

Onderwerp:	Dieetadvisering binnen en buiten 'ketenzorg'
Samenvatting:	Dieetadvisering kan als onderdeel van ketenzorg geleverd worden en als zelfstandige prestatie. Bij levering als onderdeel van ketenzorg blijft dieetadvisering ook beschikbaar voor andere aandoeningen (max. 3 behandelingen per kalenderjaar)
Soort uitspraak:	SpZ = standpunt Zvw
Datum:	16-11-2012
Uitgebracht aan:	Zorgaanbieder Zorgverzekeraars Nederland (ZN) Nederlandse Ver. Diëtisten (NVD)
Zorgvorm:	Geneeskundige zorg/dieetadvisering

Onderstaand de volledige tekst.

Dieetadvisering binnen en buiten 'ketenzorg'

Vanaf 1 januari 2013 luidt 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 drie behandelingen per kalenderjaar¹.

De vraag is gerezen wat de verhouding is tussen dieetadvisering als zelfstandige te verzekeren prestatie en dieetadvisering als onderdeel van een Wmg-prestatie voor ketenzorg.

De concrete vraag is:

In hoeverre heeft een verzekerde aanspraak op de zelfstandige te verzekeren prestatie dieetadvisering als hij deze zorg ook ontvangt als onderdeel van ketenzorg voor een specifieke aandoening, gegeven het maximum van drie behandelingen per kalenderjaar.

Hierna definiëren we eerst 'ketenzorg' en bakenen dan de dieetadvisering binnen en buiten deze zorg af.

1. Ketenzorg

Onder 'ketenzorg' wordt het volgende verstaan:

- gecoördineerde, multidisciplinaire zorg voor een specifieke aandoening op basis van de relevante zorgstandaard die of

1. integraal wordt bekostigd met toepassing van de Wmg-beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (vooralnog zijn er beleidsregels voor DM 2, COPD en VRM)²,
of

¹ Staatsblad 2012, 512

² De beleidsregel verwijst nog naar DM 2. De betreffende zorgstandaard omvat ook DM 1

2. waarbij de verschillende zorgaanbieders los worden gecontracteerd. De coördinatie- en organisatiekosten worden separaat bekostigd ('koptarief'/GEZ-module).

2. Dieetadvisering binnen en buiten de ketenzorg

Dieetadvisering binnen 'ketenzorg' wordt geschaard onder 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Dit heeft twee consequenties:

1. het maximum van drie uur per kalenderjaar voor dieetadvisering (artikel 2.6 lid 7 Bzv) is niet van toepassing. De verzekerde ontvangt 'dieetadvisering' als onderdeel van ketenzorg voorzover hij daarop 'redelijkerwijze is aangewezen'. Dit wordt bepaald aan de hand van de zorgstandaard en, waar deze niet volstaat, de individuele kenmerken van de verzekerde.
2. Dit geldt zowel voor de ketenzorg die integraal bekostigd wordt, als de ketenzorg die bekostigd wordt met behulp van 'koptarief'/GEZ-module
3. de zelfstandige te verzekeren prestatie 'dieetadvisering' is nog voor maximaal 3 uur per kalenderjaar beschikbaar **in verband met andere aandoeningen**.

De declaratiecodes kunnen inzichtelijk maken welke vorm van dieetadvisering aan de orde is. De volgende situaties worden onderscheiden:

- *integrale bekostiging:*
de declaratie voor dieetadvisering is in het integrale tarief opgenomen - 4xxxx-codes.
- *dieetadvisering als onderdeel van ketenzorg met behulp van 'koptarief'/GEZ-module:*
declaratie van dieetadvisering via de 63xx-codes.
- *dieetadvisering bij andere aandoeningen:*
declaratie van dieetadvisering via 6xxx-codes.

NB

In 2013 beperkt artikel 2.6 lid 7 Bzv 'dieetadvisering' niet meer tot 'gecoördineerde multidisciplinaire zorg' bij een aantal chronische aandoeningen, zoals in 2012. Het CVZ heeft in 2012 het standpunt ingenomen dat onder 'gecoördineerde multidisciplinaire zorg' in artikel 2.6 lid 7 Bzv ook 'informele samenwerkingsverbanden' vallen. Deze uitleg geldt echter alleen in 2012 vanwege deze omschrijving in dit artikel. Dit betekent dat in 2013 'informele samenwerkingsverbanden' niet meer gelijkgesteld worden aan ketenzorg (hetzij integraal bekostigd, hetzij met behulp van 'koptarief'/GEZ-module). Voor de dieetadvisering is in deze gevallen het maximum van drie behandeluren per kalenderjaar van toepassing. Dit betekent ook dat de vigerende Wmg-prestaties gelden. De prestatie wordt geboekt op de 6xxx-codes.

3. Dieetadvisering en het verplicht eigen risico

Artikel 2.17 lid 1 sub c Bzv sluit 'ketenzorg' uit van het verplicht eigen risico, voorzover het gaat om ketenzorg die bekostigd wordt met toepassing van de Wmg-beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. VWS heeft bevestigd dat er inhoudelijk geen reden is om de andere bekostigingsvormen van ketenzorg (koptarief/GEZ-module) wél binnen het eigen risico te laten vallen. Dit betekent dat ook bij de niet-integrale vormen van bekostiging de ketenzorg buiten het verplicht eigen risico valt. Dit geldt echter alleen voor de 'formele' samenwerkingsverbanden. Voor de 'informele' samenwerkingsverbanden geldt het verplicht eigen risico wel (evenals in 2012).

Overigens kan ook een zorgverzekeraar zelf besluiten om zorg en overige diensten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico te laten vallen, als een verzekerde zich wendt tot een door hem aangewezen aanbieder of een specifiek preventieprogramma heeft gevolgd³.

³ Artikel 2.17 lid 2 sub b Bzv geeft de zorgverzekeraar de bevoegdheid om kosten voor zorg of overige diensten buiten het verplicht eigen risico te laten vallen indien :

(...)

- a. de verzekerde zich wendt tot een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder; of
- b. de verzekerde een door de zorgverzekeraar aangewezen programma heeft gevolgd met betrekking tot diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht of stoppen met roken en de kosten betrekking hebben op de aandoening waarvoor de verzekerde dat programma heeft gevolgd.