



Generalistische basis GGZ

Vastgesteld 17 juni 2014
NR/CU-543

Gelet op artikel 36, 37 en 38 en artikel 40 lid 4 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), heeft de Nederlandse Zorgautoriteit de volgende regeling vastgesteld: Regeling Generalistische basis GGZ.

1. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders die generalistische basis geestelijke gezondheidszorg (hierna Basis GGZ) leveren.

2. Doel

Het doel van deze regeling is om voorschriften te stellen voor de Basis GGZ over:

- de declaratiewijze en informatie op de factuur,
- de registratie en aanlevering van informatie ten behoeve van het onderhoud van de prestaties en tarieven en het monitoren en analyseren van marktontwikkelingen,
- transparantie, om te bewerkstellingen dat consumenten tijdig en zorgvuldig geïnformeerd worden over de zorg die aanbieders van Basis GGZ leveren aan verzekerde patiënten waarvan de ziektekostenverzekeraar geen contract heeft afgesloten met de betreffende aanbieder en het bijbehorende tarief.

3. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

3.1 *Prestatie* Met prestatie wordt in deze regeling bedoeld:

- (een van) de vier prestaties als omschreven in de beleidsregel Generalistische basis GGZ:
 - Basis GGZ Kort (BK)
 - Basis GGZ Middel (BM)
 - Basis GGZ Intensief (BI)
 - Basis GGZ Chronisch (BC)
- de Transitieprestatie als omschreven in de beleidsregel Generalistische basis GGZ;
- de OVP niet-basispakketzorg consult en de OVP niet- basispakketzorg verblijf als genoemd in artikel 6 van de beleidsregel Generalistische basis GGZ.

3.2 *Zorgaanbieder* De natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder c van de Wmg.

3.3 *Hoofdbehandelaar* De hoofdbehandelaars in de GGZ zijn BIG-geregistreerd en hebben een GGZ-specifieke opleiding gevolgd, zijnde:

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

Voor wat betreft de taken en verantwoordelijkheden wordt verwezen naar de brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal van 2 juli 2013 betreffende het Hoofdbehandelaarschap GGZ (kenmerk 129353-106301-CZ).

3.4 *Medebehandelaar* De medebehandelaars zijn de zorgverleners, niet zijnde de hoofdbehandelaar, die zorg verlenen in het kader van het behandeltraject van de patiënt in de Basis GGZ.

Op de medebehandelaar die een beroep vervult genoemd in de Beroepentabel GGZ (zie bijlage I) zijn de verplichtingen als gesteld in onderhavige regeling van toepassing. De verplichtingen als gesteld in deze regeling zijn ook van toepassing indien de orthopedagoog generalist (geregistreerd in het register van de NVO) en de Kinder- & Jeugdpsycholoog (geregistreerd in het register van het NIP) als medebehandelaar functioneren.



3.5 *Transitieprestatie* Tijdelijke prestatie voor de duur van 1 jaar, waarmee mogelijk gemaakt wordt om zorgactiviteiten in rekening te brengen waarvan het door de overgang naar de Basis GGZ niet wenselijk is dat deze bekostigd worden door middel van een van de 4 integrale prestaties.

3.6 *Basis GGZ* Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet, niet zijnde gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. De zorg in het kader van de Basis GGZ omvat in elk geval de eerstelijnspsychologische zorg zoals die bestond tot 2014 en een deel van de gespecialiseerde GGZ. De patiëntprofielen als bedoeld in artikel 3.8 samen vormen een afspiegeling van de totale doelgroep van de Basis GGZ en de bijbehorende zorgvraagzwaarte.

3.7 *Behandeltraject* Een behandeltraject omvat het 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.

3.8 *Patiëntprofiel* De beschrijving van de kenmerken waarvoor het prestatie geschikt wordt geacht. Dit profiel 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. De patiëntprofielen samen vormen een afspiegeling van de totale doelgroep van de Basis GGZ en de zorgvraagzwaarte.

3.9 *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.

3.10 *Onderlinge dienstverlening* De zorg als bedoeld in artikel 1, Wmg, die door een zorgaanbieder wordt verleend als onderdeel van een door een andere zorgaanbieder uit te voeren prestatie op het gebied van de 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'.

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

3.12 *Beleidsregel* De beleidsregel 'Generalistische basis GGZ'.

3.13 *Groepssessie* Een behandelvorm waarbij meerdere patiënten in groepsverband worden behandeld.

