



Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor extramurale diëtetiek, Nederlandse Zorgautoriteit

BR/REG-23105

Vastgesteld op 25 januari 2022

Gelet op artikel 57, eerste lid, onderdelen 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.

Gelet op artikel 59 aanhef en onder b, van de Wmg heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 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 aanwijzingen op grond van artikel 7 van de Wmg, aan de NZa gegeven.

Artikel 1 Doel van de beleidsregel

Het doel van deze beleidsregel is om vast te leggen op welke wijze de NZa gebruik maakt van haar bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen op het gebied van extramurale diëtetiek.

Artikel 2 Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op diëtetische zorg 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 diëtetische zorg, uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van personen, ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) of door personen als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Deze beleidsregel is niet van toepassing op diëtetiek als intramuraal geleverde prestatie dan wel als onderdeel daarvan.

Artikel 3 Prestatiebeschrijvingen

In het kader van deze beleidsregel worden de volgende prestatiebeschrijvingen onderscheiden:

- a. Screening: beoordelen of een patiënt in aanmerking komt voor dieetadvisering
- b. Intake en onderzoek na screening: uitvoeren van een diëtetisch onderzoek en opstellen dieet- of voedingsadvies na screening
- c. Screening, intake en onderzoek: beoordelen of een patiënt in aanmerking komt voor dieetadvisering, uitvoeren diëtetisch onderzoek en opstellen behandelplan bij een patiënt zonder verwijzing
- d. Intake en onderzoek na verwijzing: uitvoeren van een diëtetisch onderzoek en opstellen behandelplan na verwijzing
- e. Individuele zitting diëtetiek
- f. Groepszitting voor behandeling van twee personen
- g. Groepszitting voor behandeling van drie personen
- h. Groepszitting voor behandeling van vier personen
- i. Groepszitting voor behandeling van vijf tot en met tien personen
- j. Groepszitting voor behandeling van meer dan tien personen
- k. Individueel dieetvoorschrift
- l. Toeslag voor zorg aan huis
- m. Toeslag voor zorg in een instelling
- n. Meekijkconsult: inroepen van deskundigheid van een andere zorgverlener
- o. Onderlinge dienstverlening
- fp. Facultatieve prestatie

¹ Het betreft hier de handelingen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, onder 2°, van de Wmg.

² Het betreft hier de werkzaamheden als bedoeld in artikel 2, eerste lid, onderdeel c, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG.

Artikel 4 Specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen

Ad a) Screening: beoordelen of een patiënt in aanmerking komt voor dieetadvisering

De screening bij directe toegang is een kort contact tussen de zorgverlener en de patiënt die zonder verwijzing van een arts naar de zorgverlener gaat. Gedurende de screening inventariseert de zorgverlener de zorgvraag, bepaalt of er een indicatie is voor diëtetiek en verder onderzoek noodzakelijk is, gaat na of er geen contra-indicaties zijn en informeert/adviseert de patiënt.

Ad b) Intake en onderzoek na screening: uitvoeren van een diëtetisch onderzoek en opstellen dieet-of voedingsadvies na screening

Tijdens de intake en onderzoek na screening voert de zorgverlener bij een nieuwe indicatie een intake en diëtetisch onderzoek uit en stelt een behandelplan op. De zorgverlener informeert/adviseert de patiënt.

Ad c) Screening, intake en onderzoek: beoordelen of een patiënt in aanmerking komt voor dieetadvisering, uitvoeren diëtetisch onderzoek en opstellen behandelplan bij een patiënt zonder verwijzing

Tijdens de screening, intake en onderzoek voert de zorgverlener bij een patiënt met een nieuwe indicatie, die zonder verwijzing van een arts naar de zorgverlener gaat, een screening, intake en een diëtetisch onderzoek uit op één dag en stelt een behandelplan op. De zorgverlener informeert/adviseert de patiënt.

