



Nederlandse  
Zorgautoriteit

# Gespecialiseerde ggz - NR/REG-1734

Versie 1

Dit document is gepubliceerd door NZa op het publicatie platform voor uitvoering (PUC). Dit document is een afdruk van de originele versie die is te vinden op: [http://puc.overheid.nl/doc/PUC\\_1975\\_22](http://puc.overheid.nl/doc/PUC_1975_22). Controleer altijd of u de actuele versie in handen hebt.

Geldend vanaf: 01-01-2017 tot en met 31-12-2017.

## Documentgegevens

Dit document is een afdruk van een originele publicatie op PUC Open Data.

### Originele versie:

Citeertitel: Gespecialiseerde ggz - NR/REG-1734

Permalink: [http://puc.overheid.nl/doc/PUC\\_1975\\_22](http://puc.overheid.nl/doc/PUC_1975_22)

### Soort document:

Type: Beleid en regels - Nadere regel

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

### Versie en datums:

Versie: 1

Geldend vanaf: 01-01-2017 tot en met 31-12-2017

Laatste wijziging: 06-02-2018

Overige referentiedatums in het document: 11-11-2016

### Publicatiegegevens:

Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Kanaal: NZa

Vorm: origineel PUC document

Referentienummer: PUC\_1975\_22

Toegankelijkheid: Intern

Publicatiedatum: 11-11-2016

Taal: nl

### Verrijking gepubliceerd bij document:

Thema: Gespecialiseerde ggz

# Inhoudsopgave

[geen titel].....	4
Leeswijzer.....	5
1 Inleiding.....	6
1.1 Reikwijdte.....	6
1.2 Doel van de nadere regel.....	6
1.3 Begripsbepalingen.....	6
1.4 Opbouw nadere regel.....	9
2 Algemene bepalingen.....	10
2.1 Afbakening.....	10
2.2 Bekostigingsonderscheid dbc versus zzp-ggz.....	10
2.3 Samenloop dbc, zzp-ggz en ozp binnen Zvw.....	11
2.4 Regiebehandelaarschap.....	11
3 Diagnose-behandelcombinaties (dbc's).....	14
3.1 Registratieproces.....	14
3.2 Validatiebepalingen dbc's.....	23
3.3 Declaratiebepalingen dbc's.....	23
3.4 Informatiebepalingen dbc's.....	24
3.5 Uitzondering in geval van privacybezwaren.....	27
4 Zzp's ggz.....	29
4.1 Algemene registratiebepalingen.....	29
4.2 Declaratiebepalingen.....	30
4.3 Informatiebepalingen.....	30
5 Overige zorgproducten (ozp's).....	32
6 Intrekking oude regeling(en).....	33
7 Overgangsbepaling.....	34
8 Inwerkingtreding en citeerregel.....	35
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

## [geen titel]

Ingevolge artikel 27, 36, 37 en 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd tot het stellen van regels op het gebied van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz).

## Leeswijzer

In Hoofdstuk 3 van deze nadere regel zijn de regels met betrekking tot de diagnose-behandelcombinaties (dbc's) weergegeven.

Meer uitgebreide informatie over het hele dbc-registratieproces (registreren-valideren-afleiden) en voorbeelden, nadere toelichting en stroomschema's staan vermeld in Bijlage 1: Toelichting op de nadere regel.

Vanaf 2017 zal voor nieuwe zorgtrajecten de diagnose geclassificeerd worden in DSM-5. De DSM-5 diagnose wordt geconverteerd naar een bijbehorende DSM-IV diagnose. De registratie en bekostiging vinden nog conform DSM-IV plaats.

Er zijn in veel gevallen directe koppelingen naar teksten in de bijlagen opgenomen. Deze zijn te herkennen aan het feit dat de tekst onderstreept is, en er een grijs blokje verschijnt als de cursor op de tekst staat.

Tussen tekst en bijlage kan eenvoudig heen en weer geschakeld: door 'Ctrl +muisklik' wordt doorgeschakeld naar de gekoppelde toelichting. De toetscombinatie 'Alt+pijltjestoets' (rechts/links) zorgt voor terugschakeling naar de oorspronkelijke tekst.

De bijlagen maken integraal deel uit van deze nadere regel.

# 1 Inleiding

## 1.1 Reikwijdte

Deze nadere regel is van toepassing op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw), niet zijnde generalistische basis-ggz, hierna verder aangeduid als gespecialiseerde ggz.

## 1.2 Doel van de nadere regel

Het doel van deze nadere regel is het stellen van voorschriften voor de gespecialiseerde ggz op het gebied van registratie, declaratie, informatie en validatie, die zorgaanbieders in acht moeten nemen bij én voorafgaand aan het declareren van dbc's, zzp's ggz en ozp's.

## 1.3 Begripsbepalingen

In deze nadere regel wordt verstaan onder:

- a. afwezigheidsdagen: dagen waarop een patiënt die verblijft bij een instelling, op basis van dbc of zzp-ggz, afwezig is;
- b. AGB-code: unieke code die aan een zorgaanbieder is toegekend. Met deze code kan de zorgaanbieder en de praktijk of de instelling worden geïdentificeerd;
- c. algemeen indirecte tijd: patiëntgebonden tijd, maar de tijd heeft geen betrekking op de uitvoering van een directe behandelactiviteit. Algemeen indirecte tijd wordt geregistreerd bij een multidisciplinair overleg of bij de eindverslaglegging van een behandeltraject;
- d. audit-trail: zodanige vastlegging van gegevens dat het spoor van basisgegevens naar eindgegevens en omgekeerd achteraf door een externe accountant of, afhankelijk van de aard van de gegevens, door de medisch adviseur kan worden gevolgd en gecontroleerd;
- e. basispakket: de zorg behorend tot het verplicht verzekerd pakket op grond van de Zvw;
- f. behandelaar dbc: behandelaar die op de dbc-beroepentabel voorkomt en activiteiten, verrichtingen en deelprestaties verblijf kan registreren. Een behandelaar kan tevens een regiebehandelaar zijn;
- g. crisis-dbc: een crisis-dbc wordt geopend in een crisissituatie. Een crisissituatie is een acute situatie die direct ingrijpen nodig maakt om direct gevaar voor de persoon of de omgeving af te wenden, dan wel om ernstige overlast te beëindigen. De crisissituatie kan het gevolg zijn van een geestesstoornis d.w.z. een ernstige stoornis van het oordeelsvermogen, in het bijzonder een psychotische toestand waarbij het handelen voortkomt uit hallucinaties of waanvoorstellingen, acute dreiging van suïcide of ernstige verwardheid als gevolg van een organische hersenaandoening. Alleen instellingen met een 24-uurs crisisdienst met een regionale functie mogen een crisis-dbc openen;
- h. dagbesteding: Er kunnen vijf vormen van dagbesteding geregistreerd worden in de gespecialiseerde ggz. Doel is het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid van de patiënt. Dagbesteding vindt altijd plaats in het kader van de (psychiatrische) behandeling en is terug te vinden in het behandelplan van de patiënt;
- i. dbc: diagnose-behandelcombinatie: een dbc omvat het traject dat een patiënt doorloopt als hij zorg nodig heeft voor een specifieke diagnose, vanaf het eerste contact bij een gespecialiseerde ggz-aanbieder tot en met de behandeling die hier eventueel uit volgt. De dbc vormt de basis voor de declaratie van deze geleverde zorg;
- j. dbc-dataset: de gegevens die verzameld en aangeleverd moeten worden conform de nadere regel 'Verplichte aanlevering minimale dataset gespecialiseerde ggz';

- k. dbc-tarief: het bedrag dat per dbc in rekening wordt gebracht conform de algemene tariefbeschikking dbc ggz;
- l. dbc-traject: de gehele periode waarin alle activiteiten (openen/typeren/registreren/sluiten van één dbc) in het kader van de behandeling van een patiënt worden uitgevoerd;
- m. direct patiëntgebonden tijd: 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.
- n. hoofdgroepen: DSM-IV diagnosetyperingen zijn ingedeeld in hoofdgroepen. Er zijn in totaal 14 hoofdgroepen;
- o. indirect patiëntgebonden reistijd: de tijd die de behandelaar besteedt aan het reizen van en naar de patiënt die buiten de instelling behandeling, begeleiding of verpleging ontvangt;
- p. indirect patiëntgebonden tijd: de tijd die de behandelaar besteedt aan zaken rondom een contactmoment (de direct patiëntgebonden tijd in het kader van de diagnostiek of behandeling), maar waarbij de patiënt (of het systeem van de patiënt) zelf niet aanwezig is. Onder indirect patiëntgebonden tijd valt bijvoorbeeld: het voorbereiden van een activiteit, verslaglegging in het kader van een activiteit of hersteltijd na een intensieve behandelsessie. Puur administratieve taken (zoals het maken van een afspraak) vallen niet onder indirect patiëntgebonden tijd;
- q. initiële dbc: een dbc die wordt geopend voor een eerste of nieuwe primaire zorgvraag van een patiënt. De initiële dbc is altijd de eerste dbc in een zorgtraject;
- r. lekenomschrijving: voor patiënten in niet-medische terminologie verklarende omschrijving van het in rekening gebrachte dbc-tarief;
- s. minimale dataset (mds): via de minimale dataset leveren zorgaanbieders gegevens uit de basisregistratie aan, die inzicht geven in de geleverde en gedeclareerde zorg. In de [mds](#) staan zowel data die verplicht moeten worden aangeleverd als ook data die optioneel kunnen worden aangeleverd. De mds wordt vastgesteld door de NZa;
- t. nevendiagnose: als overige stoornissen zorgverzarend werken, kunnen deze worden geregistreerd als nevendiagnosen;
- u. niet-patiëntgebonden activiteiten: activiteiten zoals scholing, algemene vergaderingen, interviews over het functioneren van collega's, productontwikkeling en het lezen van vakliteratuur;
- v. onderlinge dienstverlening: de zorg als bedoeld in artikel 1 onder b van de Wmg, die een zorgaanbieder verleent als onderdeel van een door een andere zorgaanbieder uit te voeren prestatie op het gebied van gespecialiseerde ggz. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder';
- w. opeenvolgende zorgtrajecten: er is sprake van verschillende diagnoses waarvan één diagnose het meest dringend is. Er is dan sprake van één primaire diagnose en meerdere nevendiagnoses in een opeenvolgend zorgtraject;
- x. overige deelprestatie: een deelprestatie binnen de dbc-systematiek, niet zijnde een deelprestatie verblijf. Een overige deelprestatie is niet hetzelfde als een overig product;
- y. overig zorgproduct (ozp): vormen van zorg die onder de reikwijdte van de Wmg vallen, maar die zich (nog) niet lenen voor onderbrenging in de reguliere dbc-productstructuur of de zzp's ggz. Een overig zorgproduct is niet hetzelfde als een overige deelprestatie. Zie voor een overzicht van de ozp's die door de ggz te declareren bijlage 4 van de nadere regel medisch specialistische zorg (msz): [overige zorgproducten per segment](#);
- z. parallelle dbc-zorgtrajecten: hiervan is sprake als er verschillende diagnoses zijn met een gelijkwaardig belang, waarbij de regiebehandelaar substantieel verschillende behandelingen in moet zetten.