3.14 *OVP niet-basispakketzorg Consult* Dit consult betreft een onafgebroken tijdsspanne waarin de zorgaanbieder de patiënt voor één of meerdere indicaties begeleidt, adviseert en/of behandelt. Deze prestatie is bedoeld voor patiënten die zorg ontvangen welke niet behoort tot het verzekerde pakket op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) maar wel zorg is zoals omschreven in de Wmg. Dit is inclusief tijdsbesteding die uit dit contact voortvloeit. Het maximumtarief voor de OVP Consult is gebaseerd op een consult van 60 minuten.

3.15 *OVP niet-basispakketzorg Verblijf* Deze verblijfsprestatie betreft een verblijf met overnachting. Deze verblijfsprestatie is bedoeld voor patiënten die opgenomen zijn om zorg te ontvangen welke niet behoort tot het verzekerde pakket op grond van de Zvw maar wel zorg is zoals omschreven in de Wmg. De behandeling valt niet onder deze prestatie, het gaat hier uitsluitend om de verblijfskosten. Het maximumtarief voor de OVP Verblijf is gebaseerd op een verblijf van 24 uur.

3.16 *Zorgvraagzwaarte* Zorgvraagzwaarte is gerelateerd aan de patiënt (de zwaarte van de zorgvraag) en onderscheidt zich daarmee van zorgzwaarte, wat gaat over de zwaarte van de behandeling.

3.17 *DSM stoornis* Een stoornis als bedoeld in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (kortweg DSM), versie DSM-IV-TR. Een vermoeden van een in tot het verzekerde pakket behorende DSM stoornis is een noodzakelijke voorwaarde voor toegang tot de Basis GGZ. Voor behandeling in de Basis GGZ dient een stoornis aanwezig te zijn.

3.18 *Hoofdgroepen* De DSM-IV diagnosetyperingen zijn ingedeeld in bepaalde hoofdgroepen. Er zijn in totaal 14 hoofdgroepen. Dit zijn:

1. aandachtstekort- en gedragsstoornissen,
2. pervasieve stoornissen,
3. overige stoornissen in de kindertijd,
4. delirium, dementie, amnestische en overige cognitieve stoornissen,
5. aan alcohol gebonden stoornissen
6. aan overige middelen gebonden stoornissen,
7. schizofrenie en andere psychotische stoornissen,
8. depressieve stoornissen
9. bipolaire en overige stemmingsstoornissen
10. angststoornissen
11. restgroep diagnoses
12. persoonlijkheidsstoornissen
13. somatoforme stoornissen
14. eetstoornissen

3.19 *Patiëntgebonden activiteiten* Activiteiten die een behandelaar uitvoert in het kader van de diagnostiek en behandeling van een patiënt.

3.20 *Niet-patiëntgebonden activiteiten* Activiteiten zoals scholing, algemene vergaderingen, interviews over het functioneren van collega's, productontwikkeling en het lezen van vakliteratuur.



3.21 *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. Hier valt face-to-face, telefonisch en elektronisch contact via e-mail of internet onder (chatten, Skype, etcetera).

3.22 *Indirect patiëntgebonden tijd* De 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.

3.23 *Lekenomschrijving* Ten behoeve van patiënten in niet-medische terminologie verklarende omschrijving van het in rekening gebrachte tarief.

3.24 *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.

REGISTREREN

4. Registratieverplichtingen

- 4.1 De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor de juiste registratie.
- 4.2 De registratie van het behandeltraject start op het moment dat een patiënt zich met een (nieuwe) zorgvraag bij de zorgaanbieder in de Basis GGZ meldt voor de intake en diagnostiek of in geval van een vervolg-prestatie chronisch.
In geval van een situatie als bedoeld in 8.8 start de registratie op 1 januari 2014.
- 4.3 De registratie van het behandeltraject eindigt nadat het behandeltraject is afgerond.
- 4.4 De daadwerkelijke verleende behandelcomponenten per prestatie worden geregistreerd.
- 4.5 Een hoofd- of medebehandelaar registreert de patiëntgebonden en niet patiëntgebonden tijd die hij daadwerkelijk heeft besteed aan een behandelcomponent apart.
- 4.6 Wanneer een patiënt groepstherapie krijgt waarbij meerdere mensen tegelijkertijd behandeld worden, deelt de behandelaar zijn bestede tijd door het aantal deelnemers.
- 4.7 Indien meerdere behandelaars bijdragen aan het uitvoeren van een behandelcomponent, wordt deze component slechts eenmaal per prestatie geregistreerd.
- 4.8 Er kunnen niet meerdere prestaties tegelijkertijd worden geregistreerd bij dezelfde patiënt. Dit geldt niet voor een combinatie van één van de prestaties BK, BM of BI, met prestatie BC.
- 4.9 De administratieve organisatie dient zodanig ingericht te zijn dat een audit-trail mogelijk is. De zorgautoriteit en de zorgverzekeraar moeten te allen tijde de mogelijkheid hebben om vastlegging van de uitgevoerde behandeltrajecten op juistheid te controleren.