Ad d) Intake en onderzoek na verwijzing: uitvoeren van een diëtetisch onderzoek en opstellen behandelplan na verwijzing

Tijdens de intake en onderzoek na verwijzing voert de zorgverlener bij een nieuwe indicatie een intake en onderzoek uit en stelt een behandelplan op. De zorgverlener informeert/adviseert de patiënt. De patiënt is verwezen door een arts (of onder verantwoordelijkheid van een arts) of de regiebehandelaar in het kader van de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp). Intake en onderzoek na verwijzing kan alleen in rekening worden gebracht indien voor dezelfde aandoening geen screening bij directe toegang heeft plaatsgevonden.

Ad e) Individuele zitting diëtetiek

De individuele zitting diëtetiek is een onafgebroken tijdspanne, waarin de zorgverlener de patiënt één-op-één voor één of meerdere aandoeningen begeleidt, adviseert en/of behandelt ongeacht inhoud van de behandeling.

Ad f, g, h, i) Groepszitting voor behandeling van twee, drie, vier of vijf tot en met tien personen

De groepszitting voor behandeling van twee, drie, vier of vijf tot en met tien personen betreft een prestatie per patiënt. Voor de berekening van de op de nota te vermelden behandel tijd en het tarief per patiënt wordt de totaal bestede behandel tijd voor groepsbehandeling gedeeld door het aantal deelnemers in de groep, afgerond op rekenkundige eenheden van een kwartier (vijftien minuten). Groepsbehandeling heeft in dit individuele geval meerwaarde, aangezien de patiënt in kwestie zo langduriger per behandeling kan worden belast en begeleid en/of door het lotgenotencontact. Er is sprake van een groepsbehandeling indien meerdere personen tegelijkertijd starten met de zitting bij één behandelaar.

De complexiteit van de zorgvraag en de benodigde individuele aandacht bepalen de grootte van de groep. Deze prestatie kan alleen in rekening worden gebracht indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- de nadere indicatiestelling "groepsbehandeling" geschiedt door de zorgverlener in overleg met de patiënt en/of verwijzer;
- er is minimaal een intake en onderzoek vooraf gegaan aan de groepszitting;
- de behandelruimte(n) en de gebruikte materialen dienen geschikt te zijn voor de te geven behandeling van de doelgroep;
- de groep bestaat uit patiënten met een zo groot mogelijke homogeniteit in relatie tot de zorgzwaarte en indien mogelijk tot de medische diagnose.

Ad j) Groepszitting voor behandeling van meer dan tien personen

De groepszitting voor behandeling van meer dan tien personen betreft een prestatie per patiënt. Voor de berekening van de op de nota te vermelden behandel tijd en tarief per patiënt wordt de totaal

bestede behandeltime voor groepsbehandeling gedeeld door het aantal deelnemers in de groep, afgerond op rekenkundige eenheden van een kwartier (vijftien minuten).

Bij de groepszitting voor behandeling van meer dan tien personen gaat het om begeleiding en activering. De rol van de zorgverlener is coachend en de deelnemer is meer op zichzelf aangewezen dan in de groepszitting van twee tot en met tien personen. De behandelruimte(n) en de gebruikte materialen dienen geschikt te zijn voor de te geven behandeling van de doelgroep. Er is sprake van een groepsbehandeling indien meerdere personen tegelijkertijd starten met de zitting bij één behandelaar.

Ad k) Individueel dieetvoorschrift

Het opstellen van een individueel dieetvoorschrift bestaat uit de volgende werkzaamheden:

- analyse van voedingskundige, diëtetische, medische en verpleegkundige gegevens;
- het opstellen van een persoonlijk dieetadvies.

De patiënt is niet aanwezig bij het opstellen van het individueel dieetvoorschrift door de zorgverlener. Het opstellen van een individueel dieetvoorschrift kan in rekening worden gebracht indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- er is sprake van een bestaande behandelrelatie met de patiënt;
- de patiënt is geïnformeerd over de doestelling van het individueel dieetvoorschrift;
- de patiënt is uitdrukkelijk geïnformeerd over de kosten die verbonden zijn aan het individueel dieetvoorschrift;
- het opgestelde dieetvoorschrift is een individueel voorschrift dat specifiek is opgesteld voor de betreffende patiënt;
- de tijd wordt gedeclareerd in eenheden van vijftien minuten.

