

Veelgestelde vragen

Generalistische Basis GGZ

26 maart 2015

In dit document worden veelgestelde vragen over de NZa regelgeving voor de Generalistische Basis GGZ beantwoord.

De vragen en antwoorden zijn van toepassing op het beleid per 1 januari 2015 en gelden tot 1 januari 2016.

De beleidswijzigingen in 2015 t.o.v. 2014 zijn in de bijlage uiteen gezet.

Dit document is zorgvuldig samengesteld in nauw overleg met brancheverenigingen en zorgverzekeraars. De informatie kan echter fouten bevatten. U kunt daarom geen rechten ontlenen aan de beschreven antwoorden.

De actuele en volledige regelgeving kunt u vinden op onze website: www.nza.nl

Inhoud

Documenten generalistische basis GGZ (GB-GGZ)

1. In welke documenten staan welke regels?

Invoering van het systeem van de GB-GGZ

2. Waarom is de GB-GGZ ingevoerd?
3. Welke patiënten krijgen een behandeling in de GB-GGZ?

Verschillen met andere vormen van GGZ

4. Wat is het verschil tussen de POH-GGZ en de GB-GGZ?
5. Wat is het verschil tussen G-GGZ en GB-GGZ?
6. Wat is het verschil tussen de langdurige GGZ en de GB-GGZ?

Combineren behandeling GGZ

7. Mag een patiënt zowel in de GB-GGZ als in de G-GGZ in behandeling zijn?
8. Mag een zorgaanbieder zowel GB-GGZ als G-GGZ aanbieden?

Jeugd GGZ

9. Kan de behandeling van kinderen plaatsvinden in de GB-GGZ?
10. Wat verandert er voor de patiënt bij het bereiken van 18 jaar?

Bekostiging behandeling GB-GGZ

11. Hoe brengt de zorgaanbieder GB-GGZ in rekening?

Integrale prestaties

12. Welke integrale prestaties kan een zorgaanbieder declareren?
13. Wat bepaalt in welke prestatie een patiënt wordt ingedeeld?
14. Hoe bepaalt de zorgaanbieder het patiëntprofiel?

Duur, inhoud en prijs behandeling

15. Wat zijn behandelcomponenten?
16. Welke behandeling levert de zorgaanbieder?
17. Hoe lang duurt een behandeling?
18. Als de zorgaanbieder meer tijd nodig heeft voor de behandeling, kan dan nog een prestatie worden geopend?
19. Wat is het maximaal aantal behandelminuten per prestatie?
20. Wat is direct patiëntgebonden tijd?
21. Wat is indirect patiëntgebonden tijd?
22. Wat zijn redenen voor het afsluiten of afronden van de behandeling?

Andere prestaties dan integrale prestaties

23. Welke andere prestaties dan de integrale prestaties kan de zorgaanbieder declareren?

Prestatie Onvolledig behandeltraject

24. Wanneer brengt de zorgaanbieder de prestatie Onvolledig behandeltraject in rekening?
25. Waarom wordt er in de prestatie Onvolledig behandeltraject wel verwezen naar aantal minuten van de behandeling?

OVP niet-basispakketzorg

26. Wat is een OVP niet-basispakketzorg?
27. Wanneer kan een OVP niet-basispakketzorg in rekening worden gebracht?
28. Welke regels zijn van toepassing op de OVP niet-basispakketzorg?
29. Mag een zorgaanbieder meerdere OVP's in rekening brengen?
30. Kan de zorgaanbieder zowel een prestatie voor basispakketzorg als een OVP voor niet-basispakketzorg in rekening brengen?

Overige prestaties

31. Wat zijn 'overige prestaties'?

Declareren van prestaties

32. Welke prestatie brengt de zorgaanbieder in rekening als de patiënt geen DSM-stoornis heeft?

33. Welke prestatie brengt de zorgaanbieder in rekening als de klachten verergeren?
34. Welke prestatie brengt de zorgaanbieder in rekening als de patiënt stopt met de behandeling?
35. Welke prestatie brengt de zorgaanbieder in rekening bij een eerder afgebroken behandeling?
36. Hoeveel prestaties per jaar kan een patiënt krijgen in de generalistische basis GGZ?
37. Mag de zorgaanbieder meerdere behandelingen of prestaties aan mij aanbieden?
38. Waarom mag de prestatie Basis GGZ Chronisch wel gecombineerd worden met andere prestaties?
39. Door wie mag een prestatie in de GB-GGZ in rekening worden gebracht?
40. Valt een losse intelligentietest onder de GB-GGZ?

Hoofdbehandelaars

41. Wie mogen er hoofdbehandelaar zijn?
42. Is het toegestaan dat de zorgverzekeraar andere eisen stelt aan wie hoofdbehandelaar mag zijn?
43. Wat is de rol van de hoofdbehandelaar in de regels van de NZa?

Medebehandelaars

44. Wie zijn medebehandelaars in de GB-GGZ?
45. Welke eisen stelt de NZa aan medebehandelaars?

Tarieven behandeling GB-GGZ

46. Welk bedrag mag de zorgaanbieder in rekening brengen voor de zorg?
47. Wat is een max-max tarief?
48. Waarom zijn er max-max tarieven?
49. Hoe heeft de NZa de maximumtarieven berekend?
50. Mag de patiënt de GB-GGZ behandeling zelf betalen?

Behandelcomponenten integrale prestaties

51. Welke behandelcomponenten moet een zorgaanbieder leveren?
52. Kunnen de behandelcomponenten ook afzonderlijk in rekening worden gebracht?
53. Wat is het verschil tussen de behandelcomponent 'gespecialiseerde behandeling' en 'consultatie'?
54. Welke eisen worden er gesteld aan e-health?
55. Als een zorgaanbieder medicatiebegeleiding geeft aan een patiënt in behandeling in de GB-GGZ, kan de zorgaanbieder dit deel dan in de G-GGZ declareren?

Aanvullende regels integrale prestaties

56. Hoe te handelen als de gekozen prestatie niet voldoende is?
57. Hoe te handelen als het product Intensief niet voldoende is?

Registratie zorggegevens

58. Wat gebeurt er met de zorggegevens van de patiënt?
59. Wanneer moet de zorgaanbieder beginnen en stoppen met het registreren van de gegevens van de patiënt?

Factuur

60. Welke gegevens moet een zorgaanbieder op de factuur zetten?
61. Welke gegevens moeten op de factuur bij niet-verzekerde zorg en overige prestaties?
62. Mag de zorgaanbieder meer gegevens op de factuur zetten?
63. Kan de zorgverzekeraar meer gegevens op de factuur eisen bij een zorgaanbieder?
64. Hoe maakt de zorgaanbieder de prijs van de behandeling bij niet-gecontracteerde zorg inzichtelijk?

Minimale dataset (MDS)

65. Welke gegevens worden aangeleverd aan het DIS?

- 66. Welke gegevens moeten worden aangeleverd aan het DIS bij niet-verzekerde zorg, overige prestaties en de prestatie Onvolledig behandeltraject?
- 67. Waarom worden deze gegevens aangeleverd aan het DIS?
- 68. Wanneer moeten deze gegevens aangeleverd worden aan het DIS?
- 69. Hoe registreert de zorgaanbieder behandelcomponenten?
- 70. Welke diagnose informatie moet de zorgaanbieder registreren?
- 71. Hoe wordt de tijd per patiënt geregistreerd als een behandelaar groepstherapie verleent?
- 72. Hoe registreert een zorgaanbieder tijd onder de behandelcomponent e-health?

Verwijzer

- 73. Is een verwijzing naar de GB-GGZ nodig?
- 74. Wie zijn de verwijzers naar de GB-GGZ?
- 75. Waar moet de verwijsbrief of verwijzing naar de GB-GGZ aan voldoen?
- 76. Wat zijn de vereisten van de AGB-code van de verwijzer?
- 77. Is het bij de prestatie 'Basis GGZ Chronisch' noodzakelijk om ieder jaar een nieuwe verwijzing te hebben?
- 78. Is er opnieuw een verwijzing nodig nadat de patiënt een prestatie Onvolledig behandeltraject heeft ontvangen?

Privacyverklaring

- 79. Wat zijn de consequenties van het invullen van de privacyverklaring?
- 80. Kan door het invullen van de privacyverklaring ook voorkomen worden dat er diagnose informatie op de factuur staat?

Onderlinge dienstverlening

- 81. Wanneer is er sprake van onderlinge dienstverlening?

Gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg

- 82. Wat is het verschil tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders?
- 83. Mag de patiënt zelf beslissen bij welke zorgaanbieder de behandeling plaatsvindt?

Informatieverplichting

- 84. Wat moet de zorgaanbieder de patiënt voorafgaand aan de behandeling vertellen over de prijs?

Voorschot

- 85. Mag de zorgaanbieder om een voorschot vragen?