5. Minimale Dataset Basis GGZ

- 5.1 De minimale dataset Basis GGZ omvat per gedeclareerde prestatie de volgende gegevens:
 1. Zorgaanbieder
 - Unieke identificatie zorgaanbieder (AGB-code)
 2. Hoofdbehandelaar
 - AGB-code (op persoonsniveau) en diens beroep
 - Indien van toepassing: AGB-code (op persoonsniveau) van de tweede hoofdbehandelaar en diens beroep
 3. Verwijzer
 - Het type verwijzer
 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 crisis zorg of S.E.H.
 4. Eigen patiënt
 5. Verwezen patiënt, maar verwijzer heeft geen AGB-code (bijvoorbeeld in geval van een verwijzing naar de crisis zorg, buitenlandse zorgaanbieder, bureau Jeugdzorg)
 6. Zelfverwijzer
 7. Bemoeizorg
 - AGB-code verwijzer (op persoonsniveau), indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder 1 tot en met 4
 4. Patiëntgegevens
 - a. Naam patiënt
 - b. Geboortedatum
 - c. Geslacht
 - d. Postcode (4 cijfers)



- e. Burgerservicenummer¹
- f. Unieke identificatie zorgverzekeraar (conform UZOVI-register)
- 5. Behandeltraject per patiënt
 - Indeling in prestatie op basis van zorgvraagzwaarte na intake en diagnostiek
 - Prestatie bij eindigen van het behandeltraject
 - Gedeclareerde prijs
 - Stoornis volgens DSM-IV (hoofdgroepniveau)
 - ROM (ja/nee)
 - Begindatum behandeltraject
 - Einddatum behandeltraject
 - Geleverde behandelcomponenten:
 - Intake, diagnostiek, ROM en verslaglegging
 - Aanvullende diagnostiek
 - Face-to-face behandeling²
 - E-health behandeling
 - Gespecialiseerde behandeling
 - Consultatie
 - Per behandelcomponent wordt geregistreerd:
 - Aantal minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd van iedere hoofdbehandelaar en iedere medebehandelaar en diens beroep
 - Totaal bestede directe en indirecte patiëntgebonden tijd per hoofdbehandelaar en iedere medebehandelaar en diens beroep
 - Afsluitreden:
 - Patiëntprofiel patiënt voldoet niet aan patiëntprofiel Basis GGZ
 - Patiëntprofiel te zwaar voor patiëntprofiel Basis GGZ
 - Overlijden Patiënt
 - 365 dagen
 - No show patiënt
 - Behandeltraject afgerond
 - Overig
- 5.2 In uitzondering op artikel 5.1 wordt voor de Transitieprestatie in plaats van onderdeel 5 geregistreerd:
 - Prestatie
 - Gedeclareerde prijs
 - Stoornis volgens DSM IV ja/nee
 - Begindatum behandeltraject
 - Einddatum behandeltraject
 - Aantal minuten directe en indirecte tijd hoofdbehandelaar en diens beroep
 - Aantal minuten directe en indirecte tijd van iedere medebehandelaar en diens beroep

INFORMEREN

6. Aanlevering

- 6.1 De in artikel 5 bedoelde minimale dataset wordt door de zorgaanbieder over alle gedeclareerde prestaties per patiënt elektronisch aangeleverd aan het DBC-informatiesysteem (DIS).
- 6.2 Identificerende persoonsgegevens als bedoeld in artikel 60, tweede lid, van de Wmg worden gepseudonimiseerd aangeleverd.
- 6.3 De in 6.1 bedoelde gegevens worden maandelijks aangeleverd aan het DIS. Vrijgevestigde zorgaanbieders die Basis GGZ leveren, zijn gerechtigd om per kwartaal aan te leveren.
- 6.4.1 Privacyverklaring
Artikel 6.1 voor zover betrekking hebbend op tot de diagnose herleidbare gegevens, blijft buiten toepassing indien de patiënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een verklaring hebben ondertekend overeenkomstig bijlage II.
- 6.4.2 Inzenden verklaring
De verklaring bedoeld in artikel 6.4.1 dient vóór, doch uiterlijk op het moment van indiening van de gegevens in het bezit te worden gesteld van de behandelaar van de patiënt.
- 6.4.3 Bewaren afschrift
De zorgaanbieder houdt in zijn administratie een afschrift van de in artikel 6.4.1 bedoelde verklaring.