Ad l) Toeslag voor zorg aan huis

In het geval de zorgverlener de patiënt thuis behandelt, kan een toeslag voor zorg aan huis in rekening worden gebracht ter compensatie van tijd en reiskosten, indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- de behandeling vindt plaats bij de patiënt thuis, niet zijnde een instelling als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen;
- de toeslag kan per patiënt per dag slechts eenmaal in rekening worden gebracht tenzij er een medische noodzaak is de patiënt meerdere keren op één dag aan huis te behandelen en er dan ook meerdere keren reistijd en reiskosten gemaakt worden.

Ad m) Toeslag voor zorg in een instelling

In het geval de zorgverlener de patiënt in een instelling als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen behandelt, kan een toeslag voor zorg in een instelling in rekening worden gebracht ter compensatie van tijd en reiskosten, indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- de behandeling vindt in een instelling als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen plaats;
- de toeslag kan per patiënt per dag slechts eenmaal in rekening worden gebracht tenzij er een medische noodzaak is de patiënt meerdere keren op één dag in een instelling te behandelen en er dan ook meerdere keren reistijd en reiskosten gemaakt worden;
- deze prestatie mag alleen in rekening worden gebracht wanneer er daadwerkelijk reistijd en reiskosten naar de instelling gemaakt worden voor behandeling van de patiënt.

Ad n) Meekijkconsult: inroepen van deskundigheid van een andere zorgverlener

Met de prestatie meekijkconsult wordt de zorgverlener werkzaam in de eerste lijn de mogelijkheid geboden om tijdens een behandeltraject de expertise van een andere zorgverlener in te roepen. Dit kan zowel een medisch specialist zijn als een andere zorgverlener in het zorgveld (bijvoorbeeld in de eerste lijn). De zorgverlener in de eerste lijn die expertise inroept, blijft tijdens het meekijkconsult de hoofdbehandelaar.

Het doel van de prestatie meekijkconsult is zorg op de juiste plek te bevorderen. Zorg in de tweede lijn kan hiermee bijvoorbeeld worden voorkomen.

Er geldt een contractvereiste voor het in rekening brengen van onderhavige prestatie. In het contract dat wordt afgesloten tussen de zorgverzekeraar van de patiënt en de zorgverlener in de eerste lijn kunnen nadere afspraken worden gemaakt over de scope, voorwaarden en hoogte van de vergoeding van de prestatie.

De zorgverlener in de eerste lijn kan de prestatie meekijkconsult declareren bij de zorgverzekeraar van de patiënt. De andere zorgverlener die is ingeroepen in verband met zijn/haar expertise, kan deze inzet declareren bij de zorgverlener in de eerste lijn door middel van de prestatie onderlinge dienstverlening.

Ad o) Onderlinge dienstverlening

Onderlinge dienstverlening betreft de levering van een (deel)prestatie of van een geheel van prestaties op het gebied van extramurale diëtetiek door een 'andere zorgverlener' in opdracht van een 'zorgverlener'. De andere zorgverlener wordt in dit kader ook wel aangeduid als de 'uitvoerende zorgverlener'. De zorgverlener wordt in dit kader ook wel aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgverlener'.

Ad fp) Facultatieve prestatie

De NZa kan een prestatiebeschrijving vaststellen voor de in artikel 2 aangeduide zorg die afwijkt van de hiervoor vermelde prestatiebeschrijvingen, indien tenminste één zorgverlener 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 zorgverlener indien hier een schriftelijke overeenkomst met een ziektekostenverzekeraar aan ten grondslag ligt.

Aanvraagprocedure

1. De aanvraag dient:
 - schriftelijk te worden ingediend;
 - door zorgverlener 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 vier weken na ontvangst van de schriftelijke aanvraag een besluit nemen.