- aa. patiëntgebonden activiteiten: activiteiten die een behandelaar uitvoert in het kader van de diagnostiek en behandeling van een patiënt;
- bb. prestatiebeschrijving: een gedetailleerde beschrijving van de prestatie die geleverd wordt. De prestatiebeschrijvingen van de dbc's, zzp's ggz en ozp's zijn opgenomen in de bijlage van de beleidsregel 'Prestaties en tarieven gespecialiseerde ggz';
- cc. primaire diagnose: de regiebehandelaar geeft per zorgtraject aan welke van de geregistreerde stoornissen op as I en/of as II de reden voor behandeling is. Dit wordt de primaire diagnose genoemd;
- dd. regiebehandelaar: de regiebehandelaars in de gespecialiseerde ggz zijn BIG-geregistreerd en hebben een ggz-specifieke opleiding gevolgd. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen vrijgevestigden en instellingen

#### *Vrijgevestigden*

De volgende beroepen kunnen als vrijgevestigde voorkomen als regiebehandelaar:

- psychiater
- klinisch psycholoog
- klinisch neuropsycholoog
- psychotherapeut

#### *Instellingen*

De volgende beroepen kunnen binnen een instelling voorkomen als regiebehandelaar:

- psychiater
- klinisch psycholoog
- klinisch neuropsycholoog
- psychotherapeut
- specialist ouderengeneeskunde
- verslavingsarts in profielregister KNMG
- gz-psycholoog
- klinisch geriater
- verpleegkundig specialist ggz

Deze beroepen zijn aangewezen als regiebehandelaar in het model-kwaliteitsstatuut ggz. Het model-kwaliteitsstatuut ggz is een veldnorm die ingeschreven is als professionele standaard in het register van het Zorginstituut Nederland (ZIN) en in werking treedt per 1 januari 2017;

- ee. toeslagen: een toeslag die in combinatie met een zzp-ggz afgesproken kan worden;
- ff.verblijfsdag dbc: hierbij gaat het om een 'kale verblijfsdag'. In het tarief van de verblijfprestatie is wel de verpleging en verzorging meegenomen, maar niet de behandeling;
- gg. vervolg-dbc: een dbc die volgt op een initiële dbc of een voorgaande vervolg-dbc. Een vervolg-dbc heeft altijd dezelfde primaire diagnose als de eerder afgesloten initiële dbc of vervolg-dbc;



- hh. Wtzi-zorgaanbieder: zorgaanbieder die op basis van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) een toelating heeft om zorg te leveren binnen de Zvw;
- ii. zorgtraject: een zorgtraject omvat de totale zorg die wordt geleverd in het kader van de behandeling van één primaire diagnose. Een initiële dbc, met eventueel één of meerdere vervolgd-  
dbc's, vormen het zorgtraject;
- jj. zorgtype: het zorgtype beschrijft de reden van het (eerste) contact tussen de zorgaanbieder en de patiënt;
- kk. zorgvraagzwaarte (dbc): de patiëntkenmerken die bij aanmelding/intake voorspellend zijn voor wat betreft de zorgzwaarte in termen van behandelinzet (duur, setting, behandelminuten) en zorgkosten;
- ll. zorgvraagzwaarte-indicator (dbc): indicator van de zorgvraagzwaarte van een patiënt. Deze indicator bestaat uit zeven items van 001 tot en met 007. Daarbij is 000 de code als er geen zorgvraagzwaarte afgeleid kan worden, bijvoorbeeld wanneer de diagnose niet is ingevuld. De laagste zorgvraagzwaarte wordt aangegeven met code 001.
- mm. zzp: zorgzwaartepakket;
- nn. zzp-ggz: Een zzp-ggz is een volledig pakket van intramurale geestelijke gezondheidszorg met behandeling dat aansluit op de kenmerken van de patiënt en de soort zorg die de patiënt nodig heeft. Een zzp-ggz bestaat uit een beschrijving van het type patiënt (een patiëntprofiel), het aantal uren zorg dat bij dit patiëntprofiel beschikbaar wordt gesteld en een beschrijving van die zorg. Het betreft de volgende prestaties: zzp's ggz b3 t/m b7 inclusief en exclusief dagbesteding en zzp-ggz klinische intensieve behandeling (kib).

## 1.4 Opbouw nadere regel

Er bestaan vier typen zorgprestaties in de gespecialiseerde ggz: diagnose-behandelcombinaties (dbc's), zorgzwaartepakketten ggz (zzp's ggz), overige zorgproducten (ozp's) en onderlinge dienstverlening (odv).

Deze nadere regel beschrijft per type zorgprestatie welke voorschriften gelden. In hoofdstuk 2: Algemene bepalingen wordt beschreven hoe de samenloop en afbakening tussen de verschillende typen prestaties is. Verder staan hier alle voorschriften die voor alle zorgprestaties gelden. In de daarop volgende hoofdstukken staan per type zorgproduct specifieke voorschriften.

## 2 Algemene bepalingen

### 2.1 Afbakening

Gespecialiseerde ggz omvat geneeskundige ggz als omschreven bij of krachtens de Zvw, behalve de generalistische basis-ggz. Dit omvat behandeling al dan niet gepaard met verblijf.

De gespecialiseerde ggz die geleverd wordt en valt binnen de kaders van het basispakket wordt in beginsel bekostigd door een dbc of zzp-ggz. In enkele specifieke gevallen, en op het moment dat ggz wordt geleverd die niet binnen het basispakket valt, moet een ozp voor de geleverde zorg in rekening worden gebracht.

#### *Overgang Zvw naar Wlz*

Verblijf gericht op behandeling valt onder de Zvw totdat sprake is van in totaal 1095 dagen aaneengesloten verblijf met behandeling. Voor de berekening of sprake is van 1095 dagen gaat het zowel om verblijf gericht op ggz (onder de Zvw)<sup>1</sup> als om verblijf in het kader van een somatische behandeling.

Na deze 1095 dagen intramurale behandeling met verblijf wordt de zorg niet verder bekostigd onder het regime van de Zvw.

Bij de telling van aaneengesloten verblijf wordt een onderbreking van ten hoogste 30 dagen niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1095 dagen. In afwijking van het voorgaande geldt dat onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wel mee tellen voor de berekening van de 1095 dagen. Voor enkele specifieke bepalingen over de telling, in het bijzonder ten aanzien van het registreren en in rekening brengen van deze dagen, wordt verwezen naar paragraaf 4.1 Algemene registratiebepalingen en paragraaf 4.2 Declaratiebepalingen zzp-ggz-zorgproducten van deze nadere regel.

#### *Samenloop Zvw en Wlz*

Als een patiënt zorg ontvangt op basis een Wlz-indicatie en hiervoor in een Wlz-instelling verblijft, is het mogelijk dat daarnaast zorg geleverd en betaald wordt vanuit de Zvw. Als de psychische stoornis van de patiënt niet samenhangt met de beperking waarvoor de Wlz-indicatie is afgegeven en integrale behandeling niet nodig is, wordt de zorg voor de psychische stoornis geleverd en betaald uit de Zvw.

#### *Samenloop gespecialiseerde ggz en forensische zorg*

Het is mogelijk om een dbc voor de gespecialiseerde ggz te declareren naast een dbbc voor forensische zorg. Voorwaarde is dat aan de afzonderlijke regelgeving voor dbc- en dbbc-registratie wordt voldaan. Geestelijke gezondheidszorg die geen onderdeel uitmaakt van het door de rechter opgelegde vonnis, komt ten laste van de Zvw als de patiënt op de openingsdatum van de dbc een geldige zorgverzekering heeft.

### 2.2 Bekostigingsonderscheid dbc versus zzp-ggz

Op het moment dat een patiënt wordt doorverwezen naar de gespecialiseerde ggz en hier in behandeling wordt genomen, wordt een dbc ggz geopend. Op het moment dat er sprake is van 365 aaneengesloten dagen verblijf gericht op behandeling, wordt vanaf de 366e dag tot en met de 1095e dag de langdurige intramurale op behandeling gerichte ggz bekostigd met een zzp-ggz.

