

Generalistische basis-ggz - BR/REG-18120

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_21743_22. Controleer altijd of u de actuele versie in handen hebt.

Geldend vanaf: 01-01-2018 tot en met 31-12-2019.

Documentgegevens

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

Originele versie:

Citeertitel: Generalistische basis-ggz - BR/REG-18120

Permalink: http://puc.overheid.nl/doc/PUC_21743_22

Soort document:

Type: Beleid en regels - Beleidsregel

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

Versie en datums:

Versie: 1

Geldend vanaf: 01-01-2018 tot en met 31-12-2019

Laatste wijziging: 02-08-2019

Overige referentiedatums in het document: 30-06-2017

Publicatiegegevens:

Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Kanaal: NZa

Vorm: origineel PUC document

Referentienummer: PUC_21743_22

Toegankelijkheid: Intern

Publicatiedatum: 30-06-2017

Taal: nl

Verrijking gepubliceerd bij document:

Thema's:

- Generalistische basis-ggz
- Gespecialiseerde ggz

Inhoudsopgave

1. Reikwijdte.....	5
2. Doel van de beleidsregel.....	6
3. Begripsbepalingen.....	7
4. Prestaties generalistische basis-ggz.....	12
4.1 Integrale prestaties.....	12
4.2 Patiëntprofielen.....	12
4.3 Prestatie Onvolledig behandeltraject.....	13
4.4 Begin en einde van het behandeltraject.....	13
5. Voorwaarden, voorschriften, beperkingen.....	14
5.1 Regiebehandelaar.....	14
5.2 Veranderen van prestatie gedurende het behandeltraject.....	14
6. Overig zorgproduct (niet verzekerd pakket).....	15
7. Overige prestaties.....	16
8. Declaratie.....	17
9. Tariefsoort generalistische basis-ggz.....	19
10. Methodiek en rekenmodel standaard maximumtarieven generalistische basis-ggz.....	20
11. Standaard maximumtarief prestatie Onvolledig behandeltraject.....	23
12. Indexatie tarieven.....	24
13. Evaluatie.....	25
14. Intrekking oude beleidsregel(s).....	26
15. Inwerkingtreding en citeerregel.....	27
TOELICHTING.....	28
Algemeen.....	28
Artikelsgewijze toelichting.....	28

Generalistische basis-ggz - BR/REG-18120

Gelet op artikel 57, eerste lid, aanhef en onder b en c van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) stelt de Nederlandse

Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

Gelet op artikel 52 aanhef en onderdeel e van de Wmg worden tarieven en prestatiebeschrijvingen die uit de voorliggende beleidsregel voortvloeien ambtshalve vastgesteld door de NZa.

Gelet op artikel 59, onderdeel a, Wmg heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) met de brief van 8 juli 2013, kenmerk 129679-106375-MC, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 Wmg aan de NZa gegeven.

1. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op generalistische basis-ggz als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Voorzover geen sprake is van zorg als omschreven in de vorige zin, is deze beleidsregel van toepassing op handelingen¹ of werkzaamheden² op het terrein van de generalistische basis-ggz, uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van personen, ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) of door personen als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

1 Het betreft hier de handelingen bedoeld in artikel 1, sub b, nr. 2o, van de Wmg.

2 Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, aanhef, en sub d, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg.

2. Doel van de beleidsregel

Het doel van deze beleidsregel is vast te leggen op welke wijze de NZa gebruik maakt van haar bevoegdheid om de tarieven en prestatiebeschrijvingen voor de generalistische basis-ggz vast te stellen.

3. Begripsbepalingen

3.1 Zorgaanbieder

Natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder c, van de Wmg.

3.2 Prestatie

Een van de prestaties, genoemd in artikel 4 dan wel de OZP niet-basispakketzorg consult of de OZP niet-basispakketzorg verblijf als vermeld in artikel 6 dan wel een van de prestaties genoemd in artikel 7.

3.3 Generalistische basis-ggz

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zvw, niet zijnde gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. De patiëntprofielen als bedoeld in artikel 3.4 vormen gezamenlijk een afspiegeling van de totale doelgroep van de generalistische basis-ggz en de bijbehorende zorgvraagzwaarte.

3.4 Patiëntprofiel

Beschrijving van de kenmerken waarvoor de prestatie geschikt wordt geacht. Het patiëntprofiel is een weergave van de zorgvraagzwaarte van de patiënten per prestatie. Het patiëntprofiel is gebaseerd op de volgende criteria: DSM stoornis, ernst problematiek, risico, complexiteit en beloop klachten.