Artikel 5 Algemene bepalingen

1. De patiënt moet vooraf geïnformeerd zijn over het doel, de kosten en de inhoud van elke prestatie alsmede over het feit dat er, gezien onderstaande uitzonderingen, meerdere prestaties op één dag gedeclareerd kunnen worden.
2. Patiëntgerichte werkzaamheden, zoals verslaglegging, communicatie en correspondentie, zowel mono- als multidisciplinair, maken onderdeel uit van de zitting/behandeling. Indirecte tijd kan derhalve niet in rekening worden gebracht bij de patiënt en/of bij de verzekeraar, met uitzondering van de tijd die gemoeid gaat met het opstellen van het individueel dieetvoorschrift (prestatie k).
3. De prestaties diëtetiek (met uitzondering van de toeslagen l en m) worden in tijdseenheden van 15 minuten gedeclareerd. Dit betekent dat de behandeltime dient te worden afgerond naar het dichtstbijzijnde veelvoud van 15 minuten. De afronding van de behandeltime mag niet uitkomen op minder dan 15 minuten.
4. Elk behandeltraject start met de prestatie:
 - Screening: beoordelen of een patiënt in aanmerking komt voor dieetadvies (prestatie a), gevolgd door Intake en onderzoek na screening: uitvoeren van een diëtetisch onderzoek en opstellen dieet- of voedingsadvies na screening (prestatie b); of
 - Screening, intake en onderzoek: beoordelen of een patiënt in aanmerking komt voor dieetadvies, uitvoeren diëtetisch onderzoek en opstellen behandelplan bij een patiënt zonder verwijzing (prestatie c); of
 - Intake en onderzoek na verwijzing: uitvoeren van een diëtetisch onderzoek en opstellen behandelplan na verwijzing (prestatie d).
5. Per dag kan per patiënt één prestatie in rekening gebracht worden. Hierop gelden de onderstaande uitzonderingen:
 - a. De volgende prestaties of een combinatie van deze prestaties kunnen wel meerdere keren per dag in rekening gebracht worden indien er een medische noodzaak bestaat voor meerdere prestaties op één dag, gesteld door een arts of de regiebehandelaar in het kader van de ggz:
 - Individuele zitting diëtetiek (prestatie e);

- Groepszitting voor behandeling van twee personen (prestatie f);
- Groepszitting voor behandeling van drie personen (prestatie g);
- Groepszitting voor behandeling van vier personen (prestatie h);
- Groepszitting voor behandeling van vijf tot en met tien personen (prestatie i);
- Groepszitting voor behandeling van meer dan tien personen (prestatie j);
- b. Wanneer een patiënt één of meerdere zorgvragen heeft, waaruit verschillende behandeltrajecten met een bij het behandeltraject behorend behandelplan voortvloeien;
- c. De prestatie 'individueel dieetvoorschrift' (prestatie k) kan in combinatie met andere prestaties worden gedeclareerd;
- d. De prestaties:
 - Intake en onderzoek na screening: uitvoeren van een diëtetisch onderzoek en opstellen dieet- of voedingsadvies na screening (prestatie b);
 - Screening, intake en onderzoek: beoordelen of een patiënt in aanmerking komt voor dieetadviesing, uitvoeren diëtetisch onderzoek en opstellen behandelplan bij een patiënt zonder verwijzing (prestatie c); en
 - Intake en onderzoek na verwijzing: uitvoeren van een diëtetisch onderzoek en opstellen behandelplan na verwijzing (prestatie d),kunnen op dezelfde dag met de navolgende prestaties worden gedeclareerd:
 - Individuele zitting diëtetiek (prestatie e);
 - Individueel dieetvoorschrift (prestatie k);
- e. De prestaties:
 - Toeslag voor zorg aan huis (prestatie l);
 - Toeslag voor zorg in een instelling (prestatie m);kunnen alleen in combinatie met één van de volgende prestaties in rekening worden gebracht:
 - Screening: beoordelen of een patiënt in aanmerking komt voor dieetadviesing (prestatie a);
 - Intake en onderzoek na screening: uitvoeren van een diëtetisch onderzoek en opstellen dieet- of voedingsadvies na screening (prestatie b);
 - Screening, intake en onderzoek: beoordelen of een patiënt in aanmerking komt voor dieetadviesing, uitvoeren diëtetisch onderzoek en opstellen behandelplan bij een patiënt zonder verwijzing (prestatie c);
 - Intake en onderzoek na verwijzing: uitvoeren van een diëtetisch onderzoek en opstellen behandelplan na verwijzing (prestatie d);
 - Individuele zitting diëtetiek (prestatie e);
- f. Indien de zorgverlener en zorgverzekeraar het wenselijk achten dat de prestatie 'Facultatieve prestatie' (prestatie fp) gezamenlijk met andere prestaties in rekening kan worden gebracht, dienen zij dit in een overeenkomst vast te leggen.

