van de prestatie is veranderd van zorgverzekeraar, moet het tarief worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar bij wie de patiënt verzekerd was bij de start van de prestatie.
3. Het tarief dat wordt gedeclareerd, is het tarief dat van toepassing was op de startdatum van de prestatie.
4. Per prestatie heeft minimaal één contact tussen de zorgaanbieder en patiënt plaatsgevonden. Dit kan fysiek face-to-face contact zijn maar ook contact via een beeldverbinding indien de zorgverlening zowel zorginhoudelijk als qua tijdsbesteding vergelijkbaar is met het fysiek face-to-face contact. De zorgaanbieder brengt de prestatie pas in rekening nadat de prestatie is afgerond.
5. De prestaties dienen in de juiste volgorde in rekening te worden gebracht. Voorafgaand aan de start van het zorgprogramma vindt een intake plaats. Vervolgens start achtereenvolgens de behandelfase per kwartaal en de onderhoudsfase per kwartaal. De prestatie behandelfase per kwartaal kan maximaal vier keer, in vier aaneengesloten kwartalen, in rekening worden gebracht per GLI per patiënt. De prestatie onderhoudsfase per kwartaal kan eveneens maximaal vier keer, in vier aaneengesloten kwartalen, in rekening worden gebracht per GLI per patiënt.
6. Onderlinge dienstverlening
 - a. Opdrachtgevende zorgaanbieder
Indien sprake is van onderlinge dienstverlening, kan alleen de opdrachtgevende zorgaanbieder de prestatie in rekening brengen bij de patiënt of zorgverzekeraar. De opdrachtgevende zorgaanbieder verdeelt het tarief onder de uitvoerende zorgaanbieders die bij de gecombineerde leefstijlinterventie betrokken zijn, volgens de (contract)afspraken die hij met hen heeft gemaakt.
 - b. Uitvoerende zorgaanbieder
Indien sprake is van onderlinge dienstverlening, dient de uitvoerende zorgaanbieder die de (deel)prestatie levert deze uitsluitend in rekening te brengen bij de opdrachtgevende zorgaanbieder die de prestatie(s) gecombineerde leefstijlinterventie declareert bij de patiënt of zorgverzekeraar.

Artikel 6 Transparantievoorschriften

De zorgaanbieder informeert de consument tijdig en zorgvuldig over de tarieven die zij voor de prestaties in rekening brengt.



Artikel 7 Verantwoordelijkheid

1. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de goede opvolging van de in deze nadere regel genoemde bepalingen.
2. Indien een zorgaanbieder in loondienst is, draagt de werkgever zorg voor uitvoering van de in deze nadere regel genoemde bepalingen.

Artikel 8 Intrekken oude regeling

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de regeling gecombineerde leefstijlinterventie, met kenmerk NR/REG-2204, ingetrokken.

Artikel 9 Toepasselijkheid voorgaande regeling, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel

Toepasselijkheid voorafgaande regeling

De regeling gecombineerde leefstijlinterventie, met kenmerk NR/REG-2204, blijft van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van zorgaanbieders die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en die zijn aangevangen – en al dan niet beëindigd – in de periode dat die regeling gold.

Inwerkingtreding en bekendmaking

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2023.

Deze regeling wordt bekendgemaakt door plaatsing in de Staatscourant op grond van artikel 5, aanhef en onder d, van de Bekendmakingswet. De regeling ligt ter inzage bij de NZa en is te raadplegen op www.nza.nl.

Citeertitel

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling gecombineerde leefstijlinterventie.

Ondertekening

*De Nederlandse Zorgautoriteit,
M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur*



TOELICHTING

Algemeen

De regeling gecombineerde leefstijlinterventie beschrijft algemene administratie-, declaratie- en transparantieplichtingen die gelden voor alle aanbieders van de GLI. Hierin beschrijft de NZa welke voorwaarden, voorschriften en beperkingen zorgaanbieders in acht moeten nemen bij de administratie en declaratie van de GLI. Indien zorgaanbieders die onder de reikwijdte van deze regeling vallen zich niet aan deze regels houden, kan de NZa op grond van hoofdstuk 6 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) handhavende maatregelen nemen.

Artikelsgewijs

Artikel 3 Reikwijdte

De regeling bevat administratie-, declaratie- en transparatievoorschriften voor zorgaanbieders die een gecombineerde leefstijlinterventie leveren zoals omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Artikel 4 Administratievoorschriften

Artikel 36, eerste lid, van de Wmg regelt dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars een administratie voeren en waaruit deze administratie in ieder geval moet bestaan. Onverminderd artikel 36, eerste lid, van de Wmg worden in deze regeling nadere regels gesteld ten aanzien van de administratie van zorgaanbieders.

Met het oog op kostenonderzoek en de doorontwikkeling van de bekostiging vindt de NZa het belangrijk om te monitoren op welke wijze de zorg wordt geleverd. De zorgaanbieder registreert om die reden alle contactmomenten met de patiënt en het aantal deelnemers aan groepsbijeenkomsten.

