

## **Reactie Diëtisten Coöperatie Nederland op consultatiedocument Dieetadviesing (Maart 2008)**

---

### **Algemene opmerkingen:**

#### Wat is dieetadviesing

In het document wordt verschillende keren gesproken over dieetadviesing en het geven van een voedingsadvies.

Voor alle duidelijkheid moet er aangegeven worden dat er bij een dieetadvies sprake is van een medische reden en dit derhalve alleen door een diëtist gegeven kan worden.

Een voedingsadvies is een advies t.a.v. gezonde voeding.

#### Aanbieders op de markt van dieetadviesing

Er komt verschillende malen ter sprake dat andere zorgaanbieders zoals gewichtsconsulenten actief zijn op de markt. Dit is onjuist want op de markt van dieetadviesing mogen wettelijk alleen diëtisten opereren.

Het lijkt ons niet juist, en in strijd met de wet, dat in geval van toenemende vraag van dieetadviesing, gewichtsconsulenten bepaalde onderdelen van dieetadviesing kunnen aanbieden.

Argument hierbij is dat de opleiding tot gewichtsconsulent hiertoe niet kwalificeert. Er worden aan deze opleiding geen vooropleidingseisen gesteld. Een diploma gewichtsconsulent leidt zelfs op de MBO opleiding voor Voedingsassistent (MBO niveau 2) slechts tot vrijstelling van een klein deel van het curriculum.

Beroepen op niveau 2 leiden op tot medewerkers die aangestuurd worden door leidinggevendenden. Zelfstandige adviesing past niet bij dit niveau van opleiding.

Naast gewichtsconsulenten zijn er vele aanbieders op de markt, al dan niet als ervaringsdeskundige of met een opleiding vergelijkbaar met gewichtsconsulent. Qua opleiding speelt hier hetzelfde als bij gewichtsconsulenten.

#### De diëtistenpraktijk

Er wordt in het document vaker gesproken over de praktijkvoering van de diëtetiek. De beschrijving daarvoor in dit document komt naar onze mening niet meer overeen met de huidige situatie.

Diëtetiek zat tot 2005 niet in het ziekenfondspakket (basisverzekering). Dit betekent een andere uitgangspunt in vergelijking tot andere paramedische beroepen.

Ook bij de verzekeraars is er minder ervaring opgedaan met het takenpakket van de diëtist en het vergoedingensysteem.

Daarnaast hebben er, ook door maatschappelijke ontwikkelingen, sindsdien duidelijk veranderingen plaats gevonden in de praktijkvoering.

- Veel vrijgevestigde diëtisten (en thuiszorgdiëtisten) zijn inmiddels wel kostwinner. Bovendien is dit een suggestief en niet ter zake doende constatering.
- Om een praktijk te beginnen worden nu duidelijk hogere investeringen gewenst.
- Het huren van praktijkruimte komt duidelijk veel meer voor. Mede ook gezien het toenemende aantal samenwerkingsverbanden.

## **Consultatievragen:**

1. *Deelt u de voorlopige conclusie van de NZa dat vrije prijsvorming het best de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid op de markt voor dieetadvisering borgt? Zo nee, waarom niet en wat is het alternatief?*

DCN is positief over vrije prijsvorming op de markt voor dieetadvisering. De kennis en ervaring met alle facetten van vrije prijsvorming, binnen de beroepsgroep, is echter beperkt. Door de macht van de zorgverzekeraars zou dit de negatief kunnen uitwerken op prijs/kwaliteit verhouding.

2. *Kunt u zich vinden in de door de NZa gegeven beschrijving van door diëtisten verleende zorg? Zo niet, kunt u concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?*

DCN kan zich vinden in de gegeven beschrijving.

3. *Kunt u zich vinden in de analyse dat er geen substituten zijn voor diëtisten (vrijgevestigd of werkzaam in een thuiszorginstelling) behalve op een aantal specifieke onderdelen? Rekent u diëtisten werkzaam in ziekenhuizen ook als substituut?*

DCN is van mening dat er geen substituten zijn voor diëtisten.