Beantwoording vragen over GGZ

- 86. Welke vragen beantwoordt de NZa?
- 87. Bij welke organisatie kan ik terecht voor andere vragen?
- 88. Waar kan ik nog meer informatie vinden over de GB-GGZ?
- 89. Waar kan de zorgaanbieder terecht bij problemen met het declaratiesysteem of de aanlevering aan DIS?
- 90. Wat zijn de grootste veranderingen in de generalistische basis ggz voor 2015?

Bijlage - beleidswijzigingen 2015

Documenten generalistische basis GGZ (GB-GGZ)

1. In welke documenten staan welke regels?

In de *beleidsregel generalistische basis GGZ (GB-GGZ)* staat een beschrijving hoe de NZa de beleidsruimte invult. De NZa stelt over een aantal van haar taken beleidsregels vast. Beleidsregels kunnen het volgende inhouden: normen, rekenkundige waarden, procedures, feiten en omstandigheden, voorschriften, voorwaarden en beperkingen, tariefsoorten en prestatiebeschrijvingen.

In de *nadere regel GB-GGZ* staan de algemeen bindende voorschriften voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

De *tariefbeschikking GB-GGZ* geeft de tarieven en de bijbehorende prestaties (activiteiten en verrichtingen) weer die een zorgaanbieder in rekening kan brengen.

Elke beleidsregel, nadere regel en tariefbeschikking heeft een begin en einddatum. Als u wilt weten wat de regels zijn of waren in een bepaalde periode is het belangrijk hier op te letten. Daarnaast hebben deze documenten ook een uniek nummer voor iedere versie van het document. U kunt de documenten vinden op onze website onder 'Beleid en regels' (<http://www.nza.nl/regelgeving/>) door gebruik te maken van de zoekfilters aan de rechterzijde.

Invoering van het systeem van de GB-GGZ

2. Waarom is de GB-GGZ ingevoerd?

Om de zorg doeltreffend, betaalbaar en dichtbij de patiënt te houden, hebben (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders, zorgverzekeraars, cliënten- en familieorganisaties en de overheid in een 'Bestuurlijk akkoord' besloten per 2014 een stelselwijziging door te voeren in de GGZ. Het doel van deze stelselwijziging is een passende behandeling op de juiste plaats. Patiënten met lichte klachten worden behandeld in de huisartsenzorg. Behandeling van lichte tot matige, niet complexe psychische stoornissen vindt plaats in de GB-GGZ. Complexe stoornissen worden behandeld in de gespecialiseerde GGZ (G-GGZ).

3. Welke patiënten krijgen een behandeling in de GB-GGZ?

Patiënten in de GB-GGZ hebben een stoornis die kan worden behandeld met Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). De stoornis is te typeren met een DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versie 4). Behandeling van lichte tot matige, niet complexe psychische stoornissen vindt plaats in de GB-GGZ.

Verschillen met andere vormen van GGZ

4. Wat is het verschil tussen de POH-GGZ en de GB-GGZ?

De POH-GGZ (of de kaderhuisarts) behandelt patiënten met een psychische *klacht*. In de GB-GGZ of G-GGZ worden patiënten behandeld met een psychische *stoornis* (conform DSM-IV).

5. Wat is het verschil tussen G-GGZ en GB-GGZ?

In de G-GGZ worden patiënten behandeld met complexere GGZ problematiek in vergelijking met de GB-GGZ. De G-GGZ is bestemd voor

patiënten met een hoog risico en/ of hoge complexiteit die een DSM-IV stoornis hebben. Patiënten die beter in de G-GGZ behandeld kunnen worden, hebben een grote zorgvraagzwaarte waardoor de behoefte aan zorg groter is dan de prestatie 'Basis GGZ Intensief' kan bieden. Bovendien is er in de GB-GGZ geen sprake van verblijf wat onder de basispakketzorg valt. Kortom, een patiënt kan wel in de GB-GGZ verblijven maar het verblijf (opname in een instelling) is niet verzekerd. Als de zorgaanbieder een verblijf noodzakelijk vindt, kan men betwijfelen of de patiënt in de GB-GGZ moet worden behandeld.

6. Wat is het verschil tussen de langdurige GGZ en de GB-GGZ?

Langdurige GGZ is geestelijke gezondheidszorg gericht op mensen met ernstige psychische aandoeningen. Deze zorg is zwaarder, complexer en langduriger dan de zorg in de G-GGZ (en dus ook GB-GGZ). De langdurige GGZ viel vorig jaar onder de AWBZ, maar is per 2015 deels overgeheveld naar de Zvw. Als mensen langere tijd zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, komen de eerste 3 jaar van de opname ten laste van de Zvw. Na 3 jaar valt de zorg onder de Wet langdurige zorg (Wlz).

Combineren behandeling GGZ

7. Mag een patiënt zowel in de GB-GGZ als in de G-GGZ in behandeling zijn?

De regelgeving van de NZa verhindert niet dat een patiënt zowel in de GB-GGZ als in de G-GGZ in behandeling is. Patiënten mogen niet voor dezelfde stoornis in zowel de GB-GGZ als de G-GGZ in behandeling zijn.

8. Mag een zorgaanbieder zowel GB-GGZ als G-GGZ aanbieden?

Ja, de zorgaanbieder mag in dezelfde praktijk zowel GB-GGZ als G-GGZ aanbieden aan patiënten.

Jeugd GGZ

9. Kan de behandeling van kinderen plaatsvinden in de GB-GGZ?

Nee, GGZ bij kinderen en jeugd (tot 18 jaar) valt onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. De gemeente bepaalt ook hoe en wat er wordt betaald aan zorgaanbieders. De GGZ voor kinderen en jeugd verloopt daarom niet via de NZa en niet via zorgverzekeraars. Voor vragen over de jeugd GGZ verwijzen wij u daarom ook naar de gemeente of de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG).

10. Wat verandert er voor de patiënt bij het bereiken van 18 jaar?

Als de patiënt 18 jaar is, valt de patiënt vanaf dat moment niet meer onder de Jeugdwet en dus is de gemeente niet meer verantwoordelijk voor de zorg aan de patiënt. De behandeling in het gemeentelijke domein beëindigt bij het passeren van de leeftijd van 18 jaar. De GGZ behandeling van volwassenen patiënten valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en dat betekent dat de zorgverzekeraar de zorgplicht heeft voor volwassen GGZ patiënten.

De patiënt heeft voor behandeling in de GB-GGZ een verwijzing nodig. Ook bij overgang vanuit het gemeentelijke domein. Een eventueel restant van de behandeling na het passeren van de leeftijdsgrens van 18 jaar vindt plaats volgens de bekostigingsregels in de GB-GGZ.

Bekostiging behandeling GB-GGZ

11. Hoe brengt de zorgaanbieder GB-GGZ in rekening?

De zorgaanbieder brengt de zorg in de GB-GGZ in rekening door middel van prestaties. De prestaties zijn breed omschreven, zodat de zorgaanbieder de vrijheid heeft voor de specifieke invulling van een prestatie met behulp van behandelcomponenten.

Afhankelijk van de situatie kan een zorgaanbieder meerdere prestaties in rekening brengen:

- Integrale prestaties
 - o Basis GGZ Kort
 - o Basis GGZ Middel
 - o Basis GGZ Intensief
 - o Basis GGZ Chronisch
- Prestatie Onvolledig behandeltraject
- OVP niet-basispakketzorg
 - o OVP niet-basispakketzorg Consult
 - o OVP niet-basispakketzorg Verblijf
- Overige prestaties

De integrale prestaties worden in rekening gebracht bij verzekerde zorg. Zie 'Welke integrale prestaties kan een zorgaanbieder declareren?'. De prestatie Onvolledig behandeltraject brengt de zorgaanbieder in een beperkt aantal situaties in rekening. Deze situaties staan beschreven bij 'Wanneer brengt de zorgaanbieder de prestatie Onvolledig behandeltraject in rekening?'.
De OVP's niet-basispakketzorg kunnen in rekening worden gebracht bij niet-basispakketzorg. Zie voor meer informatie over OVP's 'Wanneer kan een OVP niet-basispakketzorg in rekening worden gebracht?'
Overige prestaties behoren niet tot de basisverzekerde zorg, maar kunnen ook niet als OVP worden gedeclareerd. Zie voor meer informatie: 'Wat zijn 'overige prestaties?''.

Integrale prestaties

12. Welke integrale prestaties kan een zorgaanbieder declareren?

Er zijn vier integrale prestaties:

- Basis GGZ Kort
- Basis GGZ Middel
- Basis GGZ Intensief
- Basis GGZ Chronisch

Na de intake en diagnostiek deelt de zorgaanbieder de patiënt in, in een van de prestaties op basis van het patiëntprofiel (zie 'Hoe bepaalt de zorgaanbieder het patiëntprofiel?'). Elk van deze prestaties omvat alle behandelcomponenten voor een patiënt passend bij het patiëntprofiel.