---

<sup>1</sup> Voor de telling van de 1095 dagen telt het aantal dagen verblijf gericht op behandeling die onder andere bekostigingsregimes zijn ontvangen, niet mee.

## 2.3 Samenloop dbc, zzp-ggz en ozp binnen Zvw

### *Intramurale patiënt (verblijf)*

Een zorgaanbieder mag niet tegelijkertijd een zzp-ggz b en een dbc ggz tegelijkertijd in rekening brengen voor één en dezelfde patiënt.

Na 365 dagen aaneengesloten verblijf met behandeling wordt de intramurale dbc ggz afgesloten. Daarnaast moeten alle eventuele ambulante dbc's ggz afgesloten worden. Het is wel mogelijk voor een zorgaanbieder om een ggz dbc of een zzp-ggz b geopend te hebben naast een dbc in het kader van medisch specialistische zorg.

Bij een intramurale patiënt is het niet mogelijk om beeldvormend onderzoek/klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken als ozp's te declareren. De kosten van deze onderzoeken maken onderdeel uit van de verblijfsprestatie(s). De overige ozp's bij een intramurale patiënt zijn wel los declarabel.

### *Extramurale patiënt (ambulant)*

Alle ozp's die binnen de gespecialiseerde ggz te declareren zijn, mogen naast een extramurale dbc ggz worden gedeclareerd. Het overzicht van de ozp's die door de ggz te declareren zijn kunt u vinden in het overzicht [overige zorgproducten per segment](#). Het betreft hier bijlage 4 van de nadere regel voor de medisch-specialistische zorg (msz).

### *Onderlinge dienstverlening*

Als een zorgaanbieder een deel van de zorg uitbesteedt voor een patiënt met een lopend zorgtraject, blijft de opdrachtgevende zorgaanbieder verantwoordelijk voor de verlening van deze zorg. Dit is ook van toepassing op zorg die valt onder overige zorgproducten (ozp). De uitvoerende zorgaanbieder kan de ozp in rekening brengen bij de ggz-instelling die hier opdracht voor heeft gegeven. Daarnaast is het voor een ozp toegestaan dat een uitvoerende zorgaanbieder een ozp zelfstandig in rekening brengt bij de patiënt/zorgverzekeraar.

## 2.4 Regiebehandelaarschap

Zoals vermeld in de begripsbepalingen wordt voor het regiebehandelaarschap (conform de wens van partijen zoals vastgelegd in het model-kwaliteitsstatuut ggz) onderscheid gemaakt tussen 'instellingen' en 'vrijgevestigden'.

*Instelling:* De zorgaanbieder die declareert met één van onderstaande AGB-classificatiecodes. Andere zorgaanbieders worden gelijkgesteld met een vrijgevestigde.

Classificatiecode	Omschrijving
06	Groep 06 Ziekenhuizen
06-29	Groep 06-29 Psychiatrisch Ziekenhuis
19	Audiologische Centra
22	Zelfstandige Behandelcentra Extramurale praktijken medisch specialisten
25	Inrichting voor Psychiatrische Deeltijdbehandeling
30	Instelling voor Verstandelijk Gehandicapten
35	Instelling voor Visueel Gehandicapten
45	Verpleeginrichtingen
47	Verpleeginrichtingen
53	Diverse samenwerkingsverbanden
54	GGZ instellingen (puk/paaz)
60	Instellingen voor Dagverpleging voor Ouderen
70	Kinderdagverblijven
72	RIBW
73	Wlz Gecombineerd
75	Thuiszorginstellingen
79	RIAGG

#### *Ontheffingsregeling regiebehandelaarschap bij overgang vanuit Jeugdwet*

Er geldt een ontheffing op de lijst met beroepen voor het regiebehandelaarschap voor patiënten die gedurende de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereiken (zorgtype 147). In dit geval mogen, in afwijking op wat hierboven is weergegeven, ook de onderstaande beroepen voorkomen als regiebehandelaar:

- kinder- en jeugdpsycholoog<sup>2</sup>
- orthopedagoog generalist<sup>3</sup>
- gz-psycholoog<sup>4</sup>

Deze ontheffing geldt uitsluitend voor de behandeling die afgerond moet worden zodra een patiënt de 18 jarige leeftijd heeft bereikt. Deze wordt als initiële dbc onder de Zvw geregistreerd (zorgtype 147). Bij vervolg-dbc's geldt deze uitzondering niet.

#### *Ontheffingsregeling regiebehandelaarschap bij toegekende experimenteerruimte*

Er geldt een ontheffing op de lijst met beroepen voor het regiebehandelaarschap als een zoals in het model-kwaliteitsstatuut benoemde derde (onafhankelijke) partij een tweezijdig verzoek ontvangt tot uitbreiding van het regiebehandelaarschap en goedkeurt.

Het betreffende initiatief kan gebruik maken van een keuzemogelijkheid op dbc-niveau, die mogelijk maakt andere beroepen te selecteren dan genoemd in artikel 1.3 onder dd.

- 
- 2 Onder de kinder- en jeugdpsycholoog worden zowel de kinder- en jeugdpsycholoog NIP als de kinder- en jeugdpsycholoog SKJ gerekend.
  - 3 Onder de orthopedagoog generalist worden zowel de NVO orthopedagoog generalist als de postmaster orthopedagoog SKJ gerekend.
  - 4 Deze uitzondering betreft de situatie van een gz-psycholoog werkend in het jeugddomein als vrijevestigde.

Alleen BIG-geregistreerde beroepen kunnen in aanmerking komen voor deze ontheffingsmogelijkheid.

## 3 Diagnose-behandelcombinaties (dbc's)

### 3.1 Registratieproces

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de algemene registratiebepalingen, het openen van een dbc, het typeren van een dbc, het registreren op een dbc en het sluiten van een dbc besproken. Meer uitgebreide informatie over het hele proces (registreren-valideren-afleiden) en voorbeelden, nadere toelichting en stroomschema's staan vermeld in Bijlage 1: Toelichting op de nadere regel.

#### 3.1.1 Algemene registratiebepalingen

1. De registratie van de geleverde zorg in de administratie van de zorgaanbieder is volledig, juist en actueel.
2. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het vastleggen van de daadwerkelijk verleende zorg in de door de NZa vastgestelde activiteiten en voor de juistheid van het gehele dbc-traject.
3. Voordat er een dbc geregistreerd kan worden moet er eerst een zorgtraject geopend worden. De registratie van het zorgtraject start op het moment dat een patiënt zich (met een nieuwe zorgvraag) aanmeldt. Het zorgtraject bestaat altijd uit één initiële dbc, en mogelijke vervolg-dbc's. Zie ook Openen dbc's.
4. Onder voorwaarden kunnen bij één zorgaanbieder (instelling of vrijgevestigde) maximaal *drie* reguliere zorgtrajecten per patiënt open staan. Dit kan als er sprake is van meerdere primaire diagnoses waarvoor gelijktijdig substantieel verschillende behandelingen moeten worden ingezet. Zie ook 3.1.3 Typeren van dbc's.

N.B.: Daarnaast is het mogelijk om een *vierde* parallel zorgtraject te openen, wanneer dit een crisis-dbc is<sup>5</sup>.

#### 3.1.2 Openen dbc's

1. Het openen van een dbc is een administratieve handeling. Iedereen onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar kan een dbc openen.
2. De openingsdatum van een dbc is gelijk aan de datum waarop de eerste directe of indirecte patiëntgebonden activiteit door de behandelaar plaatsvindt. Een uitzondering hierop geldt bij enkele vervolg-zorgtypen. Zie onderdeel Wanneer een vervolg-dbc openen in Bijlage I.
3. Openen initiële dbc  
De regiebehandelaar moet een initiële dbc openen als:
  - een nieuwe patiënt zich aanmeldt;
  - een bekende patiënt voor een andere primaire diagnose in zorg komt;

---

<sup>5</sup> Het openen van een crisis-dbc is alleen toegestaan aan instellingen met een 24-uurs dienst onder bepaalde voorwaarden. Zie voor meer informatie artikel 3.1.6 Crisis-dbc en 3.1.6 Crisis-dbc's in Bijlage I.

- een bekende patiënt zich aanmeldt met dezelfde primaire diagnose, maar 365 dagen verstreken zijn sinds het sluiten van de vorige dbc;
- bekostiging van de zorg vanuit een andere bekostigingssystematiek overgaat naar de Zvw.

In het onderdeel 3.1.2 Openen dbc's in Bijlage I staat een verdere uitwerking van de situaties waarin een initiële dbc geopend moet worden.

#### 4. Heropenen (initiële of vervolg) dbc

Als de patiënt binnen 35 dagen na het afsluiten van de dbc terugkomt in zorg voor dezelfde diagnose, moet als de jaargrens dat mogelijk maakt, de voorafgaande dbc heropend worden.

#### 5. Openen vervolg-dbc

De regiebehandelaar opent een vervolg-dbc als:

- een (initiële of vervolg-)dbc 365 dagen openstaat en de behandeling nog niet afgerond is;
- een patiënt weer terug in zorg komt voor dezelfde diagnose binnen 365 dagen na afsluiting van de voorgaande dbc. Echter, als een patiënt binnen 35 dagen terug komt met dezelfde diagnose, móet als de jaargrens dat mogelijk maakt de voorgaande dbc heropend worden.
- als een zorgaanbieder de behandeling van een patiënt overneemt van een andere zorgaanbieder, nadat deze behandelaar een second opinion heeft uitgevoerd.

In het onderdeel 3.1.2 Openen dbc's in Bijlage I staat een meer uitgebreid overzicht van de situaties waarin een vervolg-dbc geopend moet worden.