3.5 Zorgvraagzwaarte

Zorgvraagzwaarte is gerelateerd aan de patiënt (de zwaarte van de zorgvraag) en onderscheidt zich daarmee van zorgzwaarte, die is gericht op de zwaarte van de behandeling.

3.6 DSM stoornis

Stoornis als bedoeld in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Een vermoeden van een tot het verzekerde pakket behorende DSM stoornis is een noodzakelijke voorwaarde voor toegang tot de verzekerde generalistische basis-ggz. Voor behandeling in de verzekerde generalistische basis-ggz dient een stoornis aanwezig te zijn.

3.7 Onderlinge dienstverlening

Zorg als bedoeld in artikel 1 van de Wmg, die door een zorgaanbieder wordt verleend als onderdeel van een door een andere zorgaanbieder uit te voeren prestatie op het gebied van de generalistische basis-ggz.

De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'.

3.8 Consultatie

Raadpleging van een specialist of andere behandelaar door een behandelaar ten behoeve van de diagnostiek en/of behandeling van de patiënt.

3.9 Regiebehandelaar

De regiebehandelaars in de generalistische basis-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:

- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog
- Psychotherapeut
- GZ-psycholoog

Instellingen

De volgende beroepen kunnen binnen een instelling voorkomen als regiebehandelaar:

- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog
- Psychotherapeut
- GZ-psycholoog
- Specialist ouderengeneeskunde
- Verslavingsarts in profielregister KNMG
- 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 (ZINL) en in werking treedt per 1 januari 2017.

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. In dit geval mogen, in afwijking op wat in tabel 1 is weergegeven, ook de onderstaande beroepen voorkomen als regiebehandelaar:

- Kinder- en Jeugdpsycholoog
- Orthopedagoog generalist

Deze ontheffing geldt uitsluitend voor de behandeling die afgerond moet worden zodra een patiënt de 18-jarige leeftijd heeft bereikt.

De uitzondering is daarom alleen van toepassing op de eerste prestatie in de generalistische basis-ggz die voor deze patiënt geopend wordt na het bereiken van de 18-jarige leeftijd.

Uitbreiding 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.

Alleen BIG-geregistreerde beroepen kunnen in aanmerking komen voor een uitbreiding op de lijst met beroepen voor het regiebehandelaarschap.

3.10 *Medebehandelaar*

Zorgverlener, niet zijnde de regiebehandelaar, die zorg verleent in het kader van het behandeltraject van de patiënt in de generalistische basis-ggz.

3.11 *Behandeltraject*

Geheel van activiteiten van de zorgaanbieder, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt in behandeling is. Een behandeltraject kan bestaan uit meerdere behandelcomponenten, inclusief intake en diagnostiek.

3.12 *Behandelcomponent*

De behandelcomponenten zijn de bouwstenen van de prestatie.

De behandelcomponenten bestaan uit zorgactiviteiten en worden niet afzonderlijk in rekening gebracht maar via één van de vier integrale prestaties BK, BM, BI of BC.

3.13 *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

3.14 Overig zorgproduct (OZP) niet-basispakketzorg Consult

Consult waarin de zorgaanbieder de patiënt gedurende een onafgebroken tijdsspanne voor één of meerdere indicaties begeleidt, adviseert en/of behandelt. Deze prestatie is bedoeld voor patiënten die onverzekerde generalistische basis-ggz ontvangen die wel zorg is als omschreven in de Wmg. Dit is inclusief tijdsbesteding die uit dit contact voortvloeit.

Het maximumtarief voor dit OZP is gebaseerd op een consult van 60 minuten.

3.15 Overig zorgproduct (OZP) niet-basispakketzorg Verblijf

Verblijf met overnachting. Deze verblijfsprestatie betreft zorg als omschreven in de Wmg voor patiënten die opgenomen zijn om onverzekerde generalistische basis-ggz te ontvangen. De behandeling valt niet onder deze prestatie, het gaat hier uitsluitend om de verblijfskosten. Het maximumtarief voor dit OZP is gebaseerd op een verblijf van 24 uur.

3.16 Patiëntgebonden activiteiten

Activiteiten die een behandelaar uitvoert in het kader van de diagnostiek en behandeling van een patiënt.

3.17 Niet-patiëntgebonden activiteiten

Activiteiten zoals scholing, algemene vergaderingen, interviews met collega's, productontwikkeling en het lezen van vakliteratuur.

3.18 Direct patiëntgebonden tijd

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 e-mail of internet onder (chatten, Skype, etcetera).

3.19 Indirect patiëntgebonden tijd

Tijd die de behandelaar besteedt aan zaken rondom een contactmoment 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, reistijd van en naar de patiënt, multidisciplinair overleg of eindverslaglegging van een behandeltraject.