13. Wat bepaalt in welke prestatie een patiënt wordt ingedeeld?

Het patiëntprofiel bepaalt de integrale prestatie die de zorgaanbieder declareert. Zie voor meer informatie 'Hoe bepaalt de zorgaanbieder het patiëntprofiel?'. De hoeveelheid daadwerkelijk bestede tijd per patiënt is dus niet bepalend voor de prestatie die gedeclareerd wordt.

14. Hoe bepaalt de zorgaanbieder het patiëntprofiel?

Het patiëntprofiel is gebaseerd op vijf objectieve criteria: DSM stoornis, de ernst van de problematiek, het risico, de complexiteit en het verloop van de klachten. Elke integrale prestatie is gebaseerd op een afzonderlijk patiëntprofiel. De prestatie die de zorgaanbieder in rekening brengt, is gebaseerd op de score op deze vijf criteria. In de beleidsregel GB-GGZ is per integrale prestatie een beschrijving gegeven van deze criteria.

Duur, inhoud en prijs behandeling**15. Wat zijn behandelcomponenten?**

De behandelcomponenten vormen samen de behandeling van de patiënt. Er zijn verschillende behandelcomponenten. U kunt denken aan bijvoorbeeld: groepstherapie of een gesprek via Skype. De NZa heeft geen dwingende lijst met behandelcomponenten, wij noemen enkel voorbeelden.

16. Welke behandeling levert de zorgaanbieder?

De behandeling die de patiënt krijgt is niet op voorhand te bepalen. Het patiëntprofiel geeft een indicatie van de intensiteit en duur van de behandeling. Doordat de behandeling wordt betaald door een integrale prestatie met een van tevoren bekend tarief, zegt de prijs van de behandeling niets over de behandelcomponenten. Zorgaanbieders hebben veel vrijheid om te bepalen op welk moment een behandelcomponent wordt ingezet. Er ontstaat zo zorg op maat. In het behandelpakket met bijbehorende prijs zijn alle behandelcomponenten inbegrepen. Er is daardoor ook geen koppeling met tijdsbesteding. Zie voor meer informatie waarom de zorgaanbieder informatie, zoals tijdsbesteding, toch moet aanleveren aan het DIS: In welke documenten staan welke regels?'

17. Hoe lang duurt een behandeling?

De duur van de behandeling is niet af te leiden. De integrale prestaties hebben geen tijdscomponent gekoppeld aan het tarief. Het voordeel daarvan is dat het efficiënte zorgverlening stimuleert.

18. Als de zorgaanbieder meer tijd nodig heeft voor de behandeling, kan dan nog een prestatie worden geopend?

Tijdsbesteding heeft geen relatie met de in rekening te brengen prestatie. De zorgzwaarte is leidend. Als een zorgverlener meer tijd kwijt is dan gehoopt of verwacht, is dat geen reden om een nieuwe prestatie te openen. Dit is dan ook niet toegestaan. De mogelijke afsluitredenen voor een prestatie staan in de beleidsregel en nadere regel. Het overschrijden van de geplande behandelinzet is geen legitieme reden om een prestatie af te sluiten (en dus ook niet om een nieuwe prestatie te openen). Zie 'Wat zijn redenen voor het afsluiten of afronden van de behandeling?'

19. Wat is het maximaal aantal behandelminuten per prestatie?

De NZa heeft geen maximum aantal behandelminuten vastgesteld. Het is niet toegestaan een prestatie af te sluiten omdat het aantal minuten bereikt is. Het aantal minuten per prestatie dat in de beleidsregel staat genoemd, is slechts een indicatie van het aantal minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd die nodig is om de zorg te leveren. De reden dat deze minuten wel worden genoemd, is ter onderbouwing van de methodiek en het rekenmodel die wij hebben gebruikt om de maximumtarieven van de prestaties te berekenen. Zie voor meer informatie over de maximumtarieven: 'Welk bedrag mag de zorgaanbieder in rekening brengen voor de zorg?'.

20. Wat is direct patiëntgebonden tijd?

Direct patiëntgebonden tijd is de tijd waarin een behandelaar, in het kader van de diagnostiek of behandeling, contact heeft met de patiënt of familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten van de patiënt. Ook contacten via de elektronische weg vallen hieronder.

21. Wat is indirect patiëntgebonden tijd?

Indirect patiëntgebonden tijd is de tijd die de behandelaar besteedt aan de patiënt of naasten waarbij ze niet aanwezig zijn. Activiteiten die hieronder vallen zijn bijvoorbeeld: het voorbereiden van een behandeling, verslaglegging, reistijd van de zorgaanbieder.

22. Wat zijn redenen voor het afsluiten of afronden van de behandeling?

Het behandeltraject wordt afgesloten als de behandeling van de patiënt eindigt. Afsluitredenen:

- de behandeling is afgerond;
- vermoeden van een DSM-stoornis is niet bevestigd;
- patiëntprofiel patiënt te zwaar voor de Basis GGZ;
- behandeling loopt 365 dagen;
- overlijden van de patiënt;
- voortijdige beëindiging van de behandeling op initiatief van de patiënt;
- de patiënt gaat over naar een andere bekostiging.

Van een andere bekostiging is sprake als de patiënt zijn zorg krijgt via de gemeente of als de patiënt onder de Wet langdurige zorg valt.

Andere prestaties dan integrale prestaties

23. Welke andere prestaties dan de integrale prestaties kan de zorgaanbieder declareren?

Er is een aantal andere prestaties dan de vier integrale prestaties die kunnen worden gedeclareerd. Dit zijn:

- Prestatie onvolledig behandeltraject;
- OVP niet-basispakketzorg Consult;
- OVP niet-basispakketzorg Verblijf;
- Overige prestaties.

Prestatie Onvolledig behandeltraject

24. Wanneer brengt de zorgaanbieder de prestatie Onvolledig behandeltraject in rekening?

Er zijn drie situaties waarin de zorgaanbieder de prestatie onvolledig behandeltraject in rekening brengt:

- De zorgaanbieder kan geen DSM-stoornis vaststellen, ondanks dat de verwijzer daartoe wel een vermoeden had.
- Er wordt vroeg in de behandeling geconstateerd dat de patiënt behandeld moet worden in de gespecialiseerde GGZ. Vroeg is hierbij na een maximale behandeling van 120 minuten. Deze 120 minuten bestaat uit zowel directe als indirecte patiëntgebonden tijd.
- De behandeling wordt vroeg door de patiënt afgebroken. Een reden voor het afbreken van een behandeling kan zijn dat de patiënt een andere behandelaar wenst. Vroeg is hierbij na een maximale behandeling van 120 minuten. Deze 120 minuten bestaat uit zowel directe als indirecte patiëntgebonden tijd.

25. Waarom wordt er in de prestatie Onvolledig behandeltraject wel verwezen naar aantal minuten van de behandeling?

In twee situaties beschreven onder de vraag 'Wanneer brengt de zorgaanbieder de prestatie Onvolledig behandeltraject in rekening?' wordt er verwezen naar een bepaald aantal minuten van de behandeling. Dit terwijl de prestaties niet gekoppeld zijn aan tijdsbesteding. De reden voor deze verwijzing naar tijd is het bepalen van de definitie wanneer een behandeling 'vroeg' wordt beëindigd. Het stellen van een norm is in dit specifieke geval nodig en is als uitzondering toegepast.

OVP niet-basispakketzorg

26. Wat is een OVP niet-basispakketzorg?

Er bestaan twee typen OVP niet-basispakketzorg prestaties:

- *De OVP niet-basispakketzorg Consult:* een onafgebroken tijdsspanne waarin de zorgaanbieder de patiënt voor één of meerdere indicaties begeleidt, adviseert en/of behandelt. Het maximumtarief dat een zorgaanbieder mag rekenen, is gebaseerd op een consult van 60 minuten.
- *De OVP niet-basispakketzorg Verblijf:* voor patiënten die opgenomen zijn om zorg te ontvangen die niet behoort tot het verzekerd pakket. De behandeling valt niet onder deze prestatie, het gaat uitsluitend om de verblijfskosten. Het maximumtarief voor de OVP Verblijf is gebaseerd op een verblijf van 24 uur.

27. Wanneer kan een OVP niet-basispakketzorg in rekening worden gebracht?

De OVP niet-basispakketzorg kan de zorgaanbieder gebruiken voor het declareren van zorg die wel zorg is zoals beschreven in de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG), maar die niet verzekerd is via het basispakket. Een voorbeeld hiervan is zorg aan patiënten ter behandeling van een aanpassingsstoornis. Welke zorg tot het verzekerde basispakket behoort, valt onder de verantwoordelijkheid van het Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ).

Het is niet toegestaan om zorg die binnen het verzekerde pakket valt als OVP niet-basispakketzorg aan te bieden, ook niet als de patiënt zelf

betaalt. Zie verder: 'Mag de patiënt de GB-GGZ behandeling zelf betalen?'.