Op bepaalde onderdelen is er wel ondersteuning mogelijk voor administratieve werkzaamheden en bepaalde werkzaamheden door daarvoor opgeleide zorgaanbieders als praktijkondersteuners, gespecialiseerde verpleegkundigen of consultants.

Diëtisten in ziekenhuizen kunnen een substituut zijn. Echter toegang voor consumenten tot deze groep van diëtisten is in de praktijk beperkt.

4. *Bent u van mening dat er sprake is van voldoende aanbod van partijen die dieetadvisering aanbieden? Denkt u dat, wanneer er schaarste op de markt optreedt, het aanbod zal toenemen door bovenstaande mogelijkheden?*

De DCN is van mening dat er voldoende aanbod van partijen van dieetadvisering is en dat het aanbod indien nodig zal toenemen zoals beschreven.

5. *Bent u het eens met de analyse dat er geen sprake is van toetredingsdrempels op de markt voor dieetadvisering?*

Ja, DCN is het hiermee eens.

6. *Bent u van mening dat met de huidige prestatiebeschrijving zowel de consument als de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder weten wat zij inkopen respectievelijk aanbieden? Zo niet, kunt u concreet aangeven hoe de huidige presentatiebeschrijving verbeterd kan worden?*

Naar onze mening is de *beleidsregel* van de NZa t.a.v. een diëtistische behandeling duidelijk genoeg.

T.a.v. de verschillen met andere paramedici, tussen het declareren van *directe en indirecte* uren, willen we opmerken dat dieetadvisering een heel andere werkwijze vergt dan bij andere vrije beroepen. Bepaalde werkzaamheden worden gedaan zonder dat de cliënt hierbij aanwezig is. Bij verder onderzoek, berekeningen, uitzoekwerk e.d. is het ook voor de cliënt niet zinvol hierbij aanwezig te zijn. Er moet bij vergoeding van dieetadvisering een hogere verhouding tussen indirecte en directe uren worden gehanteerd.

7. *Onderschrijft u het belang van het ontwikkelen van prestatie-indicatoren? Welke rol ziet u weggelegd voor de NZa?*

In het document wordt meerdere malen de suggestie gewekt dat er niet voldoende transparantie over de werkwijze en kwaliteit van dieetadvisering is.

Er is echter een goede borging van kwaliteit vastgelegd in één onafhankelijk Kwaliteitsregister. (dus niet in twee zoals op pag. 25 vermeld wordt.)

T.a.v. prestatie indicatoren op het resultaat van de behandeling moet gezegd worden dat dit een complexere materie is dan het vastleggen of een behandeldoel wel dan niet behaald is.

Er is daarnaast vaak sprake van acceptatie, zelfinzicht en gedragsverandering die niet in eenvoudige getallen is weer te geven is. De mate waarin dit gebeurt is erg afhankelijk van de keuzes van de cliënt en daarnaast van de tijd die nodig is om dit te bereiken. De beperking in de aanspraak tot 4 behandeluren per kalenderjaar en het feit dat de cliënt vaak niet méér kan of wil betalen speelt hierbij ook een belangrijke rol. De behandeldoelen worden hierdoor vaak niet bereikt.

De complexere dieetbehandelingen zoals bij voedselallergie, eetproblemen en bij consumenten zoals kinderen, verstandelijk gehandicapten, psychiatrische patiënten, vragen meer tijd alsmede specialisatie van de diëtist.

De NZa kan en mag naar onze mening geen rol spelen t.a.v. vakinhoudelijke aspecten van de dieetadvisering. Het NZa dient zicht te beperken tot een een faciliterende rol.

*8. Deelt u de analyse van de NZa dat er een gebrek aan transparantie is op de markt voor dieetadvisering en dat er voldoende overstapmogelijkheden zijn voor de consument?*

DCN is van mening dat er geen gebrek is aan transparantie op de markt voor dieetadvisering en dat er voldoende overstapmogelijkheden zijn voor de consument.

Als aanvulling op de websites van de NVD en Kiesbeter:

Naast de Kiesbeter website zijn de 135 DCN-diëtisten ook te vinden op de eigen DCN website ([www.DCN.nu](http://www.DCN.nu)).