6. Er wordt géén vervolg-dbc geopend als de patiënt in aanmerking komt voor de generalistische basis-ggz, en voldoet aan één van de patiëntprofielen daarvan. In dat geval wordt de patiënt verwezen naar de generalistische basis-ggz.

### 3.1.3 Typeren van dbc's

Het gaat hier om vastleggen van de identificatiegegevens van de patiënt, het zorgtype en het vastleggen van de classificatie van de (primaire) diagnose van de patiënt.

1. Alleen de regiebehandelaar mag typeren. De dbc moet bij het sluiten volledig en juist getypeerd zijn.

#### *Onderdeel I - Vastleggen identificatiegegevens van de patiënt*

2. Welke gegevens de zorgaanbieder (bij een initiële dbc) in ieder geval moet invullen bij de identificatiegegevens van een patiënt, is gebaseerd op de [mds](#). Dit zijn de volgende gegevens:

- naam patiënt
- geboortedatum
- geslacht
- postcode (wijkcode)
- burgerservicenummer (BSN)

- unieke identificatie zorgverzekeraar<sup>6</sup> (conform het UZOVI-register)

#### Onderdeel II - Vastleggen van het zorgtype

3. De regiebehandelaar noteert het zorgtype van een initiële of een vervolg-dbc dat het beste de aanleiding tot zorg beschrijft. Zie het onderdeel 3.1.3.3 Vastleggen zorgtype in bijlage I voor meer informatie, en Bijlage 2: Zorgtypen voor een overzicht van alle zorgtypen.

#### Onderdeel III – Classificeren en vastleggen van de diagnose van de patiënt

4. De regiebehandelaar voert de diagnoseclassificatie uit conform DSM-5. Voor de registratie en bekostiging moet de DSM-5 diagnose vertaald worden naar een DSM-IV-TR diagnose. De regiebehandelaar registreert de geclassificeerde DSM-5 diagnose en de diagnose van de patiënt conform DSM-IV-TR. De diagnose moet geregistreerd worden op vijf assen. Zie voor uitgebreide toelichting het onderdeel 3.1.3.4 Vastleggen in bijlage I.

#### Registreren primaire diagnose

5. Nadat de diagnose op alle assen is geregistreerd kan de regiebehandelaar aangeven wat de primaire diagnose is die hoort bij het zorgtraject. De primaire diagnose is de belangrijkste reden voor behandeling, en kan alleen uit een diagnose op As 1 of As 2 worden geselecteerd. Niet alle diagnoses op die assen kunnen gekozen worden als primaire diagnose:

- De primaire diagnose kan niet een van de volgende codes zijn: '799.9 Diagnose/aandoening uitgesteld' of 'V71.09 Geen diagnose of aandoening op As 2 aanwezig'.
- Als er bij een diagnose op As 2 'Trekken van.' wordt gescoord, kan deze wel dienen als primaire diagnose.
- De code op As 2 voor zwakzinnigheid of zwakbegaafdheid kan niet als primaire diagnose geregistreerd worden (hieronder vallen ook de codes voor stoornissen in de kindertijd op As 2).

Zie ook het onderdeel 3.1.3.5 Registreren primaire diagnose in bijlage I.

#### Meerdere (primaire) diagnoses

6. Er kan sprake zijn van meerdere (primaire) diagnoses. Dit kan leiden tot:

- Parallele zorgtrajecten  
Voorwaarde hiervoor is dat de verschillende diagnoses apart benoemd worden in de lijst met mogelijke parallele diagnoses én dat te verantwoorden is dat gelijktijdig substantieel verschillende behandelingen worden ingezet.
- Seriële zorgtrajecten  
Hiervan is sprake als er verschillende diagnoses zijn waarvan één het meest dringend is (comorbiditeit) en het eerst behandeld wordt. De voorwaarde voor opeenvolgende dbc's en bijbehorende zorgtrajecten is dat de primaire diagnoses van elkaar verschillen.

Voor behandeling bij ect geldt een uitzondering op de genoemde voorwaarden voor parallele trajecten. Als er sprake is van een behandeling in combinatie met electroconvulsiotherapie (ect), is het toegestaan om twee zorgtrajecten met dezelfde diagnosehoofdgroep (zoals opgenomen in Tabel 6) te declareren.

---

6 Unieke ZorgVerzekeraarsIdentificatie is een identificatie van de zorgverzekeraars in Nederland.



Voorwaarde hierbij is dat de zorgtrajecten worden uitgevoerd door twee verschillende declarerende zorgaanbieders.

Meer gedetailleerde richtlijnen staan in het onderdeel 3.1.3.6 Omgaan met meerdere primaire diagnoses in bijlage I.

### 3.1.4 Registreren

Zodra een dbc geopend is kunnen activiteiten en verrichtingen op verschillende categorieën geregistreerd worden: diagnostiek en behandeling, dagbesteding, verblijf en verrichtingen. De codelijst die hiervoor gebruikt moet worden is te vinden in Bijlage 3: Activiteiten en verrichtingen. Daarin zijn ook de meer uitgebreide definities van de activiteiten en verrichtingen beschreven.

1. Alle behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de dbc is opgenomen in de dbc-beroepentabel (Bijlage 4: Dbc-beroepentabel) kunnen op een dbc registreren.
2. Een initiële dbc moet directe tijd van een regiebehandelaar bevatten. Daarop zijn enkele uitzonderingen, zie Declaratiebepalingen dbc's.
3. Behandelaren moeten bij het registreren gebruik maken van de codes die op de registratiedatum in de activiteiten- en verrichtingenlijst staan. Bij het registreren van patiëntgebonden activiteiten moet worden aangegeven of het om directe of indirecte (reis)tijd gaat. In de codelijst in Bijlage 3: Activiteiten en verrichtingen staat per activiteit aangegeven welke vormen van tijd geregistreerd mogen worden.
4. Een behandelaar mag alleen de patiëntgebonden tijd, in het kader van de diagnostiek of behandeling, registreren die hij daadwerkelijk heeft besteed aan die activiteit. Niet-patiëntgebonden activiteiten, zoals scholing, het lezen van vakliteratuur, algemene vergaderingen en intervisiebijeenkomsten, mag de (regie)behandelaar niet op een dbc registreren.
5. De behandelaar mag alleen reistijd registreren als de reistijd in het teken staat van direct patiëntgebonden activiteiten. Als de patiënt niet verschijnt (no-show), dan mag de behandelaar de reistijd alsnog registreren. De tijd van het ingepland contact mag in geval van een no-show niet worden geregistreerd. Er mag géén reistijd geregistreerd worden als er gereisd moet worden naar een andere locatie binnen de eigen organisatie (Wtzi instelling).
6. Wanneer de behandelaar in het kader van diagnostiek of behandeling van de patiënt tijd besteedt aan het 'systeem van de patiënt' (familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten), moet hij deze tijd registreren op de dbc van de betreffende patiënt.
7. De behandelaar verdeelt, in geval van meerdere behandelvormen tijdens één sessie met een patiënt, de bestede tijd naar verhouding over deze behandelvormen.
8. Wanneer een patiënt groepstherapie krijgt waarbij meerdere mensen tegelijkertijd behandeld worden, deelt de behandelaar zijn bestede tijd door het aantal deelnemers. Het maakt daarbij niet uit op grond van welke bekostiging (forensische zorg (fz), Zvw, Wet langdurige zorg (Wlz), Jeugdwet etc.) de behandelingen van die patiënten gefinancierd worden.

9. In het geval van een open inloopspreekuur verdeelt de behandelaar de tijd die hij in totaal besteedt aan de patiënten evenredig over het aantal patiënten dat hij tijdens het spreekuur heeft gezien.

10. Zorgaanbieders mogen op hun eigen manier invulling geven aan het registreren van de werkelijk bestede tijd. Het is ook toegestaan om standaardtijden of normtijden<sup>7</sup> per activiteit vast te stellen.

11. In het geval van onderlinge dienstverlening registreert de opdrachtgevende zorgaanbieder de activiteiten die de uitvoerende zorgaanbieder heeft uitgevoerd als onderdeel van de prestatie van de opdrachtgever, op de bestaande dbc. De registratievereisten uit deze nadere regel zijn voor de opdrachtgevende zorgaanbieder onverkort van toepassing op activiteiten in het kader van onderlinge dienstverlening. De opdrachtgever betaalt de opdrachtnemer buiten de dbc-systematiek om. Zie ook het onderdeel 3.1.4.11 Onderlinge dienstverlening in bijlage I.

#### *Categorie I - Diagnostiek en behandeling*

12. Alle behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de dbc is opgenomen in de dbc-beroepentabel, kunnen op de dbc diagnostiek en behandeling registreren.

13. In het kader van een behandeling moeten beroepen die onder het beroepencluster 'somatische beroepen' vallen (Zie Bijlage 4: Dbc-beroepentabel), hun tijd ook verantwoorden via activiteiten die het best passen bij de behandelingen die opgenomen zijn in Bijlage 3: Activiteiten en verrichtingen.

14. Als behandelaren nog bezig zijn met een vervolgopleiding, registreren zij onder het beroep van de opleiding die zij op het moment van behandelen hebben afgerond (als dat beroep voorkomt in de dbc-beroepentabel). Er mag niet geregistreerd worden op het beroep waarvoor iemand nog in opleiding is.

15. Beroepen die 24-uurscontinuïteitszorg leveren, registreren hun bestede tijd tijdens het verblijf van een patiënt niet, omdat deze tijd is verwerkt in het tarief voor verblijf.