4. Prestaties generalistische basis-ggz

4.1 Integrale prestaties

Voor de generalistische basis-ggz zijn de volgende vier integrale prestaties van toepassing:

- generalistische basis-ggz Kort (BK)
- generalistische basis-ggz (BM)
- generalistische basis-ggz Intensief (BI)
- generalistische basis-ggz Chronisch (BC)

Elk van deze prestaties omvat het geheel van behandelcomponenten voor een categorie patiënten passend bij het patiëntprofiel.

4.2 Patiëntprofielen

Elk van de in het vorige lid bedoelde prestaties is gebaseerd op een afzonderlijk patiëntprofiel.

A Generalistische basis-ggz Kort (BK)

Het patiëntprofiel dat hoort bij deze prestatie is:

- Er is sprake van een DSM stoornis;
- De gemiddelde zorgvraagzwaarte betreft problematiek van lichte ernst;
- Er is sprake van een laag risico;
- Er is sprake van een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit;
- Er zijn aanhoudende/persisterende klachten. Eerdere interventies hebben onvoldoende effect bewerkstelligd.

B Generalistische basis-ggz Middel (BM)

Het patiëntprofiel dat hoort bij deze prestatie is:

- Er is sprake van een DSM stoornis;
- De gemiddelde zorgvraagzwaarte betreft problematiek van matige ernst;
- Er is sprake van een laag tot matig risico;
- Er is sprake van een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit;
- De duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de DSM richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.

C Generalistische basis-ggz Intensief (BI)

Het patiëntprofiel dat hoort bij deze prestatie is:

- Er is sprake van een DSM stoornis;

- De gemiddelde zorgvraagzwaarte betreft ernstige problematiek;
- Er is sprake van een laag tot matig risico;
- Er is sprake van een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit;
- De duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.

D Generalistische basis-ggz chronisch (BC)

Het patiëntprofiel dat hoort bij deze prestatie is:

- Er is sprake van een DSM stoornis;
- De gemiddelde zorgvraagzwaarte betreft risicogevoelige stabiele of instabiele chronische problematiek of ernstige problematiek in remissie;
- Er is sprake van een laag tot matig risico.

4.3 Prestatie Onvolledig behandeltraject

De behandelaar dient deze prestatie in rekening te brengen in drie situaties:

- De verwijzer verwijst de patiënt naar een behandelaar in de generalistische basis-ggz, maar de behandelaar stelt geen DSM-stoornis vast.
- Er wordt vroegtijdig (behandelinzet van maximaal 120 minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd) geconcludeerd dat de patiënt behandeld dient te worden in de gespecialiseerde ggz.
- Vroegtijdig (behandelinzet van maximaal 120 minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd) wordt de behandeling door de patiënt en/of behandelaar afgebroken (bijvoorbeeld omdat de patiënt een andere behandelaar prefereert).

4.4 Begin en einde van het behandeltraject

4.4.1 Begin

Een behandeltraject begint met intake en diagnostiek waarna de patiënt op basis van zijn individuele zorgvraagzwaarte ingedeeld wordt in een van de vier integrale prestaties. De startdatum van het behandeltraject wordt bepaald door de datum waarop de behandelaar voor het eerst direct en/of indirect patiëntgebonden tijd besteedt aan de betreffende patiënt.

4.4.2 Einde

Het behandeltraject wordt afgesloten als de behandeling van de patiënt eindigt. Daarvan is sprake als: de behandeling is afgerond, vermoeden van DSM-stoornis niet bevestigd, patiëntprofiel patiënt te zwaar voor generalistische basis-ggz, voortijdige beëindiging behandeling op initiatief van patiënt en/of behandelaar, overlijden van de patiënt, na 365 dagen of ingeval van overgang naar een andere bekostiging.

4.4.3 Looptijd

Een prestatie kan maximaal 365 dagen 'open' staan. Na 365 dagen wordt de prestatie afgesloten.

5. Voorwaarden, voorschriften, beperkingen

5.1 Regiebehandelaar

Zoals vermeld in artikel 3.9 wordt voor het regiebehandelaarschap (zoals vastgelegd in het model-kwaliteitsstatuut ggz onderscheid gemaakt tussen vrijgevestigden en instellingen.

De prestaties als omschreven in artikel 4 worden in rekening gebracht indien er sprake is van besteding van direct patiëntgebonden tijd van een regiebehandelaar bij het behandeltraject van de patiënt. Indien er sprake is van een patiënt afkomstig uit de Jeugdwet, dan geldt de eis van verplicht direct patiëntgebonden tijd van een regiebehandelaar niet.