Artikel 6 Tarieven

Voor de prestaties zoals vastgelegd in deze beleidsregel gelden vrije tarieven.

Artikel 7 Intrekking oude beleidsregel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor extramurale diëtetiek, met kenmerk BR/REG-22110, ingetrokken.

Artikel 8 Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel

Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel

De Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor extramurale diëtetiek, met kenmerk BR/REG-22110, 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.

Inwerkingtreding / Bekendmaking

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2023. Ingevolge artikel 5, aanhef en onder e, van de Bekendmakingswet, zal deze beleidsregel in de Staatscourant worden geplaatst. De beleidsregel ligt ter inzage bij de NZa en is te raadplegen op www.nza.nl.

Citeertitel

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als: Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor extramurale diëtetiek.



TOELICHTING

Regelgeving NZa

Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg):

- stelt de NZa beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om prestatiebeschrijvingen en tarieven vast te stellen;
- stelt de NZa beschikkingen vast ten behoeve van het rechtsgeldig in rekening kunnen brengen van een tarief;
- kan de NZa nadere regels stellen.

Voor de paramedische zorg is vastgesteld dat er vrije tarieven gelden. De NZa stelt dus voor de paramedische zorg geen tarieven vast. De NZa heeft hiervoor een aanwijzing ontvangen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

In deze beleidsregel wordt deze bevoegdheid concreet uitgewerkt in beleid voor wat betreft de diëtetische zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

Op basis van de uitgangspunten beschreven in deze beleidsregel stelt de NZa prestaties met vrije tarieven vast in een beschikking. Deze prestaties met vrije tarieven worden vastgesteld in de 'Prestatiebeschrijvingbeschikking extramurale diëtetiek'. In deze beschikking worden nadere voorwaarden, voorschriften en beperkingen gesteld aan de declaratie van bepaalde prestaties. Zorgaanbieders mogen geen tarief voor een prestatie in rekening brengen waarvoor de NZa geen prestatiebeschrijving heeft vastgesteld.

De nadere regel 'Regeling paramedische zorg' beschrijft daarnaast algemene registratie-, declaratie- en transparantievoorschriften die bindend zijn voor alle aanbieders van paramedische zorg zoals omschreven in de reikwijdte van deze beleidsregel.

Hieronder volgt een algemene en een artikelsgewijze toelichting. Deze bevatten een nadere uitleg van deze beleidsregel.

Algemeen

Zorgverlener

In overleg met veldpartijen wordt in deze beleidsregel gesproken over zorgverlener of zorgaanbieder. Zorgaanbieder wordt in de Wmg gedefinieerd als:

- 1 de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent;
- 2 de natuurlijke persoon of rechtspersoon voor zover deze tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met het verlenen van zorg door een zorgaanbieder als bedoeld onder 1.³

De zorgverlener betreft de natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent.

Digitale zorg

De prestatiebeschrijvingen van de NZa zijn functioneel omschreven. Dit betekent dat de zorg zelf wordt omschreven, maar dat niet wordt voorgeschreven wie de zorg levert, of waar de zorg moet worden geleverd. Dit biedt zorgaanbieders en zorgverzekeraars ruimte om eigen keuzes te maken over de inzet van vormen van digitale zorg. Het staat zorgaanbieders binnen de bestaande prestaties (bijvoorbeeld de reguliere zitting) vrij om hun zorgproces te veranderen door bijvoorbeeld face-to-face contact gedeeltelijk te vervangen door digitale zorg op afstand, of om digitale zorg als aanvulling op de behandeling aan te bieden. Dit is mogelijk zonder dat de bestaande prestaties gewijzigd moeten worden.

