

Onderwerp:	Uitleg van het begrip “gecoördineerde multidisciplinaire zorg” in de omschrijving van de prestatie dieetadvisering in artikel 2.6 lid 7 Besluit zorgverzekering (Bzv)
Samenvatting:	<p><i>Artikel 2.6 lid 7 Bzv beperkt de prestatie dieetadvisering tot die gevallen waarin zij onderdeel uitmaakt van ‘gecoördineerde, multidisciplinaire zorg aan een verzekerde die lijdt aan een chronische obstructieve longziekte, of aan diabetes of die een cardiovasculair risico heeft’.</i></p> <p>1. Het CVZ concludeert dat het bij ‘gecoördineerde multidisciplinaire zorg’ niet alleen hoeft te gaan om zorg die als ketenzorg gecontracteerd en aangeboden wordt. Het kan in de praktijk gaan om dieetadvisering bij de genoemde aandoeningen die:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> onderdeel is van een keten die integraal gecontracteerd wordt op basis van de Wmg-beleidsregel hiervoor; <input type="checkbox"/> onderdeel is van een keten, waarbinnen de aanbieders ‘los’ gecontracteerd worden. De coördinatie en organisatie wordt via een ‘koptarief’ bekostigd; <input type="checkbox"/> onderdeel is van een informeel samenwerkingsverband, waarbinnen de aanbieders hun zorg rond de patiënt coördineren. <p>2. Voor de uitvoering is het volgende van belang.</p> <p>2a. Dat er sprake is van zorg in verband met één van genoemde aandoeningen, wordt vastgesteld aan de hand van de volgende punten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. er is een verwijzing van de huisarts naar de diëtist; 2. uit de verwijzing blijkt dat het gaat om dieetadvisering in verband met één van de drie genoemde aandoeningen. <p>2b. Criteria voor een informeel samenwerkingsverband zijn in ieder geval:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. verwijzing door de huisarts voor één van genoemde aandoeningen; 2. terugrapportage van de diëtist aan de huisarts. <p>3. Dieetadvisering die geleverd wordt als onderdeel van een ‘informeel samenwerkingsverband’ valt onder het verplichte eigen risico binnen de Zvw</p>
Soort uitspraak:	SpZ= standpunt Zvw
Datum:	1 augustus 2012
Uitgebracht aan:	Zorgverzekeraars, NVD, LHV, VWS, Nza
Zorgvorm	Dieetadvisering

1. Inhoud en omvang van dieetadvisering binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw)

Tot en met 31 december 2011 luidde de prestatie dieetadvisering in het Besluit zorgverzekering (Bzv) als volgt (artikel 2.6, lid 6):

Dieetadvisering omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, zoals diëtisten die plegen te bieden, tot een maximum van vier behandeluren per kalenderjaar.

Sinds 1 januari 2012 is de prestatie dieetadvisering binnen de basisverzekering beperkt en luidt de prestatie als volgt (artikel 2.6, lid 7):

Dieetadvisering omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, zoals diëtisten die plegen te bieden, tot een maximum van vier behandeluren per kalenderjaar, indien de dieetadvisering onderdeel is van de gecoördineerde, multidisciplinaire zorg aan een verzekerde die lijdt aan een chronische obstructieve longziekte, of aan diabetes of die een cardiovasculair risico heeft.

In de praktijk interpreteert men de nieuwe bepaling op uiteenlopende manieren. Daarbij speelt met name de volgende vraag:

Wat betekent het onderdeel 'gecoördineerde, multidisciplinaire zorg aan een verzekerde die lijdt aan een chronische obstructieve longziekte, of aan diabetes of die een cardiovasculair risico heeft' in het huidige artikel 2.6, lid 7, van het Bzv?

2. Artikel 2.6, lid 7, van het Bzv: dieetadvisering als onderdeel van gecoördineerde, multidisciplinaire zorg bij een drietal chronische aandoeningen

Het onderdeel 'gecoördineerde, multidisciplinaire zorg aan een verzekerde die lijdt aan een chronische obstructieve longziekte, of aan diabetes of die een cardiovasculair risico heeft' wordt in de praktijk op uiteenlopende manieren uitgelegd. Zorgverzekeringswet, zorgstandaarden en Wmg-prestatiebeschrijvingen lopen daarbij door elkaar, terwijl doel en werkgebied hiervan niet samenvallen.