In de tariefbeschikking zal de NZa als voorwaarde opnemen dat de prestatie in rekening gebracht kan worden indien de regiebehandelaar direct patiëntgebonden tijd heeft besteed aan de patiënt voor wie wordt gedeclareerd.

5.2 Veranderen van prestatie gedurende het behandeltraject

Indien tijdens een behandeltraject blijkt dat een patiënt een meer of minder intensieve behandeling nodig heeft, waardoor er voor deze patiënt op basis van zijn individuele zorgvraagzwaarte een andere prestatie in rekening moet worden gebracht, dan is het mogelijk om tijdens een behandeltraject van prestatie te veranderen, mits de patiënt hierover adequaat is geïnformeerd.

6. Overig zorgproduct (niet verzekerd pakket)

De prestaties voor de generalistische basis-ggz als bedoeld in artikel 4 worden alleen in rekening gebracht indien sprake is van zorg die behoort tot het verzekerde pakket op grond van de Zvw.

Indien de prestatie of een behandelcomponent geen onderdeel uitmaakt van het eerder bedoelde verzekerde pakket, dan wordt de geleverde zorg in rekening gebracht in de vorm van een Overig zorgproduct (OZP) niet-basispakketzorg Consult of een OZP niet-basispakketzorg Verblijf.

7. Overige prestaties

Zorgaanbieders kunnen de prestaties declareren voor keuringen, rapporten en informatieverstrekkingen die zijn opgenomen in de vigerende bijlage behorend bij de 'Regeling medisch specialistische zorg' met het overzicht van de overige zorgproducten (ozp). Deze overige prestaties behoren niet tot het verzekerde pakket op grond van de Zvw, maar betreffen wel zorg zoals omschreven in de Wmg.

8. Declaratie

8.1

De zorgaanbieder brengt de prestaties als bedoeld in artikel 4 niet eerder in rekening dan nadat het behandeltraject is afgesloten.

Een behandeling is afgesloten indien één van de afsluitredenen van toepassing is zoals genoemd in artikel 4.4.2.

8.2

De zorgaanbieder kan een OZP als bedoeld in artikel 6 of 7 ook in onderdelen in rekening brengen, bijvoorbeeld per consult zitting of per verblijfsdag. De zorgaanbieder maakt hierover voorafgaand aan de behandeling schriftelijke afspraken met de patiënt.

8.3

Als aan een patiënt zowel verzekerde als onverzekerde generalistische basis-ggz wordt geleverd, dan brengt de zorgaanbieder een integrale prestatie voor de verzekerde zorg en een of meerdere OZP's voor de onverzekerde zorg in rekening.

8.4

Zoals in artikel 4.1 van deze beleidsregel is aangegeven kunnen verschillende behandelcomponenten worden aangeboden binnen een prestatie. Deze behandelcomponenten worden niet afzonderlijk bekostigd, maar in rekening gebracht als integraal onderdeel van een van de prestaties als omschreven in deze beleidsregel.

8.5

In geval van onderlinge dienstverlening brengt de uitvoerende zorgaanbieder de uitgevoerde behandelcomponent, bijvoorbeeld specialistische behandeling en/of consultatie, in rekening bij de opdrachtgevende zorgaanbieder.

8.6

De zorgaanbieder declareert de prestatie met het patiëntprofiel dat aansluit bij de zorgvraagzwaarte van de patiënt.

8.7

Wanneer tijdens het behandeltraject blijkt dat de patiënt op basis van (een verandering in) zorgvraagzwaarte een andere prestatie nodig heeft dan bij de start van het behandeltraject, wordt enkel de andere prestatie gedeclareerd. Bij overgang naar een andere prestatie dient de patiënt hierover te zijn geïnformeerd.

8.8

Indien blijkt dat er geen sprake is van een DSM stoornis, wordt het behandeltraject van de integrale prestatie afgesloten en wordt de prestatie 'Onvolledig behandeltraject' in rekening gebracht.

8.9

Indien tijdens de behandeling in de generalistische basis-ggz blijkt dat de problematiek en klachten verergeren waardoor de patiënt niet meer binnen de patiëntprofielen van de generalistische basis-ggz past, wordt het behandeltraject in de generalistische basis-ggz afgesloten en de geleverde prestatie in rekening gebracht. Ingeval de behandeling net is gestart (behandelinzet van maximaal 120 minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd) en blijkt dat het patiëntprofiel van de patiënt te zwaar is voor de generalistische basis-ggz, wordt de prestatie 'Onvolledig behandeltraject' in rekening gebracht.

8.10

Indien de behandeling voortijdig op initiatief van de patiënt en/of behandelaar wordt beëindigd, wordt het behandeltraject in de generalistische basis-ggz afgesloten en de geleverde prestatie in rekening gebracht. Ingeval de behandeling net is gestart (behandelinzet van maximaal 120 minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd) wordt de prestatie 'Onvolledig behandeltraject' in rekening gebracht.