28. Welke regels zijn van toepassing op de OVP niet-basispakketzorg?

De OVP niet-basispakketzorg is een prestatie voor niet-basispakketzorg. De zorgaanbieder mag deze prestatie alleen in rekening brengen als de behandeling niet onder het basispakket valt. Voor het consult of de verblijfsdag geldt een maximum tarief.

De registratie-, informatie- en declaratiebepalingen, die staan beschreven in de nadere regel, zijn beperkt van toepassing op de OVP niet-basispakketzorg. De zorgaanbieder hoeft bijvoorbeeld geen MDS (Minimale Dataset basis GGZ) gegevens aan DIS te leveren, ook is een hoofdbehandelaar niet noodzakelijk en is er geen verwijzing nodig. Overigens gelden wel de informatievereisten aan de patiënt, zoals informatie over de zorg en de bijbehorende prijs.

29. Mag een zorgaanbieder meerdere OVP's in rekening brengen?

Ja, de zorgaanbieder kan meerdere OVP's in rekening brengen.

30. Kan de zorgaanbieder zowel een prestatie voor basispakketzorg als een OVP voor niet-basispakketzorg in rekening brengen?

Ja dat mag. Als de zorgaanbieder aan de patiënt basispakketzorg en niet-basispakketzorg levert, dan declareert de zorgaanbieder een prestatie voor de basispakketzorg en één of meerdere OVP's voor de niet-basispakketzorg.

Overige prestaties

31. Wat zijn 'overige prestaties'?

Zorgaanbieders kunnen per 2015 de prestaties voor keuringen, rapporten en informatieverstrekingen declareren als overige prestatie. Deze overige prestaties zijn opgenomen in bijlage 4 bij de beleidsregel 'Prestaties en tarieven Medisch Specialistische Zorg' (OZP, 'overige verrichtingen'). Deze prestaties behoren niet tot de basisverzekerde zorg, maar kunnen ook niet als OVP worden gedeclareerd.

Declareren van prestaties

32. Welke prestatie brengt de zorgaanbieder in rekening als de patiënt geen DSM-stoornis heeft?

Als blijkt dat de patiënt geen DSM stoornis heeft, dan verwijst de zorgaanbieder de patiënt terug naar de huisarts en brengt alleen de prestatie Onvolledig behandeltraject in rekening. Deze prestatie heeft een lager tarief dan de reguliere GB-GGZ prestaties.

33. Welke prestatie brengt de zorgaanbieder in rekening als de klachten verergeren?

Als tijdens de behandeling in de GB-GGZ blijkt dat de problematiek en klachten verminderen of verergeren, kan de zorgaanbieder een andere

prestatie in rekening brengen. Als de problematiek dermate verergerd waardoor de patiënt niet meer binnen de patiëntprofielen van de GB-GGZ past, vindt er overdracht plaats aan de verwijzer (die de patiënt wellicht kan doorverwijzen naar de G-GGZ). Het behandeltraject in de GB-GGZ wordt afgesloten en de prestatie wordt in rekening gebracht. Dit is de prestatie die de zorgaanbieder van tevoren had vastgesteld op basis van het patiëntprofiel tijdens intake en diagnostiek. Als de behandeling net is gestart (maximaal 120 minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd) en blijkt dat het patiëntprofiel van de patiënt te zwaar is voor de GB- GGZ, dan brengt de zorgaanbieder alleen de prestatie 'Onvolledig behandeltraject' in rekening.

34. Welke prestatie brengt de zorgaanbieder in rekening als de patiënt stopt met de behandeling?

Als de patiënt de behandeling eerder wilt stoppen op eigen initiatief dan wordt het behandeltraject in de GB-GGZ afgesloten en de geleverde prestatie in rekening gebracht. Dit is de prestatie die de zorgaanbieder van tevoren had vastgesteld op basis van het patiëntprofiel tijdens intake en diagnostiek. Als de behandeling net is gestart (maximaal 120 minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd), dan brengt de zorgaanbieder de prestatie 'Onvolledig behandeltraject' in rekening.

35. Welke prestatie brengt de zorgaanbieder in rekening bij een eerder afgebroken behandeling?

Als de behandeling om een bepaalde reden voortijdig eindigt (vallend binnen de door de NZa bepaalde afsluitredenen), kan de behandelaar de afgesloten prestatie geheel declareren. De prestatie Onvolledig behandeltraject kan alleen in drie specifieke situaties in rekening worden gebracht. Zie 'Wanneer brengt de zorgaanbieder de prestatie Onvolledig behandeltraject in rekening?'.
 De NZa legt geen beperking op aan het aantal in rekening te brengen prestaties per jaar. Voorwaarde is wel dat de huisarts of een andere verwijzer een verwijzing heeft gegeven voor elke afzonderlijke behandelingen.

36. Hoeveel prestaties per jaar kan een patiënt krijgen in de generalistische basis GGZ?

Bij gecontracteerde zorg kunnen zorgverzekeraars wel beperkingen stellen aan het aantal prestaties dat een zorgverlener bij één patiënt mag leveren.

37. Mag de zorgaanbieder meerdere behandelingen of prestaties aan mij aanbieden?

De zorgaanbieder kan meerdere behandelcomponenten per behandeltraject aanbieden. Een prestatie kan uit meerdere behandelcomponenten bestaan. Een zorgaanbieder mag maar één prestatie per keer (per zorgvraag) in rekening brengen (met uitzondering van een aantal situaties). Er zijn twee uitzonderingen wanneer de zorgaanbieder wel meerdere prestaties met dezelfde behandeldatum in rekening mag brengen:

- Prestatie Basis GGZ Chronisch met Basis GGZ Kort, of met Basis GGZ Middel of met Basis GGZ Intensief.
- De integrale prestaties mogen in combinatie met de OVP's in rekening worden gebracht.

38. Waarom mag de prestatie Basis GGZ Chronisch wel gecombineerd worden met andere prestaties?

De reden dat een prestatie Basis GGZ Chronisch wel gecombineerd mag worden met een andere integrale prestatie, en de andere prestaties niet, is van zorginhoudelijke aard. Een chronische prestatie brengt de zorgaanbieder in rekening bij een ander type behandeling, namelijk bij: laag tot matig risico, met een stabiele of instabiele chronische problematiek waardoor de frequentie van de behandeling regelmatig maar laag is. De andere prestaties kunnen daarentegen meer hoog frequent zijn. Indien bijvoorbeeld de prestatie basis GGZ Kort met basis GGZ Intensief gecombineerd zou moeten worden, dan moet de zorgaanbieder zich afvragen of de patiënt wel in de GB-GGZ thuishoort.

39. Door wie mag een prestatie in de GB-GGZ in rekening worden gebracht?

De zorgaanbieder heeft geen specifieke opleiding nodig om de prestaties in de GB-GGZ in rekening te brengen. Wel dient er betrokkenheid te zijn van een hoofdbehandelaar. Zie 'Wie mogen er hoofdbehandelaar zijn?'.
'

40. Valt een losse intelligentietest onder de GB-GGZ?

In de eerste plaats moet het patiëntprofiel van de patiënt voldoen aan de criteria om voor GB-GGZ in aanmerking te komen. De intelligentietesten vallen onder niet-basispakket zorg. De zorgaanbieder kan losse intelligentietest declareren als OVP niet-basispakketzorg (als losse prestatie) naast de integrale prestatie.

Hoofdbehandelaars

41. Wie mogen er hoofdbehandelaar zijn?

De hoofdbehandelaars in de GGZ zijn BIG-geregistreerd en hebben een GGZ-specifieke opleiding gevolgd. Met uitzondering van de Orthopedagoog generalist en de Kinder- en Jeugdpsycholoog. Zij zijn niet BIG-geregistreerd maar wel ingeschreven in het register bij hun beroepsvereniging, respectievelijk de NVO en NIP.

De volgende behandelaars mogen hoofdbehandelaar zijn:

1. Psychiater
2. Klinisch psycholoog
3. Klinisch neuropsycholoog
4. Psychotherapeut
5. Specialist ouderengeneeskunde
6. Verslavingsarts in profielregister KNMG
7. Klinisch geriater
8. Verpleegkundig specialist GGZ
9. GZ-psycholoog
10. Orthopedagoog generalist
11. Kinder- & Jeugdpsycholoog

42. Is het toegestaan dat de zorgverzekeraar andere eisen stelt aan wie hoofdbehandelaar mag zijn?

Ja, de zorgverzekeraar kan de lijst met hoofdbehandelaars beperken in haar afspraken met zorgaanbieders (gecontracteerde zorgaanbieders). De zorgverzekeraar mag de lijst met hoofdbehandelaars niet uitbreiden.

43. Wat is de rol van de hoofbehandelaar in de regels van de NZa?

De hoofbehandelaar is verantwoordelijk voor de juiste registratie van gegevens van het behandeltraject. Ieder behandeltraject vindt dus plaats onder verantwoordelijkheid van een hoofbehandelaar. Wij stellen geen eisen aan bijvoorbeeld de minimale tijdsbesteding van de hoofbehandelaar aan een behandeltraject. Bij gecontracteerde zorg kan de zorgverzekeraar dergelijke eisen wel stellen in haar afspraken met zorgaanbieders.

