

BELEIDSREGEL BR/CU-7100

Beleidsregel overige geneeskundige zorg

Ingevolge artikel 57, eerste lid, aanhef en onder 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.

Kenmerk
BR/CU-7100

1. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op geneeskundige zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) voor zover de NZa voor de voornoemde zorg op grond van andere beleidsregels geen prestatiebeschrijvingen heeft vastgesteld op grond van de Wmg.

2. Doel van de beleidsregel

Het doel van de beleidsregel is het vaststellen van prestatiebeschrijvingen en tarieven voor het in rekening brengen van geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering voor zover voor deze zorg nog geen prestatiebeschrijvingen zijn vastgesteld op grond van andere beleidsregels.

3. Voorwaarden, voorschriften, en beperkingen

De prestaties zoals vermeld in artikel 4 mogen enkel in rekening worden gebracht, indien wordt voldaan aan de voorwaarden, voorschriften en/of beperkingen verbonden aan de betreffende prestatie. De NZa zal de voorwaarden, voorschriften en/of beperkingen opnemen in de tariefbeschikking.

4. Prestatiebeschrijvingen en tarieven

4.1 Geneeskundige zorg in het kader van individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten

a. *Inhoud van de prestatie*

Het leveren van individuele zorg bij tuberculose (infectie) en infectieziekten. Hierbij kan sprake zijn van de noodzaak tot verwijzen, diagnosticeren, behandelen en begeleiden (ook) met het oog op bevorderen van de therapietrouw. De zorg kan enkel op consultbasis worden gedeclareerd.

Begrenzing en beperking van de prestatie

Individuele zorg bij tuberculose (infectie) en infectieziekte bestrijding kan alleen gedeclareerd worden door gekwalificeerde en landelijke geregistreerde artsen. De Registratie commissie Geneeskundig Specialisten (RGS) van de KNMG bepaalt daarbij de registratiecriteria.

b. *Differentiatie van de prestatie*

De prestaties voor individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten worden gedifferentieerd op basis van de prestaties

die gelden voor incidentele en acute hulp die een huisarts levert aan niet bij de betreffende huisarts ingeschreven en niet in de vestigingsplaats van de huisarts woonachtige verzekerden.

Kenmerk
BR/CU-7100

Het betreft:

Pagina
2 van 6

<i>Prestatie</i>	<i>Factor</i>
Consult korter dan 20 minuten	1,0
Consult langer dan 20 minuten	2,0
Visite korter dan 20 minuten	1,5
Visite langer dan 20 minuten	2,5
Telefonisch consult	0,5
Vaccinatie	0,5

c. *Tariefsoort en -hoogte*

De maximumtarieven voor de behandeling van tuberculose en infectieziektebestrijding door GGD artsen zijn gelijkgesteld aan de tarieven die gelden voor incidentele en acute hulp die een huisarts levert aan niet bij hem ingeschreven verzekerden, en buiten zijn vestigingsplaats woonachtige verzekerden.

Het maximumtarief voor de in de bovenstaande lijst genoemde prestaties wordt bepaald door het basistarief consult met de bijbehorende factor te vermenigvuldigen.

- d.** De aan de zorgaanbieder in rekening gebrachte laboratoriumkosten en entstoffen in verband met vaccinatie kunnen enkel tegen kostprijs worden doorberekend. Aanvullend diagnostisch onderzoek door de zorgaanbieder kan op basis van de beleidsregel eerstelijnsdiagnostiek in rekening worden gebracht.

4.2 Voetzorg bij diabetes mellitus

a. *Inhoud en differentiatie van de prestatie*

Het leveren van voetzorg aan patiënten met diabetes mellitus ter preventie of ter behandeling van voetulcera, zoals (zorginhoudelijk) beschreven in de "Zorgmodule Preventie Diabetisch Voetulcera 2014" en de richtlijn Diabetische Voet 2006 van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF).

De te declareren prestaties omvatten het totaalpakket aan werkzaamheden binnen de zorgprofielen zoals beschreven in de "Zorgmodule Preventie Diabetisch Voetulcera 2014", voor zover deze door het Zorginstituut Nederland geduid zijn als geneeskundige zorg die ten laste van de basisverzekering kan worden gebracht.

Het betreft:

1. Jaarlijks gericht voetonderzoek bij zorgprofiel 1

De prestatie omvat anamnese, onderzoek en risico-inventarisatie bij matig risico op wond/amputatie met verhoogde druk. Het tarief behorende bij deze prestatie is gebaseerd op een gemiddelde inspanning per voetcontrole.

2. Voetzorg vallende onder zorgprofiel 2

De prestatie omvat het gehele zorgprofiel bij hoog risico op wond/amputatie zonder verhoogde druk. Het tarief behorende bij

deze prestatie is gebaseerd op een gemiddelde jaarlijkse inspanning.

Kenmerk
BR/CU-7100

3. Voetzorg vallende onder zorgprofiel 3

De prestatie omvat het gehele zorgprofiel bij hoog risico op wond/amputatie met verhoogde druk. Het tarief behorende bij deze prestatie is gebaseerd op een gemiddelde jaarlijkse inspanning.

Pagina
3 van 6

4. Voetzorg vallende onder zorgprofiel 4

De prestatie omvat het gehele zorgprofiel bij zeer hoog risico op wond/amputatie. Het tarief behorende bij deze prestatie is gebaseerd op een gemiddelde jaarlijkse inspanning

b. *Begrenzing en beperking van de prestatie*

De prestaties die beschreven zijn in artikel 4.2 van deze beleidsregel hebben enkel betrekking op dat deel van de voetzorg die door het Zorginstituut Nederland (voorheen College voor Zorgverzekeringen) in hun "Standpunt Voetzorg voor mensen met diabetes mellitus" geduid is als te verzekeren zorg van de zorgverzekeringswet. De zorg maakt daarmee onderdeel uit van de zorgstandaard diabetes mellitus.

De prestaties in artikel 4.2 kunnen enkel in rekening worden gebracht indien de zorg **geen** onderdeel uitmaakt van een integraal bekostigde zorgketen diabetes mellitus, zoals beschreven in de beleidsregel "Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)", maar zorginhoudelijk wel voldoet aan de voorwaarden van die beleidsregel.

De prestaties kunnen enkel in rekening worden gebracht indien het gehele zorgprofiel zoals beschreven in artikel 4.2 onderdeel a onder verantwoordelijkheid van de declarerende zorgaanbieder wordt of kan worden geleverd. De declarerende zorgaanbieder fungeert daarbij als hoofdaannemer van het gehele zorgprofiel. Indien delen van het zorgprofiel door de hoofdaannemer worden uitbesteed aan onderaannemers, dan geldt voor de onderlinge dienstverlening tussen hoofd- en onderaannemer een vrij tarief overeenkomstig bij integraal bekostigde zorgketen diabetes mellitus.

c. *Tariefsoort en -hoogte*

De onder artikelen 4.1 en 4.2 beschreven prestaties kennen maximumtarieven, gebaseerd op de gemiddelde inzet van zorgverleners voor patiënten binnen de zorgprofielen.

Bovenop het maximumtarief kan een aanvullende opslag worden overeengekomen, bedoeld om zorgverzekeraars in staat te stellen om ook zorgaanbieders met een gemiddeld zwaardere populatie of kostenstructuur te contracteren.

Voor de aanvullende opslag geldt dat deze enkel in rekening kan worden gebracht indien hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de patiënt aan ten grondslag ligt. De aanvullende voorwaarden die moeten gelden voor het in rekening brengen van de opslag, kunnen in deze overeenkomst worden vastgelegd. Ook de opslag kent een maximumtarief. De maximumtarieven en bijbehorende opslagen zijn hieronder weergegeven op voorcalculatorisch prijsniveau 2014.

<i>Prestatie</i>	<i>Tarief</i>	<i>Opslag</i>	Kenmerk BR/CU-7100
Voetzorg vallende onder zorgprofiel 1			
Jaarlijks gericht voetonderzoek bij zorgprofiel 1	€ 33,75		
Voetzorg vallende onder zorgprofiel 2	€ 240	€ 85	
Voetzorg vallende onder zorgprofiel 3	€ 350	€ 105	Pagina 4 van 6
Voetzorg vallende onder zorgprofiel 4	€ 470	€ 115	

De tarieven voor onderlinge dienstverlening zijn vrij.

4.3 Koemelkallergie test

- a.** *Inhoud en differentiatie van de prestatie*
Het leveren van een dubbelblinde placebogecontroleerde voedselprovocatietest conform de geldende JGZ richtlijn Voedselovergevoeligheid. De patiënt krijgt op locatie van de zorgaanbieder in oplopende doses onder medisch toezicht in twee sessies testvoeding met of zonder koemelk toegediend, waarbij noch de betrokken behandelaars noch de patiënt (en diens ouders) op de hoogte zijn van welke testvoeding koemelk bevat.
- b.** *tariefsoort en -hoogte*
Het maximumtarief voor de prestatie bedraagt € 694. Dit tarief is op voorcalculatorisch prijsniveau 2014.
- c.** *Contractvoorwaarde*
Deze prestatie kan enkel in rekening worden gebracht indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar ten grondslag ligt.

5. Intrekking oude beleidsregel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel BR/CU-7082 ingetrokken.

6. Overgangsbepaling

De beleidsregel 'overige geneeskundige zorg', met kenmerk BR/CU-7082, 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.

7. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang op 1 januari 2015. 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 2014, treedt de beleidsregel in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2015.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als: "Beleidsregel overige geneeskundige zorg".

TOELICHTING

Deze beleidsregel is ontstaan vanuit de behoefte aan ruimte binnen de bekostigingssystematiek voor het declarabel maken van zorg die, door (toekomstige) duidingen van het Zorginstituut Nederland, onder de te verzekeren zorg van de Zvw valt zonder dat specifiek is aangegeven of het om uitsluitend huisartsenzorg of medisch specialistische zorg gaat. Dit vraagt om een generiek kader waarbinnen 'overige geneeskundige zorg' declarabel kan worden gemaakt. Door de beleidsregel overige geneeskundige zorg als kapstok te gebruiken voor geneeskundige zorg die niet of slecht inpasbaar is in vigerend beleid kan een wildgroei aan beleidsregels in de toekomst worden voorkomen.

Kenmerk
BR/CU-7100

Pagina
5 van 6

De reikwijdte van de beleidsregel geneeskundige zorg is daarom in beginsel breed. In de beleidsregel wordt per artikel aangegeven of er specifieke vereisten (voorwaarden, voorschriften en/of beperkingen) zijn waaraan moet worden voldaan door aanbieders van de beschreven zorgprestatie(s).

Artikel 4.1a

Het gaat om geneeskundige zorg naar aanleiding van een individuele zorgvraag. Er kan dan sprake zijn van de noodzaak tot verwijzen, diagnosticeren, behandelen (inclusief de inzet van geneesmiddelen) en begeleiding (ook met het oog op bevorderen van de therapietrouw). Deze elementen zijn reguliere onderdelen van een zorgproces en vallen onder geneeskundige zorg. Dit geldt voor tuberculose en voor andere aandoeningen die de GGD-arts tot zijn deskundigheid kan rekenen, zoals hepatitis A en B, rabiës, invasieve groep A-streptokokkeninfectie (GAS), kinkhoest, meningokokken en prikaccidenten¹. Er wordt gehandeld conform de LCI-richtlijnen Infectieziektebestrijding (zie de Landelijke Richtlijn Prikaccidenten (zie http://www.rivm.nl/Bibliotheek/Professioneel_Praktisch/Draaiboeken/Infectieziekten/LCI_draaiboeken/Landelijke_richtlijn_prikaccidenten).

Algemene preventieve maatregelen en bron- en contactopsporing door de GGD'en zijn taken op het gebied van de collectieve preventie en vallen buiten het bereik van de Zvw.

Artikel 4.1b

Individuele zorg bij tuberculose (infectie) en infectieziekte bestrijding kan alleen gedeclareerd worden door gekwalificeerde en landelijke geregistreerde artsen. De Registratie commissie Geneeskundig Specialisten (RGS) van de KNMG bepaalt daarbij de registratiecriteria. GGD Nederland kan, evenwel in gezamenlijkheid met Zorgverzekeraars Nederland, zorgdragen voor een lijst van landelijk geregistreerde artsen waarbij de criteria van de Registratie commissie Geneeskundig Specialisten (RGS commissie) van de KNMG worden gevolgd.

Artikel 4.2*Duiding Zorginstituut Nederland*

Op 28 januari 2010 heeft het Zorginstituut Nederland bepaald dat vormen van voetzorg aan diabetespatiënten conform de richtlijnen van de beroepsgroep behoort tot "geneeskundige zorg zoals huisartsen en medisch specialisten deze plegen te bieden" en daarmee tot de basisverzekering. Met deze duiding valt deze vorm van zorg ook binnen de reikwijdte van de NZa en mogen zorgprestaties enkel gedeclareerd worden ten laste van de basisverzekering indien hiervoor een prestatie is vastgesteld.

¹ Zie voor een volledig overzicht van ziekten waarbij de GGD mogelijk profylaxe of vaccinatie toedient tabel 2 in het boekje *Melden van infectieziekten conform de Wet publieke gezondheid (2008)* uitgegeven door het RIVM

Zorginstituut Nederland maakt in haar duiding onderscheid tussen "behandeling" en "verzorging", waarbij behandeling wel onderdeel uitmaakt van de basisaanspraak en verzorging niet. Op basis van een nadere toelichting van het Zorginstituut Nederland in oktober 2013 komt de NZa tot de conclusie dat de ondergrens voor aanspraak op de basisverzekering ligt bij behandeling van patiënten met zorgprofiel 2 en de jaarlijkse voetcontrole, bestaande uit anamnese, onderzoek en risico-inventarisatie bij patiënten met zorgprofiel 1.

De zorgprofielen 2, 3 en 4 zoals beschreven in de richtlijn, zoals beschreven in de "Zorgmodule Preventie Diabetisch Voetulcera 2014" en de jaarlijkse voetcontrole bij zorgprofiel 1, zijn daarmee onderwerp voor NZa-regulering.

Aanleiding beleidsregel

De door Zorginstituut Nederland beschreven zorg valt binnen de ketenzorg voor diabetespatiënten zoals beschreven in de beleidsregel "Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)". Formeel kent de zorg daarmee ook al een betaaltitel.

In praktijk wordt niet alle ketenzorg voor diabetes ingekocht via integraal bekostigde prestaties. Omdat de voetzorg voor behandeling van diabetes mellitus valt onder de duiding van Zorginstituut Nederland, moet deze zorg ook afzonderlijk ingekocht kunnen worden. Bovendien valt de behandeling van diabetes mellitus type 1 ook binnen de duiding van het Zorginstituut Nederland terwijl dit niet in de keten valt. Ook worden er patiënten met diabetes mellitus type 2 behandeld in de tweedelijnszorg waardoor er geen keten-DBC geopend kan worden.

De noodzaak voor deze beleidsregel ontstaat doordat ook andere zorgaanbieders geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen en medisch specialisten deze plegen te bieden. Deze overige zorgaanbieders kunnen geen zorg leveren op basis van de reguliere beleidsregels voor huisartsen- en medisch specialistische zorg omdat zij niet binnen de reikwijdte van deze beleidsregels vallen.

Prestaties en tarieven

De prestaties in deze beleidsregel bieden een betaaltitel voor het deel van de voetzorg dat wel binnen de duiding van het Zorginstituut Nederland valt, maar niet wordt ingekocht op basis van de beleidsregel "Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)".

De tarieven zijn gebaseerd op het aantal behandelingen die in de Zorgmodule Preventie Diabetisch Voetulcera 2014 genoemd worden. Het gaat hierbij om gemiddelden en niet om minimum of maximum aantal behandelingen binnen een zorgprofiel. Een individueel behandelplan bepaald het daadwerkelijk aantal verrichtingen dat een patiënt ontvangt binnen het zorgtraject dat deze prestatie beschrijft.

De in deze beleidsregel vermelde bedragen zijn maximumtarieven. Het staat de zorgverzekeraar vrij om een lager tarief in de contracten op te nemen of een lager vergoedingsbedrag in de polis op te nemen, indien de zorg wordt geleverd door een niet-gecontracteerde aanbieder.

De prestatiebeschrijvingen en tarieven die in deze beleidsregel worden voorgesteld, gelden voor geneeskundige zorg waarvoor nog geen andere prestaties en beleidsregels zijn vastgesteld. Dit betekent dat de zorg die geleverd wordt door huisartsen of medisch specialisten, gedeclareerd kan worden op basis van de beleidsregels huisartsenzorg of medisch specialistische zorg.