8.11

Er kunnen niet meerdere prestaties tegelijkertijd worden gedeclareerd bij dezelfde patiënt. Uitzondering hierop is een combinatie van één van de prestaties BK, BM of BI, met de prestatie BC en de integrale prestaties in combinatie met de OZP's als bedoeld in de artikelen 3.14 en 3.15.

9. Tariefsoort generalistische basis-ggz

9.1

Voor de vier integrale prestaties en de prestatie Onvolledig behandeltraject gelden 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 indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar ten grondslag ligt.

9.2

Een tarief dat niet hoger is dan het standaard maximumtarief kan aan eenieder in rekening worden gebracht.

9.3

Een tarief hoger dan het standaard maximumtarief kan uitsluitend in rekening worden gebracht aan (a) de ziektekostenverzekeraar met wie het verhoogde maximumtarief is overeengekomen of (b) de verzekerde ten behoeve van wie een ziektekostenverzekering met betrekking tot generalistische basis-ggz is gesloten bij een ziektekostenverzekeraar met wie een zodanig verhoogd maximumtarief schriftelijk is overeengekomen.

9.4

Voor de OZP niet-basispakketzorg Consult en de OZP niet-basispakketzorg Verblijf gelden maximumtarieven.

Voor onderlinge dienstverlening geldt een vrij tarief.

10. Methodiek en rekenmodel standaard maximumtarieven generalistische basis-ggz

10.1

De in dit artikel beschreven normatieve methodiek is van toepassing op de in artikel 4.1 van deze beleidsregel bedoelde prestaties.

10.2

Het normatieve standaard maximumtarief van elke prestatie is opgebouwd uit kostendragers. De kostendrager binnen het normatieve tarief is opgebouwd uit de volgende kostensoorten:

- vergoeding voor arbeid en aan arbeid gerelateerde werkgeverslasten en productiviteit
- vergoeding voor overige personeelskosten en materiële kosten
- vergoeding voor kapitaallasten
- vergoeding voor gederfd rendement eigen vermogen

Het standaard maximumtarief wordt berekend door de som van de combinaties van kosten en tijd van de kostendragers.

10.3

Bij de normatieve tariefstelling hanteert de NZa de volgende uitgangspunten:

- Vergoeding voor arbeid en aan arbeid gerelateerde werkgeverslasten en productiviteit:
 - De arbeidskosten zijn gebaseerd op de FWG schalen, de salarisbedragen van de inpassingstabel, vakantiedagen, Levensfase Budget en eindejaaruitkering van de CAO ggz.
 - De werkgeverslasten worden uitgedrukt in een percentage van de loonkosten.
 - De arbeidskosten van zorgverleners die als zelfstandige prestaties Basis ggz declareren, en derhalve niet in loondienst werkzaam, worden geacht gelijk te zijn met het hiervoor beschreven uitgangspunt voor de bepaling van de kosten.
 - De productieve uren op jaarbasis worden vastgesteld op 1.115,2 uur per FTE bij een werkweek van 36 uur.
- Vergoeding voor overige personeelskosten en materiële kosten:
 - De vergoeding voor overige personeelskosten en materiële kosten worden uitgedrukt in een percentage van de loonkosten inclusief werkgeverslasten.
- Vergoeding voor kapitaallasten:
 - Ten aanzien van de vergoeding voor kapitaallasten wordt uitgegaan van het verlenen van zorg in gehuurde locaties. De vergoeding voor kapitaallasten voorziet tevens in een vergoeding voor inventaris en apparatuur. De vergoeding kapitaallasten wordt uitgedrukt in een percentage van de loonkosten inclusief werkgeverslasten.
- Vergoeding voor gederfd rendement eigen vermogen:
 - In de tariefberekening is een vergoeding verwerkt voor het gederfd rendement op het eigen vermogen. De vergoeding wordt gebaseerd op een normatieve balans.

10.4

Voor de berekening van de standaard maximumtarieven gaat de NZa uit van de volgende hoeveelheid patiëntgebonden directe en indirecte tijd:

Prestatie	Duur in minuten
BK	294
BM	495
BI	750
BC	753

10.5

De beroepen worden op basis van opleidingsniveau ingedeeld in 3 categorieën.

Categorie 1	Categorie 2	Categorie 3
-HBO eventueel met specialisatie -WO	WO ≥ 2 jaar specialisatie	WO ≥ 4 jaar specialisatie

10.6

De prestaties bestaan in beginsel uit de volgende behandelcomponenten:

- Intake, diagnostiek, ROM en verslaglegging;
- Aanvullende diagnostiek;
- Face-to-face behandeling;
- E-health behandeling;
- Gespecialiseerde behandeling;
- Consultatie.