¹ Indien burgerservicenummer niet beschikbaar is, dan wordt 9x9 geregistreerd.

² Indien sprake is van een groepssessie wordt de bestede tijd gedeeld door het aantal aanwezige patiënten.



Sectie 1.02 7. Transparantie

- 7.1 De factuur van de zorgaanbieder aan de patiënt/verzekeraar vermeldt minimaal de navolgende gegevens als onderdeel van de prestatiebeschrijving:
- Naam, geboortedatum, geslacht, postcode, burgerservicenummer³, UZOVI-nummer
 - Geleverde prestatie
 - Prijs
 - Startdatum en einddatum van het behandeltraject
 - AGB-code van de zorgaanbieder die de prestatie levert
 - AGB-code van de hoofdbehandelaar (op persoonsniveau) en diens beroep
 - Indien van toepassing: AGB-code van de tweede hoofdbehandelaar (op persoonsniveau) en diens beroep
 - Betrokken medebehandelaars en diens beroep
 - Het type verwijzer
 - Verwezen patiënt vanuit de eerste lijn (o.a. huisarts, bedrijfsarts)
 - Verwezen patiënt vanuit een (andere) GGZ-instelling, instelling voor medisch specialistische zorg of GGZ-praktijk
 - Verwezen patiënt vanuit de crisis zorg of S.E.H.
 - Eigen patiënt
 - Verwezen patiënt, maar verwijzer heeft geen AGB-code (bijvoorbeeld in geval van een verwijzing naar de crisis zorg, buitenlandse zorgaanbieder, bureau Jeugdzorg)
 - Zelfverwijzer
 - Bemoeizorg
 - AGB-code verwijzer (op persoonsniveau), indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder 1 tot en met 4
 - Directe en indirecte patiëntgebonden tijd van de hoofdbehandelaar (onder f en g)
 - Directe en indirecte patiëntgebonden tijd van iedere medebehandelaar en diens beroep
 - Totaal bestede directe en indirecte patiëntgebonden tijd (som k en l)
 - Indeling in prestatie op basis van zorgvraagzwaarte na intake en diagnostiek⁴
- 7.2 Een zorgaanbieder die Basis GGZ levert aan patiënten waarvan de ziektekostenverzekeraar geen contract heeft afgesloten met de betreffende zorgaanbieder, maakt een standaardprijslijst bekend.
- 7.2.1 Voorwaarden standaardprijslijst
- De standaardprijslijst Basis GGZ voldoet aan de volgende voorwaarden.
- De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de juistheid van de inhoud van de standaardprijslijst.
 - Per prestatie wordt de inhoud van de prestatie en het bijbehorende tarief dat in rekening wordt gebracht vermeld.
 - De standaardprijslijst bevat per prestatie de meest recente tarieven en vermeldt een ingangsdatum waarop deze in werking treedt. De ingangsdatum geldt voor alle tarieven op de standaardprijslijst.
 - De standaardprijslijst vermeldt de samenwerkingsvormen.
 - De standaardprijslijst vermeldt voor welke consumenten de standaardprijslijst van toepassing is door het weergeven van de volgende zin: *Deze prijzen zijn van toepassing op consumenten waarvan de ziektekostenverzekeraar geen contract heeft afgesloten met de betreffende zorgaanbieder. Indien wel een contract is afgesloten met uw ziektekostenverzekeraar dan kunnen andere prijzen gelden.*
- 7.2.2 Informeren van consumenten
- De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het tijdig en juist informeren van de consument.
 - Het is voor consumenten mogelijk om voor aanvang van de behandelingsovereenkomst op eenvoudige wijze kennis te nemen van de standaardprijslijst.
 - De standaardprijslijst hangt op een voor consumenten duidelijk zichtbare plaats in de praktijk van de zorgaanbieder.
 - Indien de zorgaanbieder een website heeft, plaatst de zorgaanbieder de standaardprijslijst van jaar t en t-1 op de website.
 - Desgevraagd stelt de zorgaanbieder consumenten via de telefoon op de hoogte van de tarieven, zoals genoemd op de standaardprijslijst.
 - Desgevraagd doet de zorgaanbieder consumenten binnen achtenveertig uur per post dan wel digitaal de standaardprijslijst toekomen.

³ Indien burgerservicenummer niet beschikbaar is, dan wordt het identificatienummer verzekerde geregistreerd.