Zorgstandaarden bieden een 'raamwerk' voor goede zorg. Een zorgstandaard beschrijft de zorg bij een bepaalde aandoening, de organisatie hiervan en de relevante prestatie-indicatoren. Er zijn zorgstandaarden COPD, diabetes en cardiovasculair risicomangement (CVRM). In zijn rapport *Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties Zvw*¹ heeft het CVZ aangegeven dat de beschreven zorg in de zorgstandaarden niet per se samenvalt met de te verzekeren zorg volgens de Zvw.² De basisverzekering kan meer of minder zorg omvatten bij de aandoening dan de zorgstandaard beschrijft.

De zorgstandaarden vormen niet alleen de basis voor de zorgverlening, zij vormen ook de basis voor de Wmg³-prestatiebeschrijvingen en de bekostiging van de integrale (eerstelijns)zorg bij deze aandoeningen.⁴ Echter, ook de Wmg-prestatiebeschrijving en de te verzekeren prestaties zijn niet synoniem. De Wmg strekt zich uit tot alle zorg die geleverd wordt en niet alleen tot de te verzekeren zorg volgens Zvw (of AWBZ).

¹ Rapport *Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties Zvw*. CVZ. 2009. Publicatienummer 282

² Dit gold met name bij de aandoening diabetes. Bij sommigen leefde de veronderstelling dat artikel 2.6 lid 7 Bzv alleen bedoeld was voor DM 2, omdat de betrokken zorgstandaard zich, aanvankelijk, beperkte tot de zorg voor DM 2 (bij volwassenen). Deze interpretatie is onjuist. Artikel 2.6 lid 7 richt zich op DM 1 en 2, bij volwassenen en kinderen. (De zorgstandaard omvat nu overigens ook de zorg bij DM 1 en voor kinderen).

³ Wet marktordening gezondheidszorg

⁴ Beleidsregel Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD); BR/CU-7056

Uit het voorgaande volgt dat de betekenis van ‘gecoördineerde multidisciplinaire zorg’ binnen de Zvw niet per se samenvalt met de betekenis of reikwijdte die zorgstandaarden of Wmg aan dit begrip geven.

De Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving (Besluit zorgverzekering en Regeling zorgverzekering) bepalen de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties. Als de formulering in de regelgeving niet helder is of voor meerdere uitleggen vatbaar, kunnen andere bronnen behulpzaam zijn bij de uitleg. Het CVZ is echter van mening dat de omschrijving in artikel 2.6 lid 7 Bzv op zich niet tot discussies hoeft te leiden. De discussies vloeien voornamelijk voort uit het feit dat het begrip binnen de verschillende domeinen op uiteenlopende wijzen wordt gebruikt.

Het CVZ legt artikel 2.6 lid 7 Bzv op de volgende manier uit. Het gaat om de ‘zorg zoals diëtisten die plegen te bieden’ als onderdeel van ‘gecoördineerde, multidisciplinaire zorg’ bij ‘chronische obstructieve longziekte, diabetes en cardiovasculair risicomangement’. Het CVZ concludeert het volgende:

1. Alle zorg die de diëtist tot zijn beroepsarsenaal rekent en onder de kwalificatie ‘professioneel juiste zorg’ is te scharen bij de genoemde aandoeeningen, valt onder artikel 2.6, lid 7 van het Bzv. Zo interpreteert het CVZ het begrip plegen te bieden en er is geen reden om dat bij deze bepaling anders te doen.^{5 6 7}
2. Binnen de genoemde aandoeeningen maakt de bepaling geen onderscheid op basis van indicatie, ernst van de aandoening, de oorzaak of een nadere typering.
3. De bepaling geeft wel een nadere verfijning aan: de dieetadvisering moet onderdeel zijn van gecoördineerde, multidisciplinaire zorg bij genoemde aandoeeningen. Het begrip gecoördineerde, multidisciplinaire zorg is op zich echter weer duidelijk genoeg:
 - er is sprake van samenwerking tussen zorgaanbieders uit verschillende disciplines,
en,
 - de samenwerkende zorgaanbieders coördineren hun zorg.⁸

Dit betekent dat het in artikel 2.6 lid 7 Bzv niet per se hoeft te gaan om ‘gecoördineerde multidisciplinaire zorg’ die als ketenzorg gecontracteerd en aangeboden wordt.

Het kan in de praktijk gaan om dieetadvisering bij de genoemde aandoeeningen die:

- onderdeel is van een keten die integraal gecontracteerd wordt via de Wmg-beleidsregel hiervoor;
- onderdeel is van een keten, waarbinnen de aanbieders ‘los’ gecontracteerd worden. De coördinatie en organisatie wordt via een ‘koptarief’ bekostigd;
- onderdeel is van een informeel samenwerkingsverband, waarbinnen de aanbieders hun zorg rond de patiënt coördineren.