#### *Categorie II – Dagbesteding*

16. Iedereen, onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar, kan binnen de dbc dagbesteding registreren.

17. Er zijn vijf vormen van dagbesteding te onderscheiden. Deze staan beschreven in onderdeel 3.1.4.17 Vormen van dagbesteding in Bijlage I. Zie voor de te gebruiken codes Bijlage 3: Activiteiten en verrichtingen.

18. Er geldt een aantal voorwaarden voor het registreren van dagbesteding:

- Dagbesteding is in het kader van de (psychiatrische) behandeling.
- Dagbesteding is terug te vinden in het behandelplan opgesteld door de behandelaar.
- De patiënt is daadwerkelijk aanwezig.

---

<sup>7</sup> De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de normtijden en het herijken/updates hiervan.

19. Tijdens dagbesteding kan de behandelaar géén direct patiëntgebonden behandelactiviteiten registreren.

20. Dagbesteding mag niet geregistreerd worden met verblijf zónder overnachting.

#### *Categorie III – Verblijf*

Bij de registratie van verblijf wordt onderscheid gemaakt tussen verblijf met overnachting en verblijf zonder overnachting. Verblijf wordt altijd geregistreerd op basis van dagen aanwezigheid door middel van deelprestaties verblijf. De codes die bij registratie gebruikt moeten worden staan in Bijlage 3: Activiteiten en verrichtingen, een uitgebreide beschrijving van de verschillende verblijfs categorieën staat in onderdeel Bijlage 5: Deelprestaties verblijf.

21. Iedereen onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar mag verblijfsdagen registreren.

22. De aanbieder moet in het behandeldossier vastleggen welke keuzes er gemaakt zijn rondom het inschalen van de patiënt op één van de prestaties van verblijf, rondom het herbeoordelen van de patiënt bij een gewijzigde zorgvraag en rondom het al dan niet beëindigen van het verblijf van de patiënt. Het herbeoordelen van de patiënt gaat over het mogelijk op- en afschalen van de patiënt, wijzigen van afspraken over verlof en wijzigen van afspraken over beveiliging.

#### *Verblijfsdag met overnachting*

23. Een verblijfsdag met overnachting mag alleen geregistreerd worden als de patiënt op zijn laatst om 20:00 uur is opgenomen en 's nachts in de instelling verblijft. De dag van opname en de daarop volgende nacht gelden als één verblijfsdag. De dag waarop de patiënt 'ontslagen' wordt – en dus niet 's nachts in de kliniek verblijft – geldt niet als verblijfsdag. Bij iedere verblijfsdag wordt de bijbehorende nhc-prestatie geregistreerd voor de kapitaallasten bij verblijf.

24. Voor de keuze van de deelprestatie verblijf is de zorgvraag van de patiënt leidend. Op basis van de initiële zorgvraag van de patiënt is één van de acht prestaties van verblijf van toepassing welke het meest overeenkomt met de beschreven verblijfszorg.

#### *Toeslag op nhc voor verblijf in een beveiligde setting*

In aanvulling op de declaratie van de nhc, geldt een toeslag op de nhc als er sprake is van verblijf in een beveiligde setting voor het beveiligingsniveau 2 en het beveiligingsniveau 3. Deze beveiligingsniveaus komen overeen met de forensische zorg.

De voorwaarde voor de registratie van deze toeslag is dat de beveiligde zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder die een gesloten gespecialiseerde voorziening voor geestelijke gezondheidszorg exploiteert en zorg levert aan het ministerie van VenJ.

#### *Verblijfsdag zonder overnachting*

Een verblijfsdag zonder overnachting wordt geregistreerd, als er sprake is van de aanwezigheid van een patiënt gedurende een groot deel van de dag (gemiddeld tussen 09.00 en 17.00 uur), voor diagnostiek en/of behandeling.

25. Verblijf zonder overnachting mag alleen geregistreerd worden als aan een aantal voorwaarden is voldaan:

- Er zijn niet meer dan vier uren aan direct patiëntgebonden activiteiten<sup>8</sup> op deze dag uitgevoerd.
- Ondersteuning van VOV-personeel is nodig voor een goed verloop van diverse behandel- en/of diagnostiekactiviteiten.
- Er is geen sprake van aaneengeschakelde behandeling van de patiënt binnen één dagdeel.
- Er vinden op die dag minimaal twee direct patiëntgebonden activiteiten (diagnostiek en/of behandeling) of een verrichting ect plaats.

Zie voor meer informatie het onderdeel 3.1.4.21 – 3.1.4.26 Verblijf registreren in bijlage I.

26. De op de dag uitgevoerde behandel- en/of diagnostiekactiviteiten maken geen onderdeel uit van de verblijfsdag zonder overnachting en moeten ook geregistreerd worden op de dbc.

#### *Categorie IV - Verrichtingen*

Binnen de zorgcategorie verrichtingen wordt een onderscheid gemaakt tussen electroconvulsietherapie (ect) en de ambulante methadonverstrekking (amv).

27. Verrichtingen mogen alleen geregistreerd worden door behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de dbc is opgenomen in de dbc-beroepentabel.

28. Bij ect moet de behandelaar de tijd én het aantal behandelingen ect registreren. Zie onderdeel 3.1.4.28 Electroconvulsietherapie in bijlage I.

29. Bij de verstrekking van methadon aan ambulante patiënten moet de behandelaar de tijd én het aantal verstrekkingen van methadon per kalendermaand registreren. Zie onderdeel 3.1.4.29 Ambulante verstrekking van methadon in bijlage I.

30. Voor de registratie van de toeslag tolk gebarentaal / communicatiespecialist geldt als vereiste dat deze toeslag alleen mag worden gedeclareerd als er zorg geleverd wordt aan patiënten met een auditieve beperking en waarvoor de inzet van een tolk gebarentaal / communicatiespecialist noodzakelijk is. Het gaat hierbij om vroegdoven, plots- en laatdoven, slechthorenden, doofblinden en patiënten met een gehoorstoornis tinnitus, hypoacousis, ménière of auditieve verwerkingsproblemen. Deze toeslag wordt altijd in combinatie met een dbc-zorgproduct voor behandeling in rekening gebracht.

### **3.1.5 Sluiten**

1. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het sluiten van de dbc. De regiebehandelaar (of degene die onder zijn of haar verantwoordelijkheid valt) controleert daarbij de volgende punten:

---

8 Het gaat hier om daadwerkelijke behandeluren van een patiënt; het gaat dus niet om de geregistreerde patiëntgebonden tijd. Voorbeeld: wanneer een patiënt vier uur groepsbehandeling ontvangt (groepsmaat van 6 personen), worden er voor die patiënt 40 minuten tijd geregistreerd (4 x 10 minuten). Voor het registreren van vzo gaat het echter niet om de tijd die geregistreerd wordt, maar om de daadwerkelijke behandeluur; namelijk in dit voorbeeld 4 uur.

- de dbc is ingevuld conform deze nadere regel;
- de dbc bevat de juiste informatie;
- de typering is juist en volledig ingevuld;
- de diagnose is juist ingevuld<sup>9</sup>;
- de GAF-score is ingevuld.

2. Als één van de onderdelen onder punt 1. niet, of niet juist is ingevoerd, mag de dbc niet afgesloten worden.

3. Er zijn verschillende redenen waarom een dbc gesloten moet worden, met bijbehorende code voor de sluitreden. Zie het onderdeel Wanneer moet een dbc afgesloten worden, en met welke sluitreden in bijlage I.

### 3.1.6 Crisis-dbc

1. Alleen instellingen met een 24-uurs crisisdienst met een regionale functie mogen in het geval van een crisisinterventie een dbc openen waarop crisisactiviteiten geschreven kunnen worden.

De geleverde crisiszorg heeft als doel de crisissituatie van de patiënt zo spoedig mogelijk te stabiliseren.

2. Alle behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de dbc is opgenomen in de dbc-beroepentabel mogen op de dbc crisisactiviteiten registreren. Zie Bijlage 4: Dbc-beroepentabel.

3. Een crisis-dbc heeft een maximale duur van 28 dagen.

4. Er mag per patiënt per instelling maar één crisis-dbc tegelijk openstaan.

#### Openen

In het geval van een crisiscontact wordt een (nieuwe) crisis-dbc geopend of – als er nog korter dan 28 dagen geleden een crisis-dbc is geopend – in de al geopende crisis-dbc geregistreerd. Zie voor voorbeelden van het gebruik van crisis-dbc's bijlage I.

5. Er mag pas een nieuwe crisis-dbc geopend worden, als bij de instelling in de periode van 28 dagen vóór die datum geen crisis-dbc geopend is. Als een crisis-dbc (voortijdig) gesloten is, kan deze heropend worden.

6. Na een crisis-dbc met 28 dagen opname mag niet aansluitend een nieuwe crisis-dbc met opname worden geopend. Als opname nog noodzakelijk is, moet aansluitend een reguliere dbc geopend worden.

7. Er moet een nieuwe crisis-dbc geopend worden als:

- er sprake is van een nieuwe (crisis)patiënt;

---

<sup>9</sup> Als er op een dbc alleen pré-intake/intake/diagnostiek en/of crisisopvang is geregistreerd, kan de dbc gesloten worden zonder weergave van een diagnoseclassificatie.

- bij een bekende patiënt na 28 dagen de crisisinterventie nog niet is afgerond;
- een bekende patiënt terugkomt in crisiszorg, en er meer dan 28 dagen verstreken zijn sinds het openen van de vorige crisis-dbc.

Voor een overzicht van de situaties waarin een (nieuwe) crisis-dbc geopend moet worden zie ook het onderdeel 3.1.6.5 Wanneer een crisis-dbc openen in bijlage I.