⁴ Niet van toepassing op de Transitieprestatie



DECLAREREN

8. Declaratiebepalingen

- 8.1 De prestaties in de Basis GGZ worden in rekening gebracht mits er sprake is van betrokkenheid van een hoofdbehandelaar bij het behandeltraject van de patiënt.
- 8.2 De behandelcomponenten worden niet afzonderlijk in rekening gebracht, maar in rekening gebracht als integraal onderdeel van een van de prestaties als omschreven in de beleidsregel.
- 8.3 De zorgaanbieder declareert de prestatie met het patiëntprofiel dat aansluit bij de zorgvraagzwaarte van de patiënt.
- 8.4 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.
- 8.5 Indien blijkt dat er geen sprake is van een DSM stoornis, wordt het behandeltraject afgesloten en wordt uitsluitend de Transitieprestatie in rekening gebracht.
- 8.6 Er kunnen niet meerdere prestaties tegelijkertijd worden gedeclareerd bij dezelfde patiënt. Uitzondering is een combinatie van één van de prestaties BK, BM of BI, met de prestatie BC; en de integrale prestaties in combinatie met de OVP's als bedoeld in artikel 3.14 en 3.15 van deze regeling.
- 8.7 De prestaties worden in rekening gebracht als het behandeltraject is afgesloten. Daarvan is sprake als: de behandeling is afgerond, patiëntprofiel patiënt niet voldoet aan patiëntprofiel Basis GGZ (geen DSM-stoornis), patiëntprofiel te zwaar voor patiëntprofiel Basis GGZ is, no show door de patiënt, overlijden van de patiënt of na 365 dagen.
- 8.8 *Overgang van 2013 naar 2014*
- 8.8.1 Indien voor een patiënt in 2013 een behandeltraject in het kader van eerstelijnspsychologische zorg is gestart en nog slechts voor maximaal twee consulten doorloopt in 2014 dan wordt het in 2013 uitgevoerde deel van het behandeltraject op 31 december 2013 beëindigd en conform de beleidsregel Eerstelijnspsychologische zorg in rekening gebracht.
Voor het afrondende deel in 2014 wordt de Transitieprestatie in rekening gebracht. Voor patiënten waarvan het behandeltraject in 2013 nog maar net is gestart, zijnde maximaal twee consulten, brengt de behandelaar de prestatie BK in plaats van de Transitieprestatie in rekening.
De startdatum van de Transitieprestatie als ook de prestatie BK wordt geregistreerd als 1 januari 2014.
- 8.8.2 Indien voor 1 januari 2014 een behandeltraject in de curatieve (gespecialiseerde) GGZ is gestart dan geldt dat dit behandeltraject wordt afgerond en gedeclareerd op grond van de bekostigingssystematiek zoals die van toepassing was voor deze patiënt voor 1 januari 2014.
Indien bovenbedoelde patiënt voor dezelfde zorgvraag voor een vervolghandeling in aanmerking komt en voldoet aan een van de patiëntprofielen in de Basis GGZ, dan wordt deze patiënt verwezen naar de Basis GGZ. In deze situatie wordt geen vervolghandeling geopend.
- 8.9 *Tijdelijke regeling in het kader van de overheveling van zorg aan kinderen en jeugd per 2015*
Voor een in 2014 gestart, maar nog niet afgerond, behandeltraject in de Basis GGZ voor een patiënt die per 1 januari 2015 onder de Jeugdwet valt, gelden tot en met 31 december 2014 de volgende declaratiebepalingen:
- Voor patiënten waarvan behandelinzet (directe en indirecte patiëntgebonden tijd) in 2014 maximaal 120 minuten bedroeg, moet de transitieprestatie worden gedeclareerd.
 - Voor patiënten waarvan behandelinzet (directe en indirecte patiëntgebonden tijd) in 2014 minimaal 121 maar maximaal 294 minuten bedroeg, moet de prestatie BK worden gedeclareerd.
 - Voor patiënten waarvan behandelinzet (directe en indirecte patiëntgebonden tijd) in 2014 minimaal 295 maar maximaal 495 minuten bedroeg, moet de prestatie BM worden gedeclareerd.
 - Voor patiënten waarvan behandelinzet (directe en indirecte patiëntgebonden tijd) in 2014 meer dan 495 minuten bedroeg, moet de prestatie BI worden gedeclareerd.
- De declaratie van een dergelijk behandeltraject dient te worden gedateerd op 31-12-2014. Bij de declaratie van de prestaties BK, BM en BI voor een dergelijk behandeltraject dient als afsluitreden te worden gebruikt 'patiëntprofiel patiënt voldoet niet aan patiëntprofiel basis GGZ'.
- 8.10 *Onderlinge dienstverlening*
Specialistische behandeling en/of consultatie die plaatsvindt in het kader van een van de prestaties BK, BM, BI of BC, dient uitsluitend in rekening te worden gebracht via onderlinge dienstverlening.
Indien sprake is van onderlinge dienstverlening dient de zorgaanbieder die de deelprestatie



levert deze uitsluitend in rekening te brengen aan de opdrachtgevende zorgaanbieder.