Artikel 5, eerste lid (AGB-code)

Bij de declaratie moet een Algemeen Gegevens Beheer-(AGB-)code vermeld worden. AGB-codes worden op verschillende niveaus afgegeven. Zo zijn er AGB-codes voor zorginstellingen maar ook voor individuele zorgaanbieders. Bij de declaratie gaat het om de AGB-code op het hoogste aggregatieniveau, ofwel de AGB-code van de zorgaanbieder (zijnde een individu of een organisatie) die de prestaties voor de onder artikel 1 van deze regeling genoemde zorg declareert.

Artikel 5, vierde lid (contact)

Per prestatie heeft minimaal één contact tussen de zorgaanbieder en de patiënt plaatsgevonden. Dit kan fysiek face-to-face contact zijn maar ook contact via een beeldverbinding indien de zorgverlening zowel zorginhoudelijk als qua tijdsbesteding vergelijkbaar is met het fysiek face-to-face contact. De voorwaarde van contact via een beeldverbinding is dat het doel van de GLI nog steeds bereikt wordt en de zorg gelijkelijk effectief is.

Het is uitdrukkelijk de intentie dat patiënten het gehele zorgprogramma doorlopen, dus zowel de behandelfase als de onderhoudsfase. Indien de patiënt ervoor kiest om het programma niet volledig te doorlopen, kan een prestatie in rekening worden gebracht als er minimaal één contact, zoals een groepsbijeenkomst of een individueel consult, heeft plaatsgevonden. Concreet betekent dit dat als een patiënt gedurende een kwartaal stopt, de prestatie behorende bij dit kwartaal nog door de zorgaanbieder in rekening mag worden gebracht, mits een contact heeft plaatsgevonden. De prestatie kan in rekening worden gebracht als de prestatie is afgerond. Dit betekent dat indien de patiënt het programma niet volledig heeft doorlopen en stopt met de GLI, en er gedurende een kwartaal minimaal één contact heeft plaatsgevonden tussen de zorgaanbieder en de patiënt, de zorgaanbieder aan het einde van het kwartaal de prestatie in rekening kan brengen. Uiteraard is het de zorgaanbieder niet toegestaan na uitval van de patiënt volgende prestaties (kwartalen) in rekening te brengen.

Artikel 5, vijfde lid (prestaties binnen een zorgprogramma)

De GLI kent een maximumtarief voor het gehele traject. Het traject start met een intake, daarna start het zorgprogramma. De bekostiging van het zorgprogramma is onderverdeeld in verschillende prestatiebeschrijvingen, te weten: de behandelfase per kwartaal en de onderhoudsfase per kwartaal. Beiden kunnen maximaal 4 keer in rekening worden gebracht per patiënt per GLI. Dit sluit aan bij de doorlooptijd van de behandelfase en de onderhoudsfase zoals is opgenomen in de Zorgstandaard Obesitas. Het kan in de praktijk voorkomen dat een aanbieder van de GLI andere doorlooptijden voor



behandeling en onderhoud hanteert dan in de Zorgstandaard Obesitas opgenomen. De zorgaanbieder dient ook in die situatie de prestaties behandelfase per kwartaal en onderhoudsfase per kwartaal beiden vier keer in volgorde te declareren met inachtneming van een totale doorlooptijd van minimaal 24 maanden. Gelet op het grote aantal verschillende GLI's is het niet mogelijk voor elke GLI aparte prestatiebeschrijvingen met bijbehorende maximumtarieven vast te stellen. Het voorgaande betekent dat indien een effectief zorgprogramma een behandelfase van 8 maanden en een onderhoudsfase van 16 maanden kent, de zorgaanbieder, ondanks de andere benaming in het specifieke zorgprogramma, vier keer de prestatie behandelfase per kwartaal en vier keer de onderhoudsfase per kwartaal in rekening dient te brengen (en dus niet twee keer de prestatie behandelfase per kwartaal en zes keer de prestatie onderhoudsfase per kwartaal).

Indien er langer zorg nodig is, maakt dit ook onderdeel uit van het zorgprogramma. Dit betekent echter niet dat een extra prestatie in rekening kan worden gebracht. Per GLI kan maximaal een keer de prestatie intake, vier keer de prestatie behandelfase en vier keer de prestatie onderhoudsfase in rekening worden gebracht. Dit betekent niet dat per patiënt slechts een keer in zijn leven een GLI mag worden gedeclareerd. Er kan geen algemene regel worden geformuleerd hoe vaak een GLI per patiënt in zijn leven mag worden gedeclareerd, dit is afhankelijk van de specifieke situatie en motivatie van de patiënt en zal per geval moeten worden beoordeeld.

Artikel 6 Transparantievoorschriften

De zorgaanbieder informeert de consument tijdig en zorgvuldig over of de gecombineerde leefstijl-interventie voor vergoeding vanuit de basisverzekering in aanmerking komt, en over de tarieven die zij voor de prestaties in rekening brengt.