Categorie 2 zal het grootste deel van de zorg binnen de Generalistische basis-ggz verlenen. Categorie 1 zal (mede) uitvoering geven aan behandeling en begeleiding en categorie 3 zal doorgaans voor consultatie worden betrokken. Op basis van een functionele benadering is de volgende verdeling van de categorieën gemaakt binnen de vier prestaties:

	Kort	Middel	Intensief	Chronisch
Categorie 1	15%	10%	10%	60%
Categorie 2	80%	85%	80%	25%
Categorie 3	5%	5%	10%	15%
	100%	100%	100%	100%

Omdat ervaringsgegevens ontbreken is bovenstaande procentuele verdeling gebaseerd op een aanname en vindt afronding plaats op 5%. De verwachting is dat beroepen die generalistische basis-ggz verlenen met name psychiaters, psychotherapeuten, klinisch psychologen,

GZ-psychologen en verpleegkundigen zijn.

10.7

Het salaris/inkomen per categorie is gebaseerd op de gebruikelijke FWG inschaling in de zorgsector van deze beroepen. De inpassing in de salaristabel wordt gesteld op 90% van de maximale inschaling.

Categorie	Schaal
1	FWG 55
2	FWG 65
3	Salarisschaal medisch specialisten

10.8

Berekening van de categorieën/kostendragers

	Kostensoort/eenheid	Uitkomst
a.	Salaris/inkomen per categorie inclusief vakantietoelage	Bedrag categorie 1,2 of 3
b.	Werkgeverslasten	20,72% over a
c.	Totaal werkgeverslasten	$c = a + b$
d.	Overige personeelskosten	6,22% over c
e.	Materiële kosten	17,45% over c
f.	Kapitaallasten	11,58% over c
g.	Vergoeding gederfd rendement eigen vermogen	G
h.	Totaal categorie	$h = c + d + e + f + g$
i.	Kostprijs categorie per uur	$i = h$ gedeeld door declarabele uren van 1115,2 uur per jaar.
j.	Idem per minuut	i gedeeld door 60

10.9

Op basis van de procentuele verdeling van de categorieën per prestaties worden de minuten per categorie per prestatie berekend. Het standaard maximumtarief per prestatie wordt berekend door de minuten per categorie te vermenigvuldigen met de kostprijs per minuut van de categorie en de uitkomsten per prestatie te sommeren.

11. Standaard maximumtarief prestatie Onvolledig behandeltraject

Voor de prestatie Onvolledig behandeltraject is het standaard maximumtarief gemaximeerd op 120/294 deel van het standaard maximumtarief voor de prestatie BK.

12. Indexatie tarieven

De tarieven voor de generalistische basis-ggz worden in beginsel jaarlijks ambtshalve geïndexeerd. De op het tarief toe te passen index is het gewogen gemiddelde van de loon- en materiële indices waarbij wordt uitgegaan van een aandeel van 90% loonkosten en 10% materiële kosten. Bij de OZP niet-basispakket zorg verblijf wordt uitgegaan van een aandeel van 85% loonkosten en 15% materiële kosten.

a. De aanpassing van de loonkostencomponent in jaar t is gebaseerd op het door de Minister van VWS aangegeven indexatiepercentage Overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (Ova). Deze aanpassing bestaat uit:

- een structurele doorwerking in jaar t van de uit het definitieve Ova-indexcijfer blijkende verschil tussen de voor- en eindcalculatie van jaar t-1;
- een 100% voorcalculatie van het voorlopige Ova-indexcijfer voor het jaar t.

b. De aanpassing van de materiële kostencomponent in jaar t is gebaseerd op gegevens uit de tabel 'Middelen en bestedingen' van het Centraal Economisch Plan (CEP) van het Centraal Planbureau (CPB) van het jaar t. Deze aanpassing bestaat uit:

- een structurele doorwerking in jaar t van het uit het CEP blijkende verschil tussen de voor- en eindcalculatie van jaar t-1;
- een 100% voorcalculatie van het voorlopige Ova-indexcijfer voor het jaar t.

De voorcalculatie van het Ministerie van VWS en de eindcalculatie van het CPB worden door de NZa in de beleidsregelwaarden verwerkt als voorlopige respectievelijk definitieve index.

13. Evaluatie

De generalistische basis-ggz vormt een onderdeel van de nieuwe bekostigingsstructuur van de ggz. Dit betekent dat ontwikkelingen goed gevolgd worden en dat een evaluatie zal plaatsvinden op het gestelde in deze beleidsregel, zowel ten aanzien van de prestaties als ook de tarieven.