#### Typeren

8. In het geval van een crisisinterventie, heeft een behandelaar de keuze uit twee zorgtypen namelijk Crisisinterventie zonder opname en Crisisinterventie met opname. Zie ook het onderdeel 3.1.6.8 – 3.1.6.12 Typeren van een crisis-dbc in bijlage I.

9. Gedurende de looptijd van de dbc mag het zorgtype gewijzigd worden. Het zorgtype moet echter bij het sluiten van de dbc volledig en juist geregistreerd zijn.

10. De diagnose van de crisis-dbc en een gelijktijdig regulier zorgtraject mag overeenkomen. Zie ook onderdeel Crisis-dbc met een gelijktijdig openstaand regulier zorgtraject: bijlage 1.

11. Eén crisis-dbc per crisissituatie. In onderstaande situaties mag er maar één crisis-dbc geopend worden:

- Als een crisisdienst een patiënt van een andere instelling opvangt en opneemt, een crisis-dbc opent en dezelfde of één van de volgende dagen de patiënt overdraagt aan die ggz-instelling.  
*Registratie:* één crisis-dbc, door de ambulante crisisdienst.  
Na overdracht registratie in een reguliere dbc als dat van toepassing is.  
Uitzondering: als overdracht plaatsvindt van de ene regionale crisisdienst naar een andere regionale crisisdienst.
- Als een ambulante crisisdienst face-to-face beoordeelt dat er sprake is van crisis conform definitie, een crisis-dbc opent en de patiënt bij dezelfde instelling in zorg komt.  
*Registratie:* alles wordt geregistreerd in één crisis-dbc.
- Als de ambulante crisisdienst telefonische triage doet, er sprake is van crisis conform de definitie en de ambulante crisisdienst doorverwijst door naar een andere instelling met 24 x 7 beschikbaarheidsfunctie.  
*Registratie:* andere instelling opent de crisis-dbc. Alles wordt geregistreerd in één crisis-dbc. De ambulante crisisdienst opent géén crisis-dbc.
- Als de politie een patiënt overdraagt aan een ggz-instelling/paaz/puk met regionale 24x7 crisisdienst:  
*Registratie:* als er sprake is van crisis conform de definitie: ggz-instelling/paaz/puk opent crisis-dbc.
- Binnen één instelling kan voor één patiënt maar één crisis-dbc per 28 dagen worden geopend (door validatie afgevangen m.i.v. 1-1-2016).

12. Het is niet verplicht om bij een crisis-dbc een diagnose te registreren. Als er bij het openen van een crisis-dbc wél een diagnose wordt geregistreerd, kan dat in de vorm van een zo goed mogelijk passende (werk)diagnose. Als de patiënt opnieuw in crisis raakt hoeft deze diagnose niet te worden aangepast en kan de opvolgende crisis-dbc geregistreerd worden in hetzelfde zorgtraject.

#### Registreren

13. Behandelaren van een 24-uurs crisisdienst mogen binnen de dbc-systematiek crisiszorg leveren.

14. Er mogen alleen activiteiten geregistreerd worden op een crisis-dbc die in verband staan met crisiszorg. Er moeten dan twee zaken geregistreerd worden, namelijk de beschikbaarheidscomponent én de uitgevoerde crisisactiviteiten. Zie ook 3.1.6.13 – 3.1.6.16 Registeren op een crisis-dbc in bijlage 1.

15. Er mogen geen verblijfsdagen (met of zonder overnachting) geregistreerd worden op een crisis-dbc met het zorgtype 'crisisinterventie zonder opname'.

16. Als er sprake is van parallelle zorgtrajecten, moet de behandelaar de geboden zorg registreren op de dbc waarop deze betrekking heeft. Het is toegestaan dat de reguliere dbc en de crisis-dbc tegelijk open staan, en dat op dezelfde kalenderdag een activiteit wordt geregistreerd op zowel de crisis-als de reguliere dbc, als dat in het belang is van de continuïteit van de zorg.

#### *Sluiten*

17. Wanneer een crisis-dbc de maximale looptijd van 28 dagen heeft bereikt, moet deze worden gesloten. Zie voor een eventuele vervolgd-dbc artikel 3.1.2 onder 'openen'.

## 3.2 Validatiebepalingen dbc's

1. De administratieve organisatie is zodanig ingericht dat een audit-trail mogelijk is. De NZa en de zorgverzekeraar moeten altijd de mogelijkheid hebben om de dbc-registratie op juistheid te controleren.

2. De zorgaanbieder neemt voor de dbc-registratie en declaratie van dbc's in hun registratie- en declaratiesoftware een validatiemodule op. Het document 'Toelichting validatieregels ggz', dat integraal onderdeel uitmaakt van deze nadere regel, bevat de specificaties waaraan de validatiemodule moet voldoen. Dit document is te downloaden van de website van de NZa ([www.nza.nl](http://www.nza.nl)). De validatiemodule moet zodanig zijn ingericht dat uitsluitend dbc's in rekening kunnen worden gebracht die niet strijdig zijn met de inhoud van deze nadere regel.

3. De zorgaanbieder hanteert de validatiemodule als hulpmiddel om de betrouwbaarheid van dbc's te toetsen en de juistheid van de registratie te verifiëren. Verificatie gebeurt op basis van gegevens in bronbestanden.

## 3.3 Declaratiebepalingen dbc's

Deze nadere regel stelt voorschriften, voorwaarden of beperkingen met betrekking tot het declaratieproces in de gespecialiseerde ggz.

#### *Te declareren dbc-tarief*

1. Voor het leveren van zorg aan een patiënt kan de zorgaanbieder een bij deze zorg behorend dbc-tarief declareren als voldaan is aan de volgende voorwaarden:

- Het gehele dbc-traject is afgesloten overeenkomstig deze nadere regel.
- De stappen die het dbc-traject omvat, te weten: openen, typeren, registreren, sluiten en valideren, zijn volledig doorlopen.

- De hierboven genoemde stappen, met uitzondering van valideren, vinden plaats door of onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar.
- De regiebehandelaar heeft direct patiëntgebonden tijd besteed aan de patiënt voor wie wordt gedeclareerd. Als er sprake is van een vervolg-dbc, een initiële dbc door de overgang naar DSM-5 (zorgtype 150) of van een patiënt afkomstig uit de Jeugdwet (zorgtype 147), dan geldt de eis van verplicht directe tijd van de regiebehandelaar niet. Voor crisis-dbc's zonder verblijf geldt een uitzondering op deze bepaling: de directe tijd hoeft niet door de regiebehandelaar besteed te zijn.
- Er zijn geen verblijfsdagen in rekening gebracht voor dagen waarop de patiënt afwezig was.
- Het aantal geleverde minuten direct patiëntgebonden tijd is zodanig geregistreerd dat effectieve controle door de zorgverzekeraar en de NZa mogelijk is.

2. De zorgaanbieder kan het dbc-tarief in rekening brengen voor alle afgesloten dbc's die zijn gevalideerd door middel van de validatiemodule. Het dbc-tarief dat wordt gedeclareerd is het tarief dat van toepassing was op de datum van openen van de dbc.

3. Het dbc-tarief wordt gedeclareerd aan de patiënt of aan de zorgverzekeraar. Als de patiënt gedurende het dbc-traject is veranderd van zorgverzekeraar, moet het dbc-tarief worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar bij wie de patiënt verzekerd was op de datum van het openen van de dbc.

#### *Onderlinge dienstverlening*

4. Als er sprake is van onderlinge dienstverlening, kan de uitvoerende zorgaanbieder de vergoeding daarvoor uitsluitend in rekening brengen aan de zorgaanbieder die de prestatie bij de uitvoerder heeft aangevraagd. Er mag door de uitvoerende zorgaanbieder geen dbc gedeclareerd worden.

#### *Transparantie*

5. Een zorgaanbieder heeft bepaalde verplichtingen als het gaat om transparantie richting de patiënt. Voor wat betreft deze verplichtingen verwijzen we naar de beleidsregel 'Transparantie zorgaanbieders'.

## 3.4 Informatiebepalingen dbc's

Elke factuur moet in ieder geval de volgende gegevens bevatten als onderdeel van de prestatiebeschrijving:

#### *Dbc-traject startdatum*

1. Bij initiële dbc's is dit de datum waarop het eerste directe of indirecte patiëntgebonden contact plaatsvindt. Bij vervolg dbc's is dit de startdatum van het vervolg dbc-traject.

#### *Dbc-traject einddatum*

2. De dbc wordt afgesloten zodra de laatste activiteit (direct of indirect patiëntgebonden) voor een patiënt is geleverd<sup>10</sup>.

---

10 In enkele gevallen hoeft de laatste activiteit niet de einddatum van de DBC te zijn. Dit is bijvoorbeeld wanneer de patiënt overlijdt. In dat geval moet de overlijdensdatum de einddatum van het DBC-traject zijn.



#### *Declaratiecode*

3. Dit is de zescijferige code die op basis van de prestatiecode kan worden afgeleid. De declaratiecode is gekoppeld aan de prestatiecode. Meerdere prestatiecodes kunnen afleiden op dezelfde declaratiecode. Aan elke declaratiecode is ook een tarief gekoppeld.

#### *Gedeclareerde tarief*

4. Op de factuur wordt het te declareren dbc-tarief vermeld. Het te betalen bedrag wordt rekenkundig afgerond op twee decimalen.

#### *AGB-code*

5. Voor zelfstandig gevestigde zorgaanbieders: de AGB-zorgverlenerscode en – als dat van toepassing is- de AGB-praktijkcode.

Voor instellingen: de AGB-instellingscode en – als dat van toepassing is- de AGB-zorgverlenerscode.