Medebehandelaars

44. Wie zijn medebehandelaars in de GB-GGZ?

Medebehandelaars zijn de zorgverleners die zorg verlenen in het kader van het behandeltraject van de patiënt in de GB-GGZ, niet zijnde hoofbehandelaars.

45. Welke eisen stelt de NZa aan medebehandelaars?

In de bijlage bij de beleidsregel Prestaties en tarieven gespecialiseerde GGZ is een bijlage opgenomen waarin medebehandelaars staan genoemd (Beroepentabel GGZ). Op deze medebehandelaars zijn de verplichtingen in de nadere regel GB-GGZ van toepassing. Wij stellen geen eisen aan bijvoorbeeld de minimale tijdsbesteding van de medebehandelaar in verhouding tot de hoofbehandelaar bij een behandeltraject. De zorgverzekeraar kan wel nadere eisen stellen aan de minimale tijdsbesteding van een hoofbehandelaar en medebehandelaars in haar afspraken (contracten) met zorgaanbieders.

Tarieven behandeling GB-GGZ

46. Welk bedrag mag de zorgaanbieder in rekening brengen voor de zorg?

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen in contracten bedragen afspreken die zorgaanbieders in rekening mogen brengen bij de verschillende prestaties. In dat geval is er sprake van gecontracteerde zorg. Deze afgesproken bedragen mogen niet hoger zijn dan het maximumtarief die in de Tariefbeschikking GB-GGZ GGZ staat. Zorgaanbieders die geen contract hebben met de zorgverzekeraar mogen ook geen hoger bedrag in rekening brengen dan de bedragen in de Tariefbeschikking GB-GGZ.

47. Wat is een max-max tarief?

De maximumtarieven voor de vier zorgzwaarteproducten (Kort, Middel, Intensief, Chronisch) en de prestatie Onvolledig behandeltraject kunnen met 10% worden verhoogd als de zorgaanbieder en zorgverzekeraar dat hebben afgesproken en vastgelegd in het contract.

48. Waarom zijn er max-max tarieven?

Om de beste zorg voor hun patiënten te regelen, kunnen verzekeraars de max-max tarieven gebruiken om zorgaanbieders een hoger tarief te geven, bijvoorbeeld om te belonen voor hogere kwaliteit of het behalen van bepaalde resultaten. Zorgverzekeraars zijn niet verplicht om max-max tarieven af te spreken met zorgaanbieders.

49. Hoe heeft de NZa de maximumtarieven berekend?

Wij hebben voor het bereken van de maximumtarieven een modelmatige methode gebruikt. In de beleidsregel kunt u lezen hoe dit maximumtarief is opgebouwd. Op onze website is ook een Verantwoordingsdocument opgenomen, waarin we gedetailleerd ingaan op de onderliggende parameters en gemaakte keuzes.

50. Mag de patiënt de GB-GGZ behandeling zelf betalen?

Ja, dat mag: de factuur is voor de patiënt of diens zorgverzekeraar. Sommige patiënten willen de zorg zelf betalen. De patiënt moet de verzekerde zorg betalen volgens de prestaties en tarieven van het bekostigingssysteem in de GB-GGZ. Zorg die binnen het verzekerde pakket valt, moet daardoor via een van de vier integrale prestaties in de GB-GGZ bekostigd worden (BK, BM, BI, BC). Niet verzekerde zorg betaalt de patiënt zelf.

Behandelcomponenten integrale prestaties

51. Welke behandelcomponenten moet een zorgaanbieder leveren?

Behandelcomponenten vormen de behandeling van de patiënt. In de beleidsregel zijn ter indicatie een aantal behandelcomponenten opgenomen. Voorbeelden van een behandelcomponent zijn: face-to-face groepsbehandeling en consultatie. De NZa bepaalt niet welke behandelcomponenten geleverd moeten zijn bij een bepaalde prestatie. De zorgaanbieder kan hierdoor zorg op maat leveren. Daarnaast biedt het (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid binnen de prestatie op het zorgproces en de organisatie van zorg te vernieuwen.

Voorwaarde is dat dit uiteraard moet gebeuren binnen de maximumtarieven vastgesteld door de NZa. De mogelijke behandelcomponenten zijn door de NZa in de beleidsregel dus niet limitatief beschreven of begrensd. Het is aan de zorgaanbieder om de juiste behandelcomponenten in te zetten.

52. Kunnen de behandelcomponenten ook afzonderlijk in rekening worden gebracht?

De behandelcomponenten worden niet afzonderlijk in rekening gebracht, maar als een geheel (integraal onderdeel van de prestatie).

53. Wat is het verschil tussen de behandelcomponent 'gespecialiseerde behandeling' en 'consultatie'?

In het zorgprofiel van de prestaties GB-GGZ is opgenomen dat in sommige gevallen een andere zorgverlener die meer gespecialiseerd is, bijdraagt aan de behandeling. De behandelcomponent "consultatie" of "gespecialiseerde behandeling" is dan van toepassing. Van "*gespecialiseerde behandeling*" is sprake als de meer gespecialiseerde zorgverlener een (deel van de) behandeling uitvoert bij de patiënt. Bij "*consultatie*" gaat het om bijvoorbeeld meekijken of adviseren door de gespecialiseerde zorgaanbieder ten behoeve van de behandeling van de patiënt.

Specialistische behandeling of consultatie wordt in rekening gebracht via onderlinge dienstverlening. Zie 'Wanneer is er sprake van onderlinge dienstverlening?'.

54. Welke eisen worden er gesteld aan e-health?

Zorginhoudelijk stelt de NZa geen eisen aan e-health. Alle vormen van e-health kunnen als behandelcomponent worden ingezet. Wel moet de zorgaanbieder voldoen aan de registratie-, informatie-, en declaratieverplichtingen, en alle overige regelgeving van de generalistische basis GGZ. Het is wel mogelijk dat de zorgverzekeraar in haar contract met zorgaanbieders bepaalde behandelmethoden uitsluit.

55. Als een zorgaanbieder medicatiebegeleiding geeft aan een patiënt in behandeling in de GB-GGZ, kan de zorgaanbieder dit deel dan in de G-GGZ declareren?

Medicatiebegeleiding kan een behandelcomponent zijn en kan dus onderdeel zijn van het tarief in de GB-GGZ. Medicatiebegeleiding moet worden bekostigd vanuit het tarief voor de integrale prestatie van de GB-GGZ. Medicatiebegeleiding kan daardoor niet ten laste komen van de G-GGZ, terwijl het overige deel van de behandeling wel GB-GGZ betreft.

Aanvullende regels integrale prestaties

56. Hoe te handelen als de gekozen prestatie niet voldoende is?

Als tijdens een behandeltraject blijkt dat een patiënt op basis van zijn individuele zorgvraagzwaarte een meer of minder intensieve behandeling nodig heeft, dan is het mogelijk om tijdens een behandeltraject van prestatie te veranderen. De zorgaanbieder moet de patiënt hier adequaat over informeren.

Alleen de prestatie die de patiënt heeft ontvangen, wordt gedeclareerd. De zorgaanbieder mag dus niet ook de initiële prestatie in rekening brengen. De zorgaanbieder zet op de factuur en geeft aan DIS door wat de geleverde prestatie is én wat de verwachte prestatie was bij aanvang van de behandeling.

57. Hoe te handelen als het product Intensief niet voldoende is?

Als de zorg voor een patiënt met prestatie Intensief sterk afwijkt en zwaarder is in vergelijking met de zorg bij patiënten met eenzelfde indicatie, moet de zorgaanbieder zich afvragen of deze patiënt wellicht beter behandeld kan worden binnen de G-GGZ. Als de behandelaar tot de conclusie komt dat de patiënt eigenlijk zorg moet krijgen in de G-GGZ sluit hij de behandeling af. De behandelaar declareert het zorgtraject dat was ingezet. De patiënt gaat weer terug naar de verwijzer en die kan de patiënt verwijzen naar de G-GGZ. Als de verwijzer meent dat de patiënt beter in de GB-GGZ past dan kan het voorkomen dat de verwijzer opnieuw naar de GB-GGZ verwijst.

Registratie zorggegevens

58. Wat gebeurt er met de zorggegevens van de patiënt?

Er zijn twee locaties waar zorggegevens terecht kunnen komen:

1. De zorgaanbieder declareert de verzekerde zorg bij de zorgverzekeraar. Om deze declaratie te kunnen indienen, moet de zorgaanbieder een aantal gegevens verstrekken aan de

zorgverzekeraar om dit mogelijk te maken. Welke gegevens dat minimaal zijn, kunt u vinden bij: Welke gegevens moet een zorgaanbieder op de factuur zetten?