Om deze evaluatie zorgvuldig uit te kunnen voeren legt de NZa registratie- en aanleveringsregels op. Hiervoor wordt verwezen naar de regeling generalistische basis-ggz.

Om te kunnen zorgdragen dat aanbieders en verzekeraars op een gelijke en transparante wijze de nieuwe prestaties aanbieden en in rekening brengen worden in de eerdergenoemde regeling hieraan regels gesteld.

14. Intrekking oude beleidsregel(s)

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel generalistische basis-ggz met kenmerk BR/REG-17161, ingetrokken.

De beleidsregel generalistische basis-ggz met kenmerk BR/REG-17161 blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold.

15. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2018.

Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wmg, zal van de vaststelling van deze beleidsregel mededeling worden gedaan in de Staatscourant.

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: ‘Beleidsregel generalistische basis-ggz’.

TOELICHTING

Algemeen

In deze beleidsregel worden de bevoegdheden van de NZa concreet uitgewerkt in beleid. Deze beleidsregel beschrijft de bekostigingssystematiek binnen de generalistische basis-ggz. Naast een onderverdeling in prestaties beschrijft deze beleidsregel ook hoe de NZa tarieven berekent.

Op basis van de uitgangspunten beschreven in deze beleidsregel stelt de NZa prestaties en tarieven vast. Deze prestaties en tarieven worden vastgesteld in de 'Prestatie- en tariefbeschikking generalistische basis-ggz'. In deze beschikking kunnen nadere voorwaarden, voorschriften en beperkingen worden gesteld aan de declaratie van bepaalde prestaties en tarieven.

De nadere regel 'generalistische basis-ggz' beschrijft algemene registratie-, declaratie- en informatieverplichtingen die bindend zijn voor alle zorgaanbieders van generalistische basis-ggz.

Artikelsgewijze toelichting

Artikel 3.9 - Experimenteerruimte regiebehandelaarschap

Hierbij is de eis aan de derde onafhankelijke partij dat zij objectief, gemotiveerd en zorgvuldig tot een oordeel komt over de ingediende aanvragen. Dit stelt eisen aan de governance, zoals de aanwezigheid van een aanvraag- en bezwaarprocedure. Tenslotte moet de looptijd van het experiment begrenst zijn door de derde partij.

Verzoeken worden in beginsel lopende het jaar aangevraagd en kunnen –bij toekenning- direct leiden tot declaratiemogelijkheden.

Artikel 4

A Generalistische basis-ggz Kort (BK)

Binnen de prestatie worden verschillende behandelcomponenten aangeboden die passen bij de individuele zorgvraagzwaarte van de individuele patiënt en waarbij sprake kan zijn van gezamenlijke zorgverlening door behandelaars. De NZa stelt de inhoud van de prestatie niet op detailniveau vast. Het is aan de zorgaanbieders (in samenspraak met verzekeraars) om binnen de kaders van de prestatieomschrijving een passend zorgaanbod te organiseren voor de patiënt. Voorwaarde is dat dit uiteraard dient te gebeuren binnen de door de NZa vastgestelde tariefruimte.

Het patiëntprofiel is gebaseerd op vijf objectieve criteria (DSM stoornis, ernst problematiek, risico, complexiteit en beloop klachten). In de prestatie is niet alleen de ernst van de stoornis meegenomen, maar ook de mate waarin de vijf criteria bij de patiënt aanwezig zijn.

Er is sprake van relatief weinig kernsymptomen maar deze zijn wel voldoende om een diagnose te stellen. De impact van de klachten op het dagelijks functioneren is beperkt, de patiënt ervaart een zekere belemmering in het dagelijks functioneren.

Er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of

verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie.

Er is weliswaar sprake van comorbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, zwakzinnigheid, somatische factoren of psychosociale en omgevingsproblemen, maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose.

B Generalistische basis-ggz Middel (BM)

De kernsymptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig en er is sprake van waarneembare beperkingen in het dagelijks functioneren.

Ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen zijn er geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie. Is wel sprake van een latent gevaarsrisico dan staan daar beschermende factoren tegenover zoals: adequate coping, werk of structurele daginvulling en een steunsysteem waarop men dagelijks kan terugvallen voor toezicht, zorg, praktische en emotionele steun.

Er is sprake van comorbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, zwakzinnigheid, somatische factoren of psychosociale en omgevingsproblemen, maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose.

C Generalistische basis-ggz Intensief (BI)

De meeste symptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig. Er is sprake van uitval en/of substantiële beperkingen in het dagelijks functioneren.

Er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar. Is er wel sprake van een latent gevaarsrisico, dan staan er beschermende factoren tegenover, zie prestatie Middel.

Er is sprake van comorbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, zwakzinnigheid, somatische factoren of psychosociale en omgevingsproblemen, maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose.

D Generalistische basis-ggz Chronisch (BC)

Er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie. Is er wel sprake van een latent gevaarsrisico, dan staan daar beschermende factoren tegenover, zie prestatie Middel.

Artikel 4.3

Als een behandelaar geen stoornis vaststelt kan de behandelaar de patiënt terugverwijzen naar de huisarts. De huisarts kan vervolgens in overleg met de patiënt bepalen wat een geschikte andere behandeling zou kunnen zijn. Indien de patiënt verwezen moet worden naar de gespecialiseerde ggz, verloopt dat via de huisarts of een andere in de polis van de zorgverzekeraar genoemde verwijzer.

Artikel 5

Indien er sprake is van een klacht of (een vermoeden van) een DSM stoornis en de zorgaanbieders (bijvoorbeeld de huisarts) niet zelf kan behandelen, verwijst deze zorgaanbieder door naar de generalistische basis-ggz of gespecialiseerde ggz. Indien blijkt dat er sprake is van complexe- of acute problematiek kan de huisarts ervoor kiezen om een patiënt (rechtstreeks) door te verwijzen naar de Gespecialiseerde ggz.

Naast de huisarts en de medisch specialist is het aan de zorgverzekeraar om te bepalen wie mag verwijzen naar de ggz.

Artikel 6

Indien de prestatie of een behandelcomponent onverzekerde generalistische basis-ggz betreft, wordt de geleverde zorg in rekening gebracht in de vorm van een OZP. Onverzekerde generalistische basis-ggz is een onverzekerde DSM stoornis en/of een onverzekerde behandelcomponent. Per 1 januari 2017 valt ook de behandeling van ggz klachten onder onverzekerde generalistische basis-ggz en kan de behandeling van ggz klachten daardoor via een OZP gedeclareerd worden. De reikwijdte van de OZP is per 1 januari 2017 verruimd om generalistische basis-ggz aanbieders de mogelijkheid te bieden om patiënten met ggz klachten die daarvoor zelf willen betalen, toch in behandeling te kunnen nemen.

De zorgaanbieder en de patiënt maken onderling afspraken voor wat betreft de duur en inhoud van de te leveren zorg. Zij komen een prijs overeen binnen het door de NZa bepaalde maximumtarief voor de OZP.

In geval van zorg die geen onderdeel uitmaakt van het verzekerde pakket hoeft niet te worden voldaan aan de noodzakelijke voorwaarden van betrokkenheid van een regiebehandelaar.

Artikel 7

Zorgaanbieders kunnen de prestaties declareren voor keuringen, rapporten en informatieverstrekkingen die zijn opgenomen in de vigerende bijlage 'overige zorgproducten (ozp)' behorend bij de 'Regeling medisch specialistische zorg'. U kunt deze tabel downloaden via www.nza.nl

De Overige Prestaties voor de GGZ zijn te selecteren door bij de kolom

‘Soort overig zorgproduct’ voor ‘ozp Overige Verrichtingen’ te kiezen én in de kolom ‘Door GGZ te declareren’ te kiezen voor ‘x’.

Artikel 10

Het tarief voor de generalistische basis-ggz is normatief ontwikkeld.

Dit betekent dat het tarief niet op basis van een kostprijsonderzoek bij zorgaanbieders tot stand is gekomen, maar op basis van openbare gegevens en informatie op onderdelen uit andere onderzoeken en publicaties. Belangrijk onderdeel vormen de gedeponeerde jaarrekeningen op basis waarvan informatie wordt verkregen over de procentuele verhoudingen in het kostenpatroon van zorgaanbieders.

De indeling in de kostensoorten is conform de indeling van de jaarrekeningen voor zorginstellingen. Met kostendragers worden verder in dit hoofdstuk bedoeld de categorieën van beroepen.

Het aantal minuten per prestatie is een indicatie van het aantal minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd die nodig is om de zorg aan de patiëntengroep te leveren.

De uitwerking van de standaard maximumtarieven voor de generalistische basis-ggz met bovengenoemde uitgangspunten en methode is toegelicht en uitgewerkt in een verantwoordingsdocument. Het verantwoordingsdocument is beschikbaar op de website van de NZa.

Artikel 13

Om in dit kader de administratieve lasten zoveel mogelijk te beperken wordt waar mogelijk aangesloten bij /gebruik gemaakt van de al bij partijen in gebruik zijnde registraties.