*9. Is de analyse over de prikkels van partijen om goed in te kopen volledig en correct? Zo niet, kunt u concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?*

De macht van de zorgverzekeraars lijkt hier vaak te groot. De financiën lijken vaak de belangrijkste reden om scherp in te kopen. De kwaliteitsvermindering die dit tot gevolg heeft wordt dan uit het oog verloren.

Bij Ketenzorg (DBC diabetes) wordt de diëtist vaak maar minimaal ingezet.

*10. Is de analyse over marktverhoudingen volledig en correct? Zo niet, kunt u aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?*

T.a.v. de aanbieders zie de algemene opmerkingen.

Verder zijn wij het eens met de conclusie dat de marktverhoudingen vaak in het voordeel van de zorgverzekeraar zijn, wat niet altijd positief uit valt voor de individuele consument als voor de zorgaanbieder.

Tevens is het nog steeds zo dat een zorgverzekeraar in een bepaalde regio vaak een veel kleiner aandeel in cliënten heeft, dan in andere regio's, waardoor afhankelijkheid van een contract negatief kan uitpakken voor consument en zorgaanbieder.

*11. Deelt u de analyse van de NZa dat het risico op te hoge prijzen in de markt voor dieetadvisering beperkt is? Zo nee, waarom niet?*

Wij zijn het eens met deze analyse.

*12. Deelt u de analyse van de NZa dat het risico op te lage prijzen op de markt voor dieetadvisering beperkt is? Zo niet, kunt u concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?*

DCN is het niet eens met de conclusie dat het risico op te lage prijzen beperkt is. De prijs staat onder druk door de komst op de markt van zorgaanbieders die daarvoor niet gekwalificeerd zijn en daardoor goedkoper kunnen werken. De laatste jaren ligt het tarief al onder een wenselijk niveau.

*13. Deelt u de analyse dat het risico van kartelvorming (collusie) in de markt voor dieetadvisering beperkt is? Zo niet, kunt u concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?*

Ja

*14. Deelt u de mening van de NZa dat het risico dat verzekeraars misbruik maken van hun inkoopmacht beperkt is? Zo niet, kunt u concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?*

Zoals ook al eerder aangegeven zijn de machtsverhoudingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders niet gelijk. Daarnaast is er bij individuele diëtisten vaak te weinig kennis en expertise in huis om onderhandelingen op een goede manier te doen. Dit kost tijd en (financiële) investeringen waar niet altijd mogelijkheden voor zijn.

*15. Mist u naast de hierboven genoemde anticompetitieve gedragingen nog andere gedragingen die van invloed kunnen zijn op de beslissing om een markt al dan niet vrij te geven? Zo ja, kunt u concreet aangeven met welke effecten nog meer rekening gehouden moet worden?*

Al eerder gemeld in bovenstaande antwoorden.

*16. Kunt u zich in de analyse vinden dat een eventuele introductie van vrije prijsvorming op de markt voor dieetadvisering geen risico met betrekking tot afwenteleffecten met zich meebrengt?*

Ja.

*17. Bent u het eens met de analyse van de NZa dat de introductie van vrije prijsvorming geen negatieve effecten heeft op ketenzorg, maar juist een prikkel tot onderlinge samenwerking of samenwerking met andere zorgaanbieders kan geven?*

Vrije prijsvorming kan een prikkel zijn tot meer samenwerking met andere disciplines, wat de zorg voor de cliënt kan bevorderen. Maar bij Ketenzorg (bijvoorbeeld DBC diabetes) wordt de diëtist vaak maar minimaal ingezet. Het blijft van belang een goede kwaliteit te waarborgen.

*18. Bent u het eens met de analyse van de NZa dat er bij de introductie van vrije prijsvorming bij dieetadvisering een beperkt risico op volume-effecten bestaat?*

Ja.

*19. Kunt u zich vinden in bovenstaande analyses over lastendruk- en veranderingskosten? Zo niet, kunt u dan aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden.*

Gezien het feit dat de laatste jaren al veel meer tijd is gaan zitten in de administratieve lasten t.a.v. contracteren en declareren is het de vraag of dit niet een grotere druk gaat leggen op de diëtist, waardoor er minder productieve uren w.b. dieetadvisering mogelijk zijn.