2. De zorgaanbieder levert ook een aantal gegevens aan de 'Minimale Dataset Basis GGZ'. Deze database wordt beheert door DIS (www.dbcinformatiesysteem.nl). Zij gaan vertrouwelijk om met de gegevens. Mocht de patiënt toch wensen dat er geen gegevens aan deze database worden verstrekt, kunt de patiënt samen met de zorgaanbieder een privacyverklaring ondertekenen. Zie 'Wat zijn de consequenties van het invullen van de privacyverklaring?'.

59. Wanneer moet de zorgaanbieder beginnen en stoppen met het registreren van de gegevens van de patiënt?

De registratie van het behandeltraject start op het moment dat een patiënt zich met een zorgvraag meldt bij de zorgaanbieder in de GB-GGZ voor intake en diagnostiek. Dit hoeft niet noodzakelijkerwijs de allereerste keer te zijn dat de zorgaanbieder en de patiënt elkaar zien, want het kan ook zijn dat de patiënt al eerder in behandeling is geweest bij deze zorgaanbieder.

De registratie van het behandeltraject eindigt nadat het behandeltraject is afgerond. Voor redenen voor het afronden van het behandeltraject zie 'Wat zijn redenen voor het afsluiten of afronden van de behandeling?'.

Factuur

60. Welke gegevens moet een zorgaanbieder op de factuur zetten?

De gegevens die op de factuur moeten staan, staan vermeld in de nadere regel GB-GGZ. De volgende gegevens moeten minimaal op de factuur staan:

- a. Naam, geboortedatum, geslacht, postcode, burgerservicenummer, UZOVI-nummer verzekeraar
- b. Geleverde prestatie
- c. Prijs
- d. Startdatum en einddatum van het behandeltraject
- e. AGB-code van de zorgaanbieder die de prestatie levert
- f. AGB-code van de hoofdbehandelaar (op persoonsniveau) en diens beroep
- g. Indien van toepassing: AGB-code van de tweede hoofdbehandelaar (op persoonsniveau) en diens beroep
- h. Betrokken medebehandelaars en diens beroep
- i. Het type verwijzer
- j. Verwijzer: het type verwijzer en AGB-code verwijzer (op persoonsniveau), indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder 1 tot en met 4 in de nadere regel
- k. Directe en indirecte patiëntgebonden tijd van de hoofdbehandelaar (onder f en g)
- l. Directe en indirecte patiëntgebonden tijd van iedere medebehandelaar en diens beroep
- m. Totaal bestede directe en indirecte patiëntgebonden tijd (som k en l)
- n. Indeling in prestatie op basis van zorgvraagzwaarte na intake en diagnostiek

Voor overige prestaties, OVP's en niet gecontracteerde zorg gelden deze eisen niet. Zie 'Welke gegevens moeten op de factuur bij niet-verzekerde zorg en overige prestaties?'.

61. Welke gegevens moeten op de factuur bij niet-verzekerde zorg en overige prestaties?

Bovenstaande minimale eisen aan de factuur zijn niet van toepassing voor niet-verzekerde zorg, overige prestaties en niet-gecontracteerde zorg.

Voor OVP's en overige prestaties gelden er geen specifieke eisen voor de factuur. Wel moet de zorgaanbieder de patiënt voorafgaand aan het behandeltraject de patiënt informeren over de zorg en de prijs daarvan.

62. Mag de zorgaanbieder meer gegevens op de factuur zetten?

De lijst met gegevens op de factuur betreft een minimum. De zorgaanbieder kan er voor kiezen om meer gegevens op de factuur te zetten.

63. Kan de zorgverzekeraar meer gegevens op de factuur eisen bij een zorgaanbieder?

Bij gecontracteerde zorg kan de zorgverzekeraar verplichten dat de zorgaanbieder ook andere gegevens op de factuur plaatst dan de gegevens die verplicht zijn volgens onze nadere regel GB-GGZ. Verzekeraars en brancheorganisaties van zorgaanbieders hebben afgesproken dat verzekeraars voorsnog geen diagnose informatie op de factuur vereisen. Wij waren niet betrokken bij deze afspraken tussen veldpartijen. De NZa stelt diagnose informatie niet verplicht op de factuur.

64. Hoe maakt de zorgaanbieder de prijs van de behandeling bij niet-gecontracteerde zorg inzichtelijk?

Als de verzekeraar geen contract heeft met de zorgaanbieder dan is het mogelijk dat de verzekeraar de zorg niet volledig vergoedt. De zorgaanbieder moet door middel van een 'standaardprijslijst' aan de patiënt kenbaar maken wat de prijs is van de zorg. De inhoud van de prestatie en het bijbehorende tarief dat in rekening wordt gebracht staan op deze prijslijst vermeld.

Minimale dataset (MDS)

65. Welke gegevens worden aangeleverd aan het DIS?

De volgende gegevens worden aangeleverd aan het DBC-informatiesysteem (DIS) op basis van een door de NZa bepaalde Minimale dataset (MDS):

- a. Zorgaanbieder: Unieke identificatie zorgaanbieder (AGB-code)
- b. Hoofdbehandelaar: AGB-code (op persoonsniveau) en diens beroep; indien van toepassing de AGB-code (op persoonsniveau) van de tweede hoofdbehandelaar en diens beroep
- c. Verwijzer: het type verwijzer en AGB-code verwijzer (op persoonsniveau), indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder 1 tot en met 4 in de nadere regel

- d. Patiëntgegevens: naam patiënt, geboortedatum, geslacht, postcode, burgerservicenummer, unieke identificatie zorgverzekeraar (conform UZOVI register)
- e. Behandeltraject per patiënt: indeling in prestatie op basis van zorgvraagzwaarte na intake en diagnostiek; Prestatie bij eindigen van het behandeltraject; gedeclareerde prijs; stoornis volgens DSM-IV (hoofdgroepniveau); ROM (ja/nee); begindatum behandeltraject; einddatum behandeltraject
- f. Geleverde behandelcomponenten
 - b. Per behandelcomponent wordt het aantal minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd van iedere hoofdbehandelaar en iedere medebehandelaar en diens beroep geregistreerd.
 - a. Totaal bestede directe en indirecte patiëntgebonden tijd per hoofdbehandelaar en iedere medebehandelaar en diens beroep
 - b. Afsluitreden

De gegevens worden niet aangeleverd als de privacyverklaring is ondertekend. Zie 'Wat zijn de consequenties van het invullen van de privacyverklaring?'

Voor overige prestaties, OVP's en de prestatie onvolledig behandeltraject gelden deze eisen niet. Zie 'Welke gegevens moeten worden aangeleverd aan het DIS bij niet-verzekerde zorg, overige prestaties en de prestatie Onvolledig behandeltraject?'

66. Welke gegevens moeten worden aangeleverd aan het DIS bij niet-verzekerde zorg, overige prestaties en de prestatie Onvolledig behandeltraject?

Voor overige prestaties en niet-verzekerde zorg hoeft de zorgaanbieder geen data aan te leveren aan het DIS.

Voor de prestatie Onvolledig behandeltraject moeten de volgende gegevens geregistreerd worden:

- a. Prestatie
- b. Gedeclareerde prijs
- c. Stoornis volgens DSM IV, met als antwoord ja of nee
- d. Begindatum behandeltraject
- e. Einddatum behandeltraject
- f. Aantal minuten directe en indirecte tijd hoofdbehandelaar en diens beroep
- g. Aantal minuten directe en indirecte tijd van iedere medebehandelaar en diens beroep
- h. Afsluitreden

67. Waarom worden deze gegevens aangeleverd aan het DIS?

Zorgaanbieders zijn verplicht om deze gegevens aan DIS te leveren. Deze data zijn van belang voor het monitoren van ontwikkelingen en eventueel toekomstig onderhoud aan het bekostigingssysteem. Wij hebben dan bijvoorbeeld de mogelijkheid om te controleren of de maximumtarieven wel een juiste hoogte hebben.

68. Wanneer moeten deze gegevens aangeleverd worden aan het DIS?

De gegevens moeten maandelijks worden aangeleverd aan het DIS (MDS). Vrijgevestigde zorgaanbieders die generalistische basis GGZ leveren mogen deze gegevens per kwartaal aanleveren.

69. Hoe registreert de zorgaanbieder behandelcomponenten?

De geleverde behandelcomponenten dienen geregistreerd te worden in de MDS. De behandelcomponenten zijn ingedeeld in een aantal categorieën.

70. Welke diagnose informatie moet de zorgaanbieder registreren?

Wij vragen de zorgaanbieder de DSM-IV op hoofgroepniveau te registreren. Mogelijk moet de zorgaanbieder bij andere instanties of organisaties specifiekere aangeven om welke DSM-IV stoornis het gaat.

71. Hoe wordt de tijd per patiënt geregistreerd als een behandelaar groepstherapie verleent?

Als een patiënt groepstherapie krijgt waarbij meerdere patiënten tegelijkertijd behandeld worden, dan deelt de behandelaar zijn bestede tijd door het aantal deelnemers. Per patiënt wordt de bestede tijd geregistreerd in de MDS.