8.11 *Zorg die niet tot het basispakket op grond van de Zvw behoort*

8.11.1 Voor het declareren van zorg die niet onder het basispakket valt, maar wel zorg is zoals omschreven in de Wmg, gebruikt de zorgaanbieder een van de voor deze zorg vastgestelde 'overige producten' (OVP's). Het is zorgaanbieders niet toegestaan om zorg die niet tot het basispakket op grond van de Zvw behoort, in rekening te brengen als zorg die tot het basispakket behoort.

Voor zorg die niet tot het basispakket op grond van de Zvw behoort zijn twee OVP's vastgesteld:

- OVP niet-basispakketzorg Consult;
- OVP niet-basispakketzorg Verblijf.

8.11.2 Als er aan een patiënt basispakketzorg en niet-basispakketzorg wordt geleverd, dan declareert de zorgaanbieder een prestatie voor de basispakketzorg en een of meerdere OVP's voor de niet-basispakketzorg.

8.11.3 Behandelcomponenten die niet onder de reikwijdte van het begrip 'zorg' als omschreven in de Wmg behoren, worden niet via prestaties of OVP's in rekening gebracht.

9. Uitzondering

De verplichtingen als gesteld in de artikelen 4, 5, 6, 7, 8.1 t/m 8.5 en 8.7 t/m 8.10 van deze regeling zijn niet van toepassing op de OVP niet-basispakketzorg Consult en de OVP niet-basispakketzorg Verblijf.

10. Verplichting

De verplichtingen als genoemd in deze regeling zijn van toepassing op het moment dat sprake is van levering van de prestatie(s).

11. Inwerkingtreding en citeertitel

Deze regeling treedt in werking op 1 juli 2014.

De regeling 'Generalistische Basis GGZ', met kenmerk NR/CU-539, wordt per 1 juli 2014 ingetrokken.

De regeling Generalistische basis GGZ (NR/CU-539) blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die regeling, en die betrekking hebben op de periode waarvoor die regeling gold.

Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal deze regeling in de Staatscourant worden geplaatst.

De regeling kan worden aangehaald als de 'Regeling Generalistische Basis GGZ'.

*Nederlandse Zorgautoriteit,
M.A. Ruys
voorzitter Raad van Bestuur a.i.*



BIJLAGE I – BEROEPENTABEL GGZ

De beroepentabel DBC GGZ

De Basis GGZ sluit aan bij de beroepentabel DBC GGZ.

De beroepentabel DBC GGZ sluit aan bij een landelijk erkende indeling van beroepen: de beroepenstructuur van het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding in de GGZ (CONO). Het CONO heeft in haar beroepenstructuur die beroepen opgenomen, die bevoegd en bekwaam zijn om een rol te vervullen in de (individuele diagnosegerichte) behandeling van patiënten in de GGZ. Het CONO sluit aan bij de in de Wet BIG geregistreerde beroepen en heeft hier de beroepen aan toegevoegd die (nog) niet geregistreerd zijn in de Wet BIG, maar binnen de GGZ wel eenzelfde landelijk erkende status hebben. Het model DBC GGZ gaat uit van de versie van de CONO-beroepenstructuur, die dateert van 19 november 2004.

De beroepenstructuur van het CONO onderscheidt zes beroepenclusters: de clusters medische, psychotherapeutische, agogische, psychologische, vaktherapeutische en verpleegkundige beroepen. In het model DBC GGZ is hieraan een zevende cluster toegevoegd: de 'somatische beroepen werkzaam in de GGZ'. Hierbinnen vallen die beroepen, die vanuit hun somatische beroep activiteiten in de GGZ uitvoeren, maar niet primair (breder) opgeleid zijn voor een rol in de GGZ. Denk hierbij aan de huisarts, neuroloog, klinisch geriater, fysiotherapeut en dergelijke. De complete beroepentabel DBC GGZ is hieronder opgenomen.

Het CONO onderscheidt in elk beroepencluster vier niveaus. In de Wet BIG wordt bepaald wanneer sprake is van een basisberoep en van een specialisme. Het CONO heeft hier, met instemming van de minister van VWS en van de Tweede Kamer, het initiële niveau en het niveau specialisatie/functiedifferentiatie aan toegevoegd.