In het laatste geval spreken we van een ‘informeel samenwerkingsverband’. Uit de aard van het samenwerkingsverband volgt, dat we niet kunnen aangeven aan welke vereisten het moet voldoen. Aan een informeel samenwerkingsverband kun je tenslotte niet de

⁵ Zie hiervoor: *Betekenis en beoordeling criterium plegen te bieden. CVZ. 2008. publicatienr. 268*

⁶ Een beperking hierop kan eventueel nog wel voortvloeien uit andere wettelijke voorwaarden zoals ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Zie artikel 2.1, lid 2, van het Bzv: De inhoud en omvang van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

⁷ De beroepsgroep hanteert de volgende definitie voor ‘dieetadvisering’:

Dieetbehandeling 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 door voeding beïnvloedbare stoornissen, beperkingen of participatieproblemen. Zie hiervoor: *Artsenwijzer Diëtetiek*. NVD. 2010. In deze Artsenwijzer zijn richtlijnen voor de werkwijze van de diëtist opgenomen.

⁸ Zie hiervoor ook de uitspraak van de voorzieningenrechter Rechtbank 's-Gravenhage in het kort geding van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten tegen de Staat (413984 / KG ZA 12-201, uitspraak d.d. 20 maart 2012), waar het gaat over de interpretatie van ‘gecoördineerde, multidisciplinaire zorg’:

4.20 (...) Daar komt bij dat moet worden aangenomen dat aan de hand van dat begrip duidelijk (genoeg) is aangegeven dat er sprake moet zijn van zorgverlening door verscheidene zorgaanbieders ten aanzien waarvan – met het oog op de onderlinge samenwerking – een coördinator optreedt. (...)

voorwaarde van een contract stellen. Het is aan de zorgaanbieders om duidelijk te maken hoe zij samenwerken bij de zorg rondom de patiënt en hoe zij deze zorg coördineren. Criteria hiervoor zijn in ieder geval een verwijzing in verband met één van de genoemde aandoeningen door de huisarts én een teruggportage door de diëtist.

3. Welke verzekerden zijn 'redelijkerwijze aangewezen' op dieetadvisering

Het is nog wel goed erop te wijzen dat onze uitleg van art. 2.6 lid 7 Bzv niet betekent dat iedere verzekerde met overgewicht nu verwezen kan worden naar de diëtist.

De zorgstandaarden Diabetes, COPD en Cardiovasculair Risicomanagement geven aan wanneer er een advies over voeding en eetgewoontes door een diëtist aangewezen is. (Voor diabetes en cardiovasculair risicomanagement is ook de Zorgstandaard Obesitas van belang.) Deze zorgstandaarden geven aan dat niet iedereen met overgewicht onmiddellijk zorg door een diëtist moet krijgen (bijvoorbeeld als onderdeel van een gecombineerde leefstijlinterventie). De zorgstandaarden onderscheiden verschillende risicocategorieën. De categorie 'licht verhoogd risico' omvat personen met, alleen, overgewicht: BMI tussen 25 en 30. Deze categorie is aangewezen op algemene leefstijladviezen (bijvoorbeeld via de huisartsenpraktijk). Personen met een BMI tussen 25 en 30 én additionele risicofactoren voor hart- en vaatziekten of DM 2 vallen in de categorie 'matig verhoogd risico'. De categorie met een BMI vanaf 30 valt binnen het 'matig verhoogd risico, ook zonder dat er sprake is van bijkomende risicofactoren. Vanaf een 'matig verhoogd risico' komt men in aanmerking voor een behandeling waar dieetadvisering deel van uitmaakt. Een huisarts zal deze risicoindeling als uitgangspunt horen te nemen voor een verwijzing.

4. Het verplichte eigen risico binnen de Zvw

Artikel 2.17 Bzv geeft een opsomming van zorg die niet verrekend wordt met het verplichte eigen risico binnen de Zvw. Eén van deze gevallen is (lid1 onder c):

(...)

zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

Ook in deze beleidsregel gaat het om zorg bij diabetes, COPD en cardiovasculair risicomanagement. Het Besluit zorgverzekering sluit alleen die gecoördineerde, multidisciplinaire zorg bij deze aandoeningen van het eigen risico uit, wanneer deze gecontracteerd en bekostigd wordt met behulp van de Wmg-beleidsregel. (Het gaat dan om zorg die niet valt onder 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'.

Die zorg is namelijk apart uitgesloten van het eigen risico op grond van artikel 2.17 lid 1 onder b Bzv.)

De dieetadvisering beschreven in dit standpunt, dat wil zeggen als onderdeel van een 'informeel' samenwerkingsverband, valt in ieder geval wel onder het verplichte eigen risico binnen de Zvw.