Overigens maakt het voor het tarief van het behandeltraject geen verschil of de patiënt groepstherapie of een individuele behandeling ontvangt. Het tarief is namelijk niet gekoppeld aan de bestede tijd maar aan het patiëntprofiel. Zie voor meer informatie 'Wat bepaalt in welke prestatie een patiënt wordt ingedeeld?'.
 Overigens maakt het voor het tarief van het behandeltraject geen verschil of de patiënt groepstherapie of een individuele behandeling ontvangt. Het tarief is namelijk niet gekoppeld aan de bestede tijd maar aan het patiëntprofiel. Zie voor meer informatie 'Wat bepaalt in welke prestatie een patiënt wordt ingedeeld?'.

72. Hoe registreert een zorgaanbieder tijd onder de behandelcomponent e-health?

In de Nadere Regel is direct patiëntgebonden tijd als volgt gedefinieerd: *"De tijd waarin een behandelaar, in het kader van de diagnostiek of behandeling, contact heeft met de patiënt of met familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten (het systeem) van de patiënt. Hier valt face-to-face, telefonisch en elektronisch contact via email of internet onder (chatten, Skype, et cetera)."* In deze definitie van direct patiëntgebonden tijd zijn e-health toepassingen expliciet benoemd. De behandelcomponent e-health kan bijvoorbeeld bestaan uit elektronisch contact. Elektronisch contact valt onder direct patiëntgebonden tijd.

Als e-health toepassing leidt tot communicatie tussen een patiënt en een programma/applicatie zonder tussenkomst/tijdsbesteding van een behandelaar, dan kan hiervoor geen direct patiëntgebonden tijd worden geregistreerd. Ook valt deze tijd niet onder indirect patiëntgebonden tijd. Het niet kunnen registreren van patiëntgebonden tijd door een e-health behandelcomponent heeft verder geen invloed op het tarief dat de zorgaanbieder ontvangt voor de zorg. De prestatie is voorafgaand aan de behandeling bepaald op basis van het patiëntprofiel.

Verwijzer**73. Is een verwijzing naar de GB-GGZ nodig?**

In de beleidsregel staat dat de integrale prestaties en de prestatie onvolledig behandeltraject alleen in rekening kunnen worden gebracht als er sprake is van een verwijzing door een daartoe bevoegde verwijzer naar de generalistische basis GGZ.

74. Wie zijn de verwijzers naar de GB-GGZ?

De verwijzer is in ieder geval de huisarts. De zorgverzekeraar kan in de verzekeringspolis bepalen wie de andere zorgaanbieders zijn die mogen verwijzen naar de GB-GGZ. Wij raden de verzekerde aan om contact te zoeken met zijn/haar verzekeraar om na te gaan welke bepalingen in dit kader in de verzekeringspolis staan.

75. Waar moet de verwijsbrief of verwijzing naar de GB-GGZ aan voldoen?

De NZa stelt geen eisen aan de verwijsbrief of de verwijzing. De NZa heeft wel registratie (aanlevering gegevens MDS) en informatie vereisten (minimale factuur vereisten) die betrekking hebben op de verwijzer. Deze staan in de nadere regel GB-GGZ. De zorgaanbieder moet daardoor bijvoorbeeld het type verwijzer en de AGB-code van de verwijzer registreren.

Verder moet de verwijzer vermoeden dat het om GB-GGZ gaat en dus een stoornis. De verwijzer hoeft geen inschatting te maken van bijvoorbeeld de behandelduur of de vermoede DSM-IV stoornis.

Vragen over standaarden van verwijsbrieven vallen onder het aandachtsgebied van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De NZa adviseert patiënten bij problemen contact op te nemen met de zorgaanbieder, zorgverzekeraar of een van de brancheorganisaties.

76. Wat zijn de vereisten van de AGB-code van de verwijzer?

In de nadere regel GB-GGZ staat onder meer dat de zorgaanbieder het type verwijzer en de AGB-co de (op persoonsniveau) op de factuur moet vermelden en in de MDS moet zijn geregistreerd. Deze gegevens zijn alleen nodig indien er sprake is van een van de volgende typen verwijzers:

- verwezen patiënt vanuit de eerste lijn,
- verwezen patiënt vanuit een (andere) GGZ-instelling,
- instelling voor medisch specialistische zorg of GGZ praktijk,
- verwezen patiënt vanuit de crisis zorg of S.E.H.,
- eigen patiënt.

AGB-codes worden aangevraagd via Vektis. Vektis is verantwoordelijk voor het beheer van het AGB-register en zorgt voor kwaliteitsborging. Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het correct aanleveren van gegevens en het op tijd doorgeven van mutaties.

77. Is het bij de prestatie 'Basis GGZ Chronisch' noodzakelijk om ieder jaar een nieuwe verwijzing te hebben?

Nee. Een patiënt die chronisch wordt behandeld hoeft niet ieder jaar een verwijzing te hebben. De prestatie 'Basis GGZ Chronisch' wordt afgesloten met de afsluitreden '365 dagen'. Vervolgens kan er een nieuwe prestatie worden geopend. Heeft de verwijzing een geldigheidsduur (einddatum die de verwijzer op de verwijsbrief heeft gezet) of is de behandeling om een andere reden dan '365 dagen' afgesloten, dan is er sprake van een (volgend) behandeltraject en is een verwijzing wel noodzakelijk.

78. Is er opnieuw een verwijzing nodig nadat de patiënt een prestatie Onvolledig behandeltraject heeft ontvangen?

Als de zorgaanbieder een Onvolledig behandeltraject heeft gedeclareerd omdat de patiënt naar de gespecialiseerde GGZ wordt verwezen of omdat de patiënt geen stoornis heeft, verwijst de behandelaar de patiënt terug naar de huisarts. De huisarts kan in overleg met de patiënt bepalen wat een geschikte andere behandeling zou kunnen zijn.

Privacyverklaring

79. Wat zijn de consequenties van het invullen van de privacyverklaring?

Als de patiënt dat wenst kan er een privacyverklaring worden ondertekend. De zorgaanbieder levert dan in het geheel geen gegevens aan DIS.

De privacyverklaring kunt u vinden in de bijlage van de nadere regel.

80. Kan door het invullen van de privacyverklaring ook voorkomen worden dat er diagnose informatie op de factuur staat?

Nee. Het invullen van de privacyverklaring heeft geen effect op de informatie op de factuur. De NZa stelt geen verplichtingen aan diagnose informatie op de factuur. De stoornis DSM-IV moet op hoofdgroepniveau worden aangeleverd aan DIS. Dit geldt niet als de privacyverklaring is ondertekend (te vinden in de bijlage van de Nadere Regel).

Uit de geleverde prestatie die op de factuur staat, kan men slechts afleiden dat het om een DSM-IV stoornis gaat. Zorg in de GB-GGZ gedeclareerd op basis van een integrale prestatie, kan alleen plaatsvinden als er sprake is van een DSM-IV stoornis. De behandeling van klachten vindt plaats bij de huisarts.

Onderlinge dienstverlening

81. Wanneer is er sprake van onderlinge dienstverlening?

Er is sprake van onderlinge dienstverlening als een andere zorgaanbieder door de zorgaanbieder wordt geraadpleegd. De zorgaanbieder die wordt geraadpleegd moet de prestatie in rekening te brengen aan de opdrachtgevende zorgaanbieder. De zorgverlenende zorgaanbieder betaalt de onderlinge dienstverlening vanuit de integrale prestatie (zorgpakket) van de patiënt. De patiënt betaalt daar dus niet extra voor. Zorgaanbieders moeten onderling een vergoeding afspreken en in rekening brengen.

Gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg

82. Wat is het verschil tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders?

De beleidsregel, nadere regel en tariefbeschikking zijn van toepassing op zowel door de zorgverzekeraar gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Dit betekent dat ook niet-gecontracteerde zorgaanbieders de zorg op dezelfde wijze in rekening brengen.

Een verschil is dat in geval van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder de verzekeraar de behandeling wellicht niet volledig vergoedt. Zorgaanbieders hebben een informatieverplichting ten aanzien van de patiënt. De beleidsregel 'Transparantie Zorgaanbieders' verplicht zorgaanbieders om patiënten tijdig voorlichting te geven over onder andere tarieven, verzekerde status van de zorg en (eventuele) eigen betalingen.

Bovendien onderhandelen niet-gecontracteerde zorgaanbieders niet met de zorgverzekeraar over prijs, kwaliteit en overige aspecten van de zorg. De prijs die de niet-gecontracteerde zorgaanbieder in rekening mag brengen, mag niet hoger zijn dan de maximum tarieven van de NZa. De maximumtarieven staan vermeld in de tariefbeschikking GB-GGZ.