Bij de indeling van de in de instelling of praktijk werkzame behandelaren volgens de beroepentabel moet onderscheid gemaakt worden tussen:

1. *Beroepen*: die beroepen die worden onderscheiden op de beroepenstructuur van het CONO en daarmee (individueel) bevoegd/bekwaam zijn om een zelfstandige rol in het behandelproces van de patiënt in de tweedelijns GGZ te vervullen.
2. *Taken*: taken zijn de activiteiten en verrichtingen die in het primaire proces door beroepen worden uitgevoerd. De uitgevoerde taken worden in het DBC-model geregistreerd via de activiteiten- en verrichtingenlijst.
3. *Functies*: instellingen/praktijken maken via functies (en functieomschrijvingen) een vertaalslag van beroepen naar taken: welke beroepen voeren welke taken uit? Hierbij zijn de instellingen zelf verantwoordelijk dat dit plaatsvindt binnen de geldende wettelijke kaders (volgens de Wet BIG/tuchtrecht etc.).

In de beroepentabel is de scheiding tussen beroepen en functies strikt doorgevoerd. De opgenomen lijst van beroepen op de beroepentabel is uitputtend, met uitzondering van de genoemde beroepen in categorie 3 (specialisatie/functiedifferentiatie (SF)). Hierin is namelijk vooruitlopend op de erkenning van bepaalde functies tot beroep een aantal voorbeelden van functies genoemd, die een specifieke GGZ-specialisatie vereisen én dus door partijen als beroep worden gezien. Een voorbeeld hiervan bij het verpleegkundige beroepencluster is bijvoorbeeld de SPV. Het CONO is hierin niet uitputtend. De instelling of praktijk kan onder eigen verantwoordelijkheid vergelijkbare beroepen laten registreren onder de noemer 'overig [naam betreffend beroepencluster] SF'.

BEROEPENTABEL DBC GGZ

Funciecode	Korte functiebeschrijving	Uitgebreide functiebeschrijving
MB	Medische Beroepen	Medische beroepen
<i>MB.BG</i>	<i>Basisberoep Gezondheidszorg (BG)</i>	<i>Basis beroep Gezondheidszorg (BG)</i>
<i>MB.BG.basis</i>	<i>MB – Arts</i>	<i>Arts (waaronder Agio/ Agnio)</i>
<i>MB.SF</i>	<i>Specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)</i>	<i>Specialisatie / functiedifferentiatie</i>
<i>MB.SF.vslarts</i>	<i>MB – Arts versl</i>	<i>Arts verslavingszorg</i>
<i>MB.SF.sger</i>	<i>MB – Soc. Geriater</i>	<i>Sociaal geriater</i>
<i>MB.SF.overig</i>	<i>MB – SF overig</i>	<i>Overig medisch SF</i>
<i>MB.SP</i>	<i>Specialisme (SP)</i>	<i>Specialisme (SP)</i>
<i>MB.Sp.Psych</i>	<i>MB – Psychiater</i>	<i>Psychiater</i>
PT	Psychotherapeutische beroepen	Psychotherapeutische beroepen
<i>PT.BG</i>	<i>Basisberoep Gezondheidszorg (BG)</i>	<i>Basis beroep Gezondheidszorg (BG)</i>
<i>PT.BG.psth</i>	<i>PT – psychoth</i>	<i>Psychotherapeut</i>
AG	Agogische beroepen	Agogische beroepen



