



Gespecialiseerde GGZ

NADERE REGEL NR/CU-554

Vastgesteld op 21 oktober 2014

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 de gespecialiseerde GGZ.

INHOUDSOPGAVE

1.	Inleiding	p. 1
1.1	Reikwijdte	p. 1
1.2	Doel van de regeling	p. 2
1.3	Begripsbepalingen	p. 2
2.	Registratieproces	p. 3
2.1	Algemene registratiebepalingen	p. 3
2.2	Openen DBC's	p. 4
2.3	Typeren	p. 4
2.4	Registreren	p. 6
2.5	Crisis-DBC	p. 9
2.6	Sluiten	p. 10
3.	Bepalingen validatie DBC's	p. 11
4.	Declaratiebepalingen	p. 11
5.	Informatiebepalingen	p. 13
6.	Uitzonderingen in geval van privacybezwaren	p. 14
7.	Uitzondering	p. 15
8.	Intrekking oude regels	p. 15
9.	Overgangsbepaling	p. 15
10.	Inwerkingtreding en citeerregel	p. 15
	Toelichting	p. 16
	Bijlage I – Privacyverklaring	p. 22
	Bijlage II – zorgtypen	p. 23
	Bijlage III – Feitelijke classificatie DSM-IV-TR	p. 26
	Bijlage IV – Activiteiten- en verrichtingenlijst	p. 28
	Bijlage V – Definities activiteiten- en verrichtingenlijst	p. 33
	Bijlage VI – Beroepentabel	p. 39
	Bijlage VII – Deelprestaties verblijf (met en zonder overnachting)	p. 42

1. INLEIDING

1.1 Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en dyslexie¹ als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw), niet zijnde generalistische basis GGZ, hierna verder aangeduid als gespecialiseerde GGZ.

¹ Dyslexiezorg is géén gespecialiseerde of generalistische basis GGZ. In 2015 zal dyslexiezorg overgeheveld worden naar de gemeenten. Tot die tijd wordt voor dyslexiezorg de bekostigingssystematiek van de gespecialiseerde GGZ gebruikt en is deze regeling overeenkomstig van toepassing. Naast deze regeling is de regeling 'Tijdelijke regeling dyslexiezorg' en beleidsregel 'Dyslexiezorg' van belang.



1.2 Doel van de regeling

Het doel van deze regeling 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.

1.3 Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

- a. *wet*: de Wet marktordening gezondheidszorg;
- b. *zorgaanbieder*: natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg verleent;
- c. *patiënt*: iemand die zorg afneemt, respectievelijk krijgt geleverd, van een zorgaanbieder als bedoeld onder b;
- d. *hoofdbehandelaar*: de hoofdbehandelaars in de gespecialiseerde GGZ zijn BIG-geregistreerd en hebben een GGZ-specifieke opleiding gevolgd te weten: psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts in profielregister KNMG, klinisch geriater, verpleegkundig specialist GGZ en GZ-psycholoog. In geval van dyslexiezorg kan een orthopedagoog-generalist en een kinder- en jeugdpsycholoog ook een hoofdbehandelaar zijn;²
- e. *behandelaar*: zorgaanbieder die op de beroepenlijst voorkomt en activiteiten, verrichtingen en verblijfsprestaties kunnen registreren. Een behandelaar kan tevens een hoofdbehandelaar zijn;
- f. *DBC*: Diagnose Behandeling Combinatie;
- g. *DBC-zorgproduct*: 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;
- h. *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;
- i. *vervolg-DBC*: een DBC die volgt op een initiële DBC of een voorgaande vervolg-DBC. Een vervolg-DBC vindt altijd plaats in het kader van dezelfde primaire diagnose als de eerder afgesloten initiële DBC of vervolg-DBC;
- j. *crisis-DBC*: een crisis-DBC wordt geopend in een acute situatie die direct ingrijpen noodzakelijk maakt teneinde direct gevaar voor de persoon of de omgeving af te wenden, dan wel om ernstige overlast te beëindigen. De acute situatie 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;
- k. *zorgtraject*: een initiële DBC, met eventueel één of meerdere vervolg-DBC's, vormt het zorgtraject. Een zorgtraject omvat de totale zorg die wordt geleverd in het kader van de behandeling van één primaire diagnose;
- 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. *DBC-dataset*: de gegevens die verzameld en aangeleverd moeten worden conform de Regeling 'Verplichte aanlevering minimale dataset curatieve GGZ';
- n. *DBC-tarief*: het bedrag dat per DBC in rekening wordt gebracht conform de algemene tariefbeschikking DBC GGZ 2013;
- o. