

2b. Addendum Zorgprogramma COPD – 2022

Overeenkomst PrimaCura Netwerkgorg B.V. - Diëtist

PrimaCura Netwerkgorg B.V. (“de zorggroep”) is met de Diëtist (“diëtist”) een overeenkomst voor het zorgprogramma COPD overeengekomen met een looptijd van 1 januari 2022 tot en met 31 december 2022.

a. Chronische aandoening

Deze overeenkomst heeft betrekking op multidisciplinaire zorgverlening voor de aandoening COPD.

b. Zorgstandaard

De multidisciplinaire zorgverlening is gebaseerd op de volgende zorgstandaard(en):

- Transmurale Regionale Richtlijn COPD Midden-Brabant, welke is gebaseerd op de NHG-standaard en de LAN zorgstandaard.

c. Omschrijving deelprestatie

In het kader van de multidisciplinaire zorgverlening verleent de diëtist de zorg die staat beschreven in het inhoudelijk zorgprogramma COPD en het COPD-protocol op de website. Hierin staan de gemiddelde behandelminuten per COPD patiënt beschreven.

d. Tarief

Het tarief dat de zorgaanbieder voor de levering van de deelprestatie van de Zorggroep ontvangt bedraagt € per uur. Voor een huisbezoek wordt € vergoed. Bovenstaand tarief wordt betaald met inachtneming van de bepalingen in artikel 7 van de Samenwerkingsovereenkomst.

e. Aanvullende voorwaarden/ vereisten

In het kader van de multidisciplinaire zorgverlening gelden de navolgende aanvullende voorwaarden/vereisten:

- Doorverwijzing vanuit de huisartsenpraktijk naar een diëtist is mogelijk indien de patiënt voldoet aan één van de onderstaande criteria:
 - a) Gewichtsverlies > 5% in 1 maand of >10% in 6 maanden;
 - b) SNAQ-score > 2
 - c) SNAQ-rc score oranje/rood
 - d) BMI < 21 kg/m² of BMI < 25 kg/m² bij onvrijwillig gewichtsverlies
 - e) Zeer afwijkende voedingsgewoonten

Deze criteria zijn ook opgenomen in onze transmurale regionale richtlijn COPD. In de richtlijn wordt ook de VVMI als verwijscriteria opgenomen. Dit criteria wordt in de huidige verwijzingen niet meer gehanteerd.

- Voor patiënten verzekerd bij CZ is alle diëtiëk, ongeacht de indicatie, opgenomen in het zorgprogramma en alle behandelingen dienen via de zorggroep gedeclareerd te worden. Voor patiënten verzekerd bij VGZ en overige zorgverzekeraars geldt dat benodigde dieetzorg voor een

andere aandoening dan de indicatie van het zorgprogramma voor maximaal 3 uur rechtstreeks bij de zorgverzekeraar gedeclareerd moet worden en vergoed wordt uit de basisverzekering. Na de genoemde 3 uur loopt vergoeding via een eventuele aanvullende verzekering dan wel via de patiënt zelf.