83. Mag de patiënt zelf beslissen bij welke zorgaanbieder de behandeling plaatsvindt?

Ja, de patiënt kan zelf de zorgaanbieder kiezen. Controleer hierbij wel of deze aanbieder ook door uw zorgverzekeraar is gecontracteerd en wat de gevolgen zijn voor uw vergoeding als dat niet het geval is (als u een naturapolis heeft).

Informatieverplichting

84. Wat moet de zorgaanbieder de patiënt voorafgaand aan de behandeling vertellen over de prijs?

Een zorgaanbieder is verplicht om de patiënt voorafgaand aan de start van de behandeling te informeren over onder meer: tarieven, verzekerde status van de zorg en eventuele eigen betalingen. Deze verplichting kunt u terugvinden in de beleidsregel 'Transparantie Zorgaanbieders'.

Voorschot

85. Mag de zorgaanbieder om een voorschot vragen?

De NZa gaat niet over voorschotten, maar vindt het wel belangrijk dat zorgaanbieders patiënten hier goed over informeren. Mede omdat de patiënt alleen de eindeclaratie vergoed krijgt van zijn zorgverzekeraar en niet de tussentijdse voorschotfacturen. De patiënt financiert hiermee de zorg voor, wat niet de bedoeling is geweest bij het opzetten van de regeling van de GB-GGZ. De zorgaanbieder moet duidelijk in zijn geneeskundige behandelingsovereenkomst en/of algemene voorwaarden de mogelijkheid van een voorschot hebben vastgelegd. De patiënt moet expliciet ingestemd hebben met de betaling van een voorschot door het aangaan van de behandelingsovereenkomst en het accepteren van de algemene voorwaarden.

Beantwoording vragen over GGZ

86. Welke vragen beantwoordt de NZa?

De NZa kan uw vragen beantwoorden over zaken waar wij verantwoordelijk voor zijn en kennis van hebben. De NZa kan u uitleggen

hoe de NZa regelgeving voor de GB-GGZ in elkaar steekt en hoe het bekostigingssysteem eruit ziet. Daarnaast kunnen wij u vertellen welke declaratievereisten er minimaal zijn, welke informatievereisten er zijn ten aanzien van de bekostiging, welke registratievereisten er zijn om de zorg te mogen declareren.

Voor allerlei specifieke vragen over de zorg die de zorgaanbieder bij de patiënt in rekening heeft gebracht, kunt u het beste rechtstreeks contact opnemen met de zorgverzekeraar en/ of de zorgaanbieder.

87. Bij welke organisatie kan ik terecht voor andere vragen?

Er zijn verschillende organisaties die een bijdrage leveren en een verantwoordelijkheid hebben binnen het systeem voor de generalistische basis GGZ. Onderstaande lijst geeft een beperkte weergave van organisaties met een van hun verantwoordelijkheden:

- Zorgaanbieders: leveren GGZ en declareren de zorg;
- Zorgverzekeraars: kopen GGZ in bij zorgaanbieders en vergoeden deze zorg;
- Zorgverzekeraars Nederland: de branche organisatie van Zorgverzekeraars en vertegenwoordig zorgverzekeraars;
- Verschillende Koepelorganisaties van zorgaanbieders: beroepsgroepen in de GGZ worden vertegenwoordigd door een koepelorganisatie. Er zijn vele beroepsgroepen wat maakt dat er meerdere koepelorganisaties zijn;
- Nationale Patiënten Consumenten Federatie (NPCF): behartigen de belangen van patiënten;
- Zorginstituut Nederland: bepaalt of zorg verzekerde of niet-verzekerde zorg is;
- Inspectie voor de Gezondheidszorg: controleert de kwaliteit van zorg door zorgaanbieders;
- VWS: stellen wet- en regelgeving op voor het systeem als geheel.

88. Waar kan ik nog meer informatie vinden over de GB-GGZ?

Naast dit document kunt u veelgestelde vragen en antwoorden vinden op de volgende website: www.invoeringbasisggz.nl

89. Waar kan de zorgaanbieder terecht bij problemen met het declaratiesysteem of de aanlevering aan DIS?

Bij problemen met uw declaratiesysteem kunt u contact opnemen met uw ICT leverancier. Bij problemen met de aanlevering van de MDS neemt u contact op met DIS.

90. Wat zijn de grootste veranderingen in de generalistische basis ggz voor 2015?

In de bijlage vindt u de grootste veranderingen in de generalistische basis GGZ voor 2015.

Bijlage - beleidswijzigingen 2015

De wijzigingen die zijn doorgevoerd in het beleid per 2015 zijn hieronder bondig uiteen gezet.

1. Transitie van oud naar nieuw systeem

We hebben de passages gericht op de transitie van het oude naar het nieuwe systeem geschraapt

2. Transitieprestatie

We hebben de transitieprestatie in stand gehouden, maar herbenoemd tot 'onvolledig behandeltraject'. Zorgaanbieders kunnen deze prestatie declareren wanneer een vermoeden van DSM-stoornis niet wordt bevestigd, als vroegtijdig blijkt dat een patiënt te zwaar is voor de GB-GGZ of bij vroegtijdige verbreking van de behandeling door de patiënt.

3. Privacyverklaring

We hebben een toelichting gegeven bij de privacyverklaring en de MDS volledig buiten werking gesteld ingeval van een privacy verklaring, in plaats van enkel de tot de diagnose herleidbare informatie.

4. Declaratie Overige producten (OVP's)

Wij maken het mogelijk dat OVP's worden gedeclareerd per stuk (zitting of verblijfsdag) in plaats van na afloop van het hele behandeltraject.

5. Verruimen OVP's

De OVP's voor keuringen, rapporten en informatieverstrekkingen uit de beleidsregel G-GGZ maken wij voor zowel aanbieders van G-GGZ als GB-GGZ declarabel (functioneel). Deze prestaties halen wij uit de beleidsregel G-GGZ, waarna we een verwijzing naar de OVP's in de beleidsregel MSZ opnemen. In de beleidsregel GB-GGZ is nu eenzelfde verwijzing opgenomen.

6. Invoeren gedifferentieerd maximum tarief

Voor de vier integrale prestaties en de prestatie Onvolledig behandeltraject gelden met ingang van 2015 gedifferentieerde maximumtarieven (zogenaamde max/max-tarieven). Er is per prestatie sprake van een standaard en van een verhoogd maximumtarief. Het verhoogd maximumtarief is 10% hoger dan het standaard maximumtarief. Een tarief hoger dan het standaard maximumtarief (maar niet hoger dan het verhoogd maximumtarief) mag in rekening worden gebracht als hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar ten grondslag ligt.

7. Lijst met hoofdbehandelaars

De minister heeft in haar brief over hoofdbehandelaarschap een tweetal hoofdbehandelaars tijdelijk (voor 2014) toegevoegd aan de lijst: orthopedagoog-generalist en kinder- en jeugdpsycholoog. Met de overgang van de jeugd naar het gemeentelijk domein worden deze behandelaren weer uit de lijst verwijderd.

8. Overige (tekstuele) aanpassingen

Onder andere afsluitredenen hernoemd, een afsluitreden voor overgang naar nieuwe bekostiging toegevoegd, passage over indexering van de tarieven toegevoegd, bijlage met beroepentabel verwijderd en verwezen naar de betreffende tabel in de beleidsregel G-GGZ en enkele formuleringen verhelderd.

9. Tijdelijke regeling voor overheveling van zorg aan kinderen en jeugd naar de gemeenten

Bij de overgang van GB-GGZ voor kinderen en jeugd vanuit de Zvw naar de Jeugdwet per 1 januari 2015 is de prijs van de behandeling gebaseerd op het aantal directe en indirecte patiëntgebonden minuten op 31 december 2014. Onderstaande bepaling is opgenomen in de Nadere Regel 2014 om de declaraties gemakkelijker te laten verlopen door de overheveling van GGZ aan kinderen en jeugd naar de gemeenten per 2015:

Voor een in 2014 gestart, maar nog niet afgerond, behandeltraject in de Generalistische basis GGZ voor een patiënt die per 1 januari 2015 onder de Jeugdwet valt, gelden tot en met 31 december 2014 de volgende declaratiebepalingen:

- Voor patiënten waarvan behandelinzet (directe en indirecte patiëntgebonden tijd) in 2014 maximaal 120 minuten bedroeg, moet de transitieprestatie worden gedeclareerd.*
- Voor patiënten waarvan behandelinzet (directe en indirecte patiëntgebonden tijd) in 2014 minimaal 121 maar maximaal 294 minuten bedroeg, moet de prestatie BK worden gedeclareerd.*
- Voor patiënten waarvan behandelinzet (directe en indirecte patiëntgebonden tijd) in 2014 minimaal 295 maar maximaal 495 minuten bedroeg, moet de prestatie BM worden gedeclareerd.*
- Voor patiënten waarvan behandelinzet (directe en indirecte patiëntgebonden tijd) in 2014 meer dan 495 minuten bedroeg, moet de prestatie BI worden gedeclareerd.*

De declaratie van een dergelijk behandeltraject dient te worden gedateerd op 31-12-2014.