



Zorgovereenkomst Paramedische zorg 2019-2020

BIJLAGE 1: Tarieven en nadere voorwaarden diëtetiek (versie december 2018)

Artikel 1 Nadere voorwaarden

1. De zorgverzekeraar zal de zorgaanbieder voor reguliere diëtetiek in 2019 honoreren volgens de maximum tarieven opgenomen in artikel 2 van deze bijlage.
De zorgaanbieder maakt gebruik van de prestatiecodes zoals genoemd in artikel 2.
2. De zorgverzekeraar zal de zorgaanbieder voor diëtetiek als onderdeel van gecoördineerde multidisciplinaire zorgverlening aan patiënten met DM, COPD en VRM in 2019 honoreren volgens de maximum tarieven opgenomen in artikel 3 van deze bijlage.
De zorgaanbieder maakt gebruik van de prestatiecodes zoals genoemd in artikel 3.
3. Het is de zorgaanbieder niet toegestaan voor onderstaande prestaties uit artikel 2 en 3 bovenop het tarief een aanvullend bedrag bij de verzekerde in rekening te brengen.
4. De paramedische prestaties worden naar evenredigheid van de werkelijk bestede tijd in eenheden van 15 minuten gedeclareerd.



Artikel 2 Tarieven en prestatiecodes 2019 reguliere diëtetiek

1. Indien de zorgaanbieder diëtetiek reguliere diëtetiek levert, kan de zorgaanbieder onderstaande maximum tarieven declareren bij de zorgverzekeraar.
2. De zorgaanbieder maakt gebruik van onderstaande prestatiecodes.

Prestatiecode	Prestatieomschrijving	Max. tarief 2019
6000	Individuele zitting reguliere diëtetiek	€ 15,70 per kwartier
6001	Toeslag voor behandeling reguliere diëtetiek aan huis ¹	€ 11,70 per zitting
6004	Toeslag voor behandeling reguliere diëtetiek in een instelling ¹	€ 6,20 per zitting
6005	Telefonische zitting	€ 15,70 per kwartier
6006	Individueel dieetvoorschrift	€ 15,70 per kwartier
6050	Screening Directe Toegang diëtetiek	€ 10,20 per screening
6051	Intake en onderzoek diëtetiek na screening	€ 15,70 per kwartier
6052	Intake en onderzoek diëtetiek na verwijzing	€ 15,70 per kwartier
6053	Screening en intake en onderzoek diëtetiek	€ 15,70 per kwartier
6102	Groepszitting voor behandeling regulier diëtetiek van twee personen	€ 15,70 per kwartier
6103	Groepszitting voor behandeling regulier diëtetiek van drie personen	€ 12,65 per kwartier
6104	Groepszitting voor behandeling regulier diëtetiek van vier personen	€ 7,40 per kwartier
6105	Groepszitting voor behandeling regulier diëtetiek van vijf tot en met tien personen	€ 6,30 per kwartier

¹ De toeslag uitbehandeling- en de inrichtingstoeslag kunnen niet in rekening worden gebracht bij de zorgverzekeraar indien er geen medische noodzaak voor is. De medische noodzaak kan alleen worden aangetoond door verwijzing van een arts (huisarts, jeugdarts, schoolarts of medisch specialist).

Artikel 3 **Tarieven en prestatiecodes 2019 diëtetiek in ketenzorg**
als onderdeel van gecoördineerde multidisciplinaire zorgverlening aan patiënten met DM, COPD en VRM

1. Indien de zorgaanbieder diëtetiek levert als onderdeel van gecoördineerde multidisciplinaire zorgverlening aan patiënten met DM, COPD en VRM én de prestatie diëtetiek niet in 'een ketenzorg-tarief' is opgenomen en vergoed, kan de zorgaanbieder onderstaande maximum tarieven declareren bij de zorgverzekeraar.
2. De zorgaanbieder maakt gebruik van onderstaande prestatiecodes.

Prestatiecode	Prestatieomschrijving ketenzorg	Max. tarief 2019
6300	Individuele zitting (keten)diëtetiek	€ 15,70 per kwartier
6301	Toeslag voor behandeling (keten)diëtetiek aan huis ¹	€ 11,70 per zitting
6303	Toeslag voor behandeling (keten)diëtetiek in een instelling ¹	€ 6,20 per zitting
6304	Intake en onderzoek (keten)diëtetiek na verwijzing	€ 15,70 per kwartier
6305	Groepszitting voor behandeling (keten)diëtetiek van twee personen	€ 15,70 per kwartier
6306	Groepszitting voor behandeling (keten)diëtetiek van drie personen	€ 12,65 per kwartier
6307	Groepszitting voor behandeling (keten)diëtetiek van vier personen	€ 7,40 per screening
6308	Groepszitting voor behandeling (keten)diëtetiek van vijf tot en met tien personen	€ 6,30 per kwartier
te ontvangen	Telefonische zitting (keten)diëtetiek	€ 15,70 per kwartier
te ontvangen	Individueel diëtvoorschrift (keten)diëtetiek	€ 15,70 per kwartier

¹ De toeslag uitbehandeling- en de inrichtingstoeslag kunnen niet in rekening worden gebracht bij de zorgverzekeraar indien er geen medische noodzaak voor is. De medische noodzaak kan alleen worden aangetoond door verwijzing van een arts (huisarts, jeugdarts, schoolarts of medisch specialist).