#### *De AGB-code en het beroep van de regiebehandelaar*

6. Naast bovenstaande AGB-code moet ook de AGB-code en het beroep van de regiebehandelaar op de factuur vermeld worden. Als de regiebehandelaar in de fase van behandeling een andere regiebehandelaar is dan in de fase van de diagnose, dan moet ook de AGB-code van de tweede regiebehandelaar en diens beroep op de factuur vermeld worden.

#### *Directe en indirecte tijd*

7. Op de factuur moet ook de volgende informatie met betrekking tot de bestede tijd vermeld te worden:

1. directe en indirecte tijd van de regiebehandelaar(s);
2. directe en indirecte tijd van iedere medebehandelaar en vermelding van diens beroep;
3. de totaal bestede directe en indirecte tijd van de gehele dbc (optelsom van 1 en 2).

#### *Het type verwijzer*

8. Op de declaratie moet het type verwijzer vermeld te worden naar onderstaande classificatie:

1. verwezen patiënt vanuit de eerste lijn (o.a. huisarts, bedrijfsarts);
2. verwezen patiënt vanuit een (andere) ggz-instelling, instelling voor medisch specialistische zorg of ggz-praktijk;
3. verwezen patiënt vanuit de crisiszorg of spoedeisende hulp;
4. eigen patiënt (bijvoorbeeld in geval van een vervolg-dbc);
5. verwezen patiënt, maar verwijzer heeft geen AGB-code (bijvoorbeeld in geval van een verwijzing naar de crisiszorg, buitenlandse zorgaanbieder);
6. zelfverwijzer;
7. bemoeizorg.

#### *AGB-code van de verwijzer*

9. Als er sprake is van type verwijzer genoemd onder 3.4.8.1 tot en met 3.4.8.4 moet op de factuur de AGB-code van de verwijzende zorgverlener (natuurlijk persoon) vermeld worden. Dit moet de AGB-code op persoonsniveau zijn.

#### *Dagbesteding*

10. Op de factuur moet de activiteitencode waarmee dagbesteding bij de aanbieder wordt geregistreerd en het aantal uren dagbesteding per dbc worden vermeld.

#### *Dbc-prestatiecode*

11. De specificatie van het geleverde zorgproduct. De dbc-prestatiecode wordt afgeleid van de gevalideerde dbc-dataset. Deze code bestaat uit 12 alfanumerieke posities, gevuld volgens vier 3-cijferige dbc-componenten en in onderstaande volgorde:

- zorgtype
- diagnoseclassificatie
- zorgvraagwaarte
- productgroep voor behandeling van de dbc-dataset

De diagnose-informatie op de factuur moet zich beperken tot de 14 diagnosehoofdgroepen in uitsluitend de langdurende of intensieve behandelgroepen overeenkomstig de productstructuur. Voor de behandelgroepen 'diagnostiek', 'crisis' en 'kortdurend' is vermelding van diagnose-informatie en de zorgvraagwaarte op de factuur niet toegestaan. Evenmin is het toegestaan dat uit de factuur blijkt of er ten aanzien van het zorgtype sprake is van een rechterlijke uitspraak.

#### *Zorgvraagwaarte-indicator*

12. Hiervoor geldt het volgende:

- Indien kosten door tussenkomst van VECOZO B.V. in rekening worden gebracht bij een zorgverzekeraar, neemt de zorgaanbieder de zorgvraagwaarte in de dbc-prestatiecode op. De zorgaanbieder, bedoeld in de vorige zin, verstrekt de gegevens die op grond van art. 3.4 van deze nadere regel moeten worden vermeld op de declaratie, op digitale wijze aan de zorgverzekeraar door tussenkomst van VECOZO B.V. met inachtneming van het bepaalde in de artikelen 7.2a en 7.2b van de Nadere regel zorgverzekering. Verdere verwerking van de zorgvraagwaarte geschiedt conform het bepaalde bij de Nadere regel zorgverzekering, zoals deze is gewijzigd na inwerkingtreding van de Nadere regel aanlevering zorgvraagwaarte cggz.<sup>11</sup>
- Indien de kosten op andere wijze dan door tussenkomst van VECOZO B.V. in rekening worden gebracht dan geldt dat de component 'zorgvraagwaarte' op de factuur dient te worden aangeduid met '000'.
- Indien de patiënt en de zorgaanbieder een privacy verklaring als bedoeld in artikel 3.5.1 hebben ondertekend dan geldt dat de component 'zorgvraagwaarte' dient te worden aangeduid met '999'. Dit geldt zowel voor als er door tussenkomst VECOZO B.V. kosten in rekening worden gebracht als indien er op andere wijze dan door tussenkomst van VECOZO B.V. kosten in rekening worden gebracht.
- Voor dbc's die geopend zijn in 2015 en die worden gedeclareerd in 2016 geldt dat het vooralsnog niet verplicht is de zorgvraagwaarte-indicator aan te leveren. Als voor dbc's geopend in 2015 en

---

11 Staatscourant d.d. 20-11-2015

gedeclareerd in 2016 de zorgvraagzwaarte wel wordt aangeleverd, dan geldt met betrekking tot de aanlevering van de zorgvraagzwaarte hetgeen in de vorige leden van dit artikel is aangegeven.<sup>12</sup>

De verplichting tot het verstrekken van de zorgvraagzwaarte op de factuur was tot en met 31 december 2015 niet van toepassing op zorg die in het jaar 2015 door de zorgaanbieder werd gedeclareerd.

De zorgaanbieder was en is verplicht de brongegevens waaruit de zorgvraagzwaarte-indicator is af te leiden te blijven registreren.

In latere instantie zal de NZa bepalen hoe de zorgvraagzwaarte-gegevens van de in 2014 en 2015 geopende dbc's aangeleverd moeten worden bij de zorgverzekeraars. Dit op grond van art. II lid 2 van de Regeling 'aanlevering zorgvraagzwaarte cggz' (865607-143589-MC)

#### *Deelprestaties*

13. De volgende deelprestaties worden onderscheiden:

- verblijf met overnachting (vmo): in totaal worden acht deelprestaties verblijf onderscheiden (deelprestatie verblijf A t/m H). Deze deelprestaties worden per dag geregistreerd;
  - verblijf zonder overnachting (vzo);
  - electroconvulsietherapie (ect);
  - ambulante methadon verstrekking (amv);
  - beschikbaarheidcomponent crisis (bcc);
  - toeslag tolk gebarentaal / communicatiespecialist (ttgc).

Alle deelprestaties worden altijd in combinatie met een productgroep voor behandeling in rekening gebracht. Op de factuur wordt vermeld welke deelprestaties op welke datum geleverd zijn.

#### *Lekenomschrijving*

14. Als een zorgaanbieder aan de patiënt factureert, voegt hij op de factuur een lekenomschrijving met betrekking tot de geleverde zorg toe. Vermelding van de lekenomschrijving blijft achterwege, als de zorgaanbieder de factuur rechtstreeks aan de zorgverzekeraar zendt.

## 3.5 Uitzondering in geval van privacybezwaren

#### *Privacyverklaring*

1. De artikelen 3.4.3, 3.4.11, 3.4.12 en 3.4.14, voor zover betrekking hebbend op tot de diagnose herleidbare gegevens, blijven buiten toepassing indien de patiënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een verklaring hebben ondertekend overeenkomstig Bijlage 7: Privacyverklaring.

#### *Inzenden verklaring*

2. De verklaring bedoeld in artikel 3.5.1 dient vóór, doch uiterlijk op het moment van indiening van de factuur bij de zorgverzekeraar in het bezit te worden gesteld van de zorgverzekeraar van de patiënt.

---

<sup>12</sup> conform artikel III, tweede lid, Nadere regel aanlevering zorgvraagzwaarte cGGZ

#### *Bewaren afschrift*

3. De zorgaanbieder houdt in zijn administratie een afschrift van de in artikel 3.5.1 bedoelde verklaring.

#### *Aanpassen tarief*

4. In aanvulling op de uitzonderingsbepaling van artikel 3.5.1 en zo nodig in afwijking van artikel 3.4.4 zijn patiënt en zorgaanbieder gerechtigd om een tarief, niet hoger dan het geldende maximumtarief, te declareren zodanig dat dit afwijkende tarief niet herleidbaar is naar de diagnose. De zorgaanbieder, al dan niet in gezamenlijkheid met de patiënt, dient in dit geval in overleg met de zorgverzekeraar tot een afwijkende, doch voor beide partijen aanvaardbare betalingsprocedure te komen. De zorgverzekeraar is gehouden om binnen redelijke grenzen medewerking te verlenen aan de totstandkoming van zo'n betalingsprocedure.

#### *Controle door medisch adviseur*

5. Controle door de zorgverzekeraar op de rechtmatigheid van facturen, die op grond van artikel 3.5.1 door een zorgaanbieder, dan wel een patiënt, ter betaling aan die zorgverzekeraar zijn aangeboden, vindt plaats door of onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur.

#### *Uitzondering voor zelfbetalers*

6. De artikelen 3.4.3, 3.4.11, 3.4.12 en 3.4.14, voor zover betrekking hebbend op tot de diagnose herleidbare gegevens, blijven buiten toepassing indien een patiënt aan de zorgaanbieder te kennen geeft de factuur, resp. facturen, met betrekking tot de door hem genoten behandeling(en) zelf te zullen betalen, althans niet ter betaling bij zijn zorgverzekeraar aan te bieden.