Funciecode	Korte functiebeschrijving	Uitgebreide functiebeschrijving
AG.BI	Basisberoep initieel (BI)	Basis beroep gezondheidszorg (BG)
AG.BI.mwd	AG – MWD	Maatschappelijk werkende (MWD)
AG.BI.sph	AG – SPH	Sociaal Pedagogisch Hulpverlener (SPH)
AG.BG	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)	Basis beroep Gezondheidszorg (BG)
AG.BG.agoog	AG – agoog	Ggz-agoog
AG.SF	Specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)	SF Specialisatie / functiedifferentiatie
AG.SF.vrstgeh	AG – verst.gehand.	Ggz-agoog
AG.SF.kjpsych	AG .kj. psychiatrie	Agoog K&J psychiatrie
AG.SF.overig	PB – SF overig	Overig agogisch SF
PB	Psychologische beroepen	Psychologische beroepen
PB.BI	Basisberoep initieel (BI)	Basisberoep initieel (BI)
PB.BI.ped	PB – Pedagoog	Pedagoog (waaronder orthopedagoog)
PB.BI.gzkd	PB – Gezondheidskundige	Ggz gezondheidskundige
PB.BI.psy	PB – Psycholoog	Psycholoog (geen verdere specialisatie)
PB.BG	Basisgroep Gezondheidszorg (BG)	Basisgroep Gezondheidszorg (BG)
PB.BG.gzpsy	PB – Gz-psycholoog	Gz-psycholoog
PB.SF	Specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)	Specialisatie / functiedifferentiatie
PB.SF.gedrth	PB – gedragsth	Gedragstherapeut
PB.SF.kjth	PB – kj.therap	K&J therapeut
PB.SF.overig	PB – SF overig	Overige psychologische SF
PB.SP	Specialisme (SP)	Specialisme (SP)
PB.SP.klinps	PB – klinpsych	Klinisch psycholoog
	PB – klin.neuropsych	Klinisch neuropsycholoog
VK	Vaktherapeutische beoepen	Vaktherapeutische beoepen
VK.BI	Basisberoep initieel (BI)	Basisberoep initieel (BI)
VK.BI.pmt	VK – PMT	Vaktherapeut psychomotorisch (PMT)
VK.BI.ct	VK – CT	Vaktherapeut creatief (CT)
VK.BG	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)	Basis beroep Gezondheidszorg (BG)
VK.BG.vakth	VK – Gz-vakth	Gz-vaktherapeut
VK.SF	Specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)	Specialisatie / functiedifferentiatie
VK.SF.vakth	VK – Ggz vakth	Ggz-vaktherapeut
VK.SF.overig	VK – SF overig	Overig vaktherapeutisch SF
VB	Verpleegkundige beroepen	Verpleegkundige beroepen
VB.BG	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)
VB.BG.vrplk	VB – verplk	Verpleegkundige (art.3)
VB.F	Specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)	Specialisatie / functiedifferentiatie
VB.SF.spv	VB – SPV	Sociaal Psych. Verpleegkundige (SPV)
VB.SF.cpv	VB – CPV	Consultatief Psych. Verpleegkundige (CPV)
VB.SF.fvp	VB – FVP	Forensisch Psychiatrisch Verpleegkundige (FVP)
VB.SF.overig	VB – SF overig	Overig
VB.SP	Specialisme (SP)	Specialisatie / functiedifferentiatie
VB.SP.vrplsp	VB – verplk.spec	Ggz verpleegkundig specialist
OV	Somatische beroepen (Wet BIG)	Somatische beroepen
OV.BG	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)
OV.BG.fysio	OV – Fysioth	Fysiotherapeut
OV.BG.ergo	OV – Ergoth	Ergotherapeut
OV.BG.diet	OV – Diëtist	Diëtist
OV.BG.logo	OV – Logopedist	Logopedist
OV.SP	Specialisme (SP)	Specialisatie / functiedifferentiatie
OV.SP.neur	OV – neuroloog	Neuroloog
OV.SP.harts	OV – huisarts	Huisarts
OV.SP.karts	OV – kinderarts	Kinderarts
OV.SP.kger	OV – Klin.geriater	Klinisch geriater
OV.SP.artsmg	OV – Arts maatsch.gzh	Arts maatschappij en gezondheid



BIJLAGE II – PRIVACYVERKLARING

Ondergetekenden:

[cliënt: Naam]
[cliënt: Geboortedatum verzekerde]
[cliënt: Verzekernummer]
[cliënt: BSN]
[Prestatie: Openingsdatum]

en

[zorgaanbieder: Naam praktijk/instelling]
[zorgaanbieder: Naam uitvoerder]
[zorgaanbieder: Adres]
[zorgaanbieder: AGB-code praktijk/instelling]
[zorgaanbieder: AGB-code uitvoerder]

verklaren:

1. Dat tussen partijen een behandelrelatie is aangegaan, waarvoor de zorgaanbieder een tarief in rekening wenst te brengen overeenkomstig de Wet marktordening gezondheidszorg.

Aanlevering gegevens aan DIS

2. Dat de patiënt er uit oogpunt van bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bezwaar tegen heeft, dat MDS-gegevens als bedoeld in artikel 5 van de regeling Generalistische basis GGZ aan DIS worden aangeleverd.
3. Dat de zorgaanbieder, in overeenstemming met artikel 6 van de Regeling 'Generalistische basis GGZ', de aanlevering van de onder 2 bedoelde MDS-gegevens aan DIS achterwege zal laten.

PLAATS:

DATUM:

Handtekening patiënt

Handtekening zorgaanbieder

.....

.....