Of digitale zorg geleverd kan worden, is in de meeste gevallen ter beoordeling aan de zorgaanbieder. Een belangrijk wettelijk kader is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). De Wkkgz omschrijft normen voor het aanbieden van goede zorg die van goede kwaliteit en van goed niveau moet zijn. Per zorgvraag en situatie moet hieraan invulling worden gegeven door de zorgaanbieder.

³ Artikel 1, eerste lid, onderdeel c, van de Wmg.



Voorwaarde voor het declareren van de digitale zorg is wel dat de zorg op afstand inhoudelijk vergelijkbaar is met de reguliere zorgverlening.

Daarnaast zijn er digitale zorgtoepassingen. Deze ondersteunen meestal de primaire zorgverlening aan de patiënt. Een toepassing is dus op zichzelf meestal geen zorg in de zin van de Wmg. Dat betekent dat zorgaanbieders de kosten die zij maken voor deze digitale zorgtoepassingen in de regel niet afzonderlijk in rekening kunnen brengen maar dat deze kosten worden geacht te zijn verdisconteerd in de tarieven.

Meer informatie over digitale zorg is te vinden in de NZa 'Wegwijzer bekostiging digitale zorg'.

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)

Met ingang van 1 januari 2021 is de gehele gzsp, waaronder de paramedische zorg voor deze patiëntgroepen, overgeheveld vanuit de extramurale subsidieregeling naar de Zvw. De 'geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen' wordt gedefinieerd als: generalistische geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen in de eerste lijn bij of krachtens de Zvw.

Declaratie van zorg aan gzsp-patiënten

De paramedische zorg aan gzsp-patiënten kenmerkt zich doordat er voor de paramedische zorg aan de patiënt een regiebehandelaar is aangesteld. De regiebehandelaar is een functionaris die verantwoordelijk is voor het in multidisciplinair verband uitvoeren van het behandelplan. Dit betekent dat de regiebehandelaar zorginhoudelijk in staat moet zijn om, in samenwerking met andere zorgverleners, de zorgbehoefte van de patiënt te bepalen en te omschrijven in het behandelplan. De regiebehandelaar moet het behandelplan kunnen aanpassen aan mogelijke veranderingen in de zorgbehoefte. De regiebehandelaar zal, indien paramedische zorgverlening noodzakelijk is in het kader van de gzsp-behandeling voor de patiënt, deze paramedische zorg opnemen in het behandelplan. Wanneer de paramedische zorg aan de patiënt niet is opgenomen in het behandelplan van de regiebehandelaar, is er geen sprake van paramedische zorg in het kader van de gzsp. Dit onderscheid is van belang voor de declaratie van de zorg.

Wanneer de paramedische zorg integraal wordt geleverd als onderdeel van zorg in een groep voor gzsp-patiënten, wordt gebruik gemaakt van de prestaties zoals omschreven in de Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen.

Voor zover de paramedische zorg in het kader van de gzsp-behandeling niet integraal als onderdeel van zorg in een groep wordt geleverd, wordt voor de declaratie van de zorg gebruik gemaakt van de prestaties in deze beleidsregel.

Als paramedische zorg in het kader van de gzsp-behandeling wordt geleverd dan geldt voor de declarerende zorgaanbieder zowel de Regeling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen als de Regeling paramedische zorg. Dit betekent dat er een aanvullende eis geldt voor zorgaanbieders om paramedische zorg in het kader van de gzsp behandeling in rekening te brengen, namelijk de vermelding van de AGB-code van de regiebehandelaar op de factuur.

Artikelsgewijs

Prestaties voor screening, intake en onderzoek (prestaties a t/m d)

Een behandeltraject start met een zorgvraag waarvoor de patiënt zich bij de zorgverlener meldt. De zorgverlener inventariseert of er een indicatie is voor diëtetiek en of verder onderzoek nodig is. Vervolgens voert de zorgverlener bij een nieuwe indicatie voor diëtetiek een intake en onderzoek uit en stelt een behandelplan op. De start van het behandeltraject voor de zorgvraag wordt in rekening gebracht via de prestaties voor screening, intake en onderzoek.

Op basis van de vraag of er sprake is van een doorverwijzing van de patiënt door een arts (of onder verantwoordelijkheid van een arts) of van een overdracht (door een andere diëtist) wordt bepaald welke prestaties in rekening mogen worden gebracht. Bij een doorverwijzing is dit de prestatie voor intake en onderzoek na verwijzing (prestatie d). Bij een overdracht zijn dat de prestaties voor screening, intake en onderzoek (prestaties a tot en met c).

Het opstellen van het behandelplan is onderdeel van de prestatie, maar hoeft niet op de dag dat de screening, intake en onderzoek heeft plaatsgevonden ook afgerond te zijn. Dit mag ook op een later moment.

Een onafhankelijke beoordeling van een lichamelijke klacht door een andere zorgaanbieder dan de zorgaanbieder waar de patiënt onder behandeling is, ook wel een second opinion genaamd, kan in rekening worden gebracht via de prestaties voor screening, intake en onderzoek (prestatie 'screening: beoordelen of een patiënt in aanmerking komt voor dieetadvisering', 'intake en onderzoek na screening: uitvoeren van een diëtetisch onderzoek en opstellen dieet- of voedingsadvies na screening', 'screening, intake en onderzoek: beoordelen of een patiënt in aanmerking komt voor dieetadvisering, uitvoeren diëtetisch onderzoek en opstellen behandelplan bij een patiënt zonder verwijzing' en/of 'intake en onderzoek na verwijzing: uitvoeren van een diëtetisch onderzoek en opstellen behandelplan na verwijzing').

Prestaties groepszitting (prestaties f t/m j)

De prestaties groepszitting worden gebruikt om de zorg in rekening te brengen voor de behandeling van een patiënt in een groep van patiënten. Met de term groepszitting wordt de prestatiebeschrijving bedoeld en met de term groepsbehandeling wordt de geleverde zorg omschreven.

De groepszitting begint voor iedere deelnemer van de groep op de dag van de groepszitting op hetzelfde tijdstip, ter voorkoming dat voor iedere deelnemer een individuele zitting wordt gedeclareerd. De samenstelling van patiënten in een groepszitting kan per keer verschillen. Ook de zorgverlener kan per groepszitting verschillen.

Toeslag voor zorg aan huis en in een instelling (prestatie l en m)

De toeslagen voor zorg aan huis en in een zijn ter compensatie van tijd en reiskosten naar de patiënt.

Wanneer voor een patiënt meerdere prestaties op één dag mogen worden gedeclareerd (zie artikel 5 onder 5), mag de toeslag maar éénmaal in rekening worden gebracht wanneer deze prestaties aansluitend worden uitgevoerd.

De toeslag voor zorg in een instelling is voor de situaties waarin de paramedische behandeling plaatsvindt binnen de muren van een instelling als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen. De toeslag kan onder de omschreven voorwaarden in rekening worden gebracht. De toeslag kan per patiënt in rekening worden gebracht, ook als patiënten in een instelling op hetzelfde adres wonen. Paramedische zorgverleners die hun behandeling binnen de muren van de instelling uitvoeren en buiten het woon-werkverkeer geen reistijd en reiskosten maken voor behandeling van de patiënt in de instelling, kunnen deze toeslag niet in rekening brengen.

Meekijkconsult: inroepen van deskundigheid van een andere zorgverlener (prestatie n)

Met de prestatie meekijkconsult wordt de zorgverlener in de eerste lijn de mogelijkheid geboden om tijdens een behandeltraject de expertise in te roepen van andere (eventueel meer gespecialiseerde) zorgverleners. Het doel van het inroepen van deze expertise is zorg op de juiste plek. Door het inroepen van de expertise van een andere zorgverlener kan bijvoorbeeld zorg in de tweede lijn worden voorkomen. Mocht uiteindelijk zorg in de tweede lijn toch nodig zijn, kan de reeds ingeroepen expertise zinnige/doelmatige zorg bevorderen, bijvoorbeeld doordat een kortere behandeling in de tweede lijn nodig is.

De zorgverlener in de eerste lijn is en blijft de hoofdbehandelaar van de patiënt voor wat betreft de paramedische behandeling, ook wanneer de expertise van een andere zorgverlener wordt ingeroepen. De ingeroepen expertise kan zowel afkomstig zijn van een medisch specialist in de tweede lijn als van een andere zorgverlener in het zorgveld (bijvoorbeeld in de eerste lijn).

Er geldt een contractvereiste voor het in rekening kunnen brengen van de prestatie meekijkconsult. Dit contractvereiste geldt vanwege het open karakter van de prestatie. Het open karakter van de prestatie meekijkconsult geeft de ruimte voor initiatieven ter bevordering van doelmatige en zinnige zorg op de juiste plek. In het contract dat wordt afgesloten tussen de zorgverzekeraar van de patiënt en de zorgverlener in de eerste lijn kunnen nadere afspraken worden gemaakt over de scope, voorwaarden en hoogte van de vergoeding van de prestatie meekijkconsult.

Onderlinge dienstverlening (prestatie o)

De zorgverlener in de eerste lijn kan de prestatie meekijkconsult in rekening brengen bij de zorgverzekeraar. Met de vergoeding van de prestatie meekijkconsult kan de zorgverlener in de eerste lijn de inzet van de ingeroepen expertise van de andere zorgverlener bekostigen.



Vervolgens betaalt de zorgverlener in de eerste lijn de inzet van de ingeroepen expertise van de andere zorgverlener.

Voor de onderlinge betaling van de zorgverlener in de eerste lijn aan de andere zorgverlener is op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg een rechtsgeldige declaratietitel benodigd. Om die reden is in de paramedische regelgeving ook de prestatie onderlinge dienstverlening geïntroduceerd.

De andere zorgverlener brengt voor zijn inzet de prestatie onderlinge dienstverlening in rekening. De zorgverlener in de eerste lijn en de andere zorgverlener maken hiervoor een (vrij onderhandelbare) prijsafspraken.

Algemene bepalingen (artikel 5)

Er gelden voorwaarden voor het declareren van dezelfde, of bepaalde combinaties van prestaties op één dag, of een combinatie van een aantal prestaties. De reden van deze beperking is het voorkomen van onjuiste en/of ondoelmatige declaraties.

Uitgangspunt is dat er per cliënt slechts één prestatie per dag in rekening gebracht mag worden.

Hierop gelden een aantal uitzonderingen zoals genoemd in de beleidsregel.

Een uitzondering wordt bijvoorbeeld gemaakt wanneer er een medische noodzaak is de patiënt meerdere keren op één dag te behandelen. Deze medische noodzaak moet worden vastgesteld door een arts of de regiebehandelaar in het kader van de ggzp.

Daarnaast mogen voor een patiënt met één of meerdere zorgvragen, waaruit verschillende behandeltrajecten met een bij het behandeltraject behorend behandelplan voortvloeien, ook meerdere prestaties worden gedeclareerd op één dag (ook zonder medische noodzaak).

Als de patiënt bij de zorgverlener komt met één of meerdere zorgvragen start het behandeltraject met een screening, intake en onderzoek. Wanneer blijkt dat er een indicatie voor diëtetiek is, zal de zorgverlener overgaan tot een intake en diëtetisch onderzoek en stelt de zorgverlener een behandelplan op.

De declaratievoorwaarden waarmee het declareren van dezelfde, of bepaalde combinaties van prestaties op één dag wordt beperkt, gelden:

- wel als er sprake is van één behandeltraject (met bijbehorend behandelplan);
- niet als er sprake is van verschillende behandeltrajecten (met een bij ieder behandeltraject behorend behandelplan).