#### *Factuur alsnog ter betaling indienen*

7. Indien een patiënt bedoeld in artikel 3.5.6 zich bedenkt en de factuur op een later moment alsnog ter betaling wil indienen bij zijn zorgverzekeraar, dan dient alsnog een verklaring als bedoeld in artikel 3.5.1 te worden ingevuld en ondertekend. De artikelen 3.5.2 tot en met 3.5.5 zijn in dat geval van overeenkomstige toepassing.

## 4 Zzp's ggz

In dit hoofdstuk worden de registratie-, declaratie- en informatiebepalingen van de prestaties en toeslagen in het kader van de langdurige ggz met behandeling beschreven.

Met prestaties wordt in dit hoofdstuk bedoeld:

- zzp-ggz b 3 t/m 7 inclusief dagbesteding
- zzp-ggz b 3 t/m 7 exclusief dagbesteding
- zzp-ggz Klinisch Intensieve Behandeling

Met toeslagen wordt in dit hoofdstuk bedoeld:

- toeslag niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie
- toeslag Vervoer dagbesteding
- toeslag Woonzorg jong volwassenen ggz

### 4.1 Algemene registratiebepalingen

1. De registratie van de prestaties en toeslagen in de administratie van de zorgaanbieder is volledig, juist en actueel.

2. De registratie van de prestaties en toeslagen start als de patiënt langer dan 365 aaneengesloten dagen behandeling inclusief verblijf heeft ontvangen. Voor patiënten met behandeling en verblijf wordt vanaf dag 366 een zzp-ggz geregistreerd in plaats van een dbc.

3. De registratie van de prestaties en toeslagen eindigt wanneer de patiënt niet langer verblijft in de instelling.

4. In uitzondering op artikel 4.1.3 geldt dat de zorgaanbieder, in verband met het beschikbaar houden van de verblijfsplaats, gedurende de tijdelijke afwezigheid van de patiënt de zzp-ggz mag blijven registreren die ook geregistreerd wordt bij aanwezigheid. Voor registratie bij tijdelijke afwezigheid geldt een maximum van veertien dagen afwezigheid per keer, tellend vanaf de eerste dag na vertrek van de instelling. Dit maximum geldt niet in het geval van ziekenhuisopname.

In aanvulling op het gestelde in de vorige alinea geldt het volgende:

Voor de registratie bij tijdelijke afwezigheid van patiënten die als leerling voor dagonderwijs staan ingeschreven en die dit onderwijs ook daadwerkelijk volgen, wordt per keer een maximum afwezigheid berekend. Deze loopt vanaf de eerste dag van afwezigheid van de patiënt tot de maximale wettelijke vakantieduur.

5. De uitzondering als bedoeld in artikel 4.1.4 is niet van toepassing op de toeslagen.

6. Er kunnen niet meerdere zzp's ggz voor één patiënt voor dezelfde datum worden geregistreerd.

7. De administratieve organisatie is zodanig ingericht dat een audit-trail mogelijk is. De NZa en de zorgverzekeraar moeten altijd de mogelijkheid hebben om vastlegging van de uitgevoerde behandeltrajecten op juistheid te controleren.

## 4.2 Declaratiebepalingen

1. De zorgaanbieder declareert de prestatie met het profiel dat overeenkomt met het profiel van de patiënt (zie Bijlage VIII). De declaratie vindt plaats op patiëntniveau. Daarbij declareert de zorgaanbieder per verblijfsdag de normatieve huisvestingscomponent (nhc) en normatieve inventariscomponent (nic) die horen bij de geleverde verblijfsprestatie.

2. Er kunnen niet meerdere zzp's ggz voor één patiënt voor dezelfde datum worden gedeclareerd.

3. De toeslagen worden altijd in combinatie met een zzp-ggz in rekening gebracht.

4. De declaratieperiode voor de prestaties en toeslagen is een kalendermaand.

5. Als er een verandering in de zorgvraag van de patiënt optreedt, kan een andere (hoger of lager) zzp-ggz worden gedeclareerd.

6. De prestaties en toeslagen worden na afloop van de declaratieperiode in rekening gebracht.

7. De declaratie bestaat uit het aan de patiënt geleverde aantal zzp dagen en eventuele toeslagen binnen de declaratieperiode, met inbegrip van het gestelde in artikel 4.1.4.

8. Een zorgaanbieder heeft bepaalde verplichtingen als het gaat om transparantie richting de patiënt. Voor wat betreft deze verplichtingen verwijzen we naar de beleidsregel 'Transparantie zorgaanbieders'.

## 4.3 Informatiebepalingen

Elke factuur bevat in ieder geval de volgende gegevens:

*Begindatum declaratieperiode*

1. Het gaat hier om de datum van de eerste dag in de betreffende declaratieperiode.

*Einddatum declaratieperiode*

2. Het gaat hier om de datum van de laatste dag die onderdeel uitmaakt van de betreffende declaratieperiode.

*Gedeclareerde prestatie(s)*

3. Het gaat hier om de in rekening te brengen zzp's ggz. Het moet duidelijk zijn welke zzp's ggz gedeclareerd (prestatiecode) worden en in welk aantal.

### *Toeslagen*

4. De volgende toeslagen worden onderscheiden:

- niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie
- vervoer dagbesteding
- woonzorg jong volwassenen ggz

Alle toeslagen worden altijd in combinatie met een zzp-ggz in rekening gebracht. Op de factuur wordt vermeld welke toeslagen op welke datum geleverd zijn en tegen welk tarief.

### *Gedeclareerde tarief*

5. Het gaat hier om de tarieven die in rekening worden gebracht voor de zzp's ggz en toeslagen en het in totaal gedeclareerde bedrag (pxq).

### *AGB-code*

6. De AGB-instellingscode en – als dat van toepassing is- de AGB-zorgverlenerscode.

### *Lekenomschrijving*

7. Als een zorgaanbieder aan de patiënt factureert, voegt hij op de factuur een lekenomschrijving met betrekking tot de geleverde zorg toe. Vermelding van de lekenomschrijving blijft achterwege als de zorgaanbieder de factuur rechtstreeks aan de zorgverzekeraar zendt.

## 5 Overige zorgproducten (ozp's)

De categorie 'overige zorgproducten' (ozp's)<sup>13</sup> heeft geen relatie met het dbc- of zzp-ggz-traject van een patiënt. De registratieprocessen voor de dbc's en zzp's ggz gelden dus ook niet voor de ozp's. De integrale tarieven voor de overige zorgproducten kunnen daarom afzonderlijk gedeclareerd worden aan de patiënt, zorgverzekeraar of aan de opdrachtgever. Voor meer informatie over overige zorgproducten wordt verwezen naar de beleidsregel 'Prestaties en tarieven gespecialiseerde ggz'.

Als er aan een patiënt zowel basispakketzorg als niet basispakketzorg wordt geleverd, dan declareert de zorgaanbieder zowel een dbc/zzp-ggz als een ozp.

### *Zorg die tot het basispakket behoort*

1. Bij consultaties door een psychiater bij een euthanasieverzoek op grond van psychisch lijden kan het specifiek ozp in rekening worden gebracht. De werkzaamheden die met dit ozp in rekening kunnen worden gebracht betreffen het dossieronderzoek, gesprek met patiënt en naasten, verslaglegging en afsluiting. Hierbij geldt een maximum van 12 uur per patiënt.

### *Zorg die niet tot het basispakket behoort*

1. Het is zorgaanbieders niet toegestaan om zorg die niet tot het basispakket behoort, in rekening te brengen als zorg die tot het basispakket behoort.

2. Voor het declareren van zorg die niet onder het basispakket valt, maar wel zorg is zoals omschreven in de Wmg, brengt de zorgaanbieder één van de voor deze zorg vastgestelde ozp's in rekening. Als er geen aparte prestatie bestaat voor de niet-basispakketzorg, dan kunnen de volgende algemene prestaties gebruikt worden:

- ozp niet-basispakketzorg consult
- ozp niet-basispakketzorg verblijf

3. Activiteiten en verrichtingen die niet onder de reikwijdte van het begrip 'zorg' als omschreven in artikel 1, onder b, Wmg behoren, worden niet via prestaties of ozp's gedeclareerd.

4. Bij keuringen, rapporten en informatieverstrekkingen kunnen aanbieders bij levering van specifieke prestaties een prestatie ('toeslag') in rekening brengen voor additionele directe of indirecte tijd. De zorgverlener moet de patiënt vooraf informeren wanneer hij verwacht gebruik te maken van deze toeslag bovenop de standaardprestatie.

---

<sup>13</sup> Zie voor een overzicht van de ozp's die door de ggz te declareren zijn bijlage 4 van de nadere regel msz: overige zorgproducten per segment



## **6 Intrekking oude regeling(en)**

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze nadere regel wordt de regeling 'Gespecialiseerde ggz', met kenmerk NR/CU-565 ingetrokken.

De voorliggende regeling vervangt de reeds vastgestelde maar nog niet in werking getreden regeling 'Gespecialiseerde ggz' met kenmerk NR/REG-1705.

## 7 Overgangsbepaling

De regeling 'Gespecialiseerde ggz', met kenmerk NR/CU-565, blijft van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van zorgaanbieders die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en die zijn aangevangen - en al dan niet beëindigd - in de periode dat die regeling geldig was. Dit betekent dat voor overlopende dbc's (dbc's gestart vóór 2017 en doorlopend in 2017) de op het moment van opening van de dbc geldende nadere regel van toepassing is.

## 8 Inwerkingtreding en citeerregel

Deze nadere regel treedt in werking met ingang van 1 januari 2017. Op grond van artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal deze nadere regel in de Staatscourant worden geplaatst.

Deze nadere regel kan worden aangehaald als:

Nadere regel 'Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg'.

de Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw

voorzitter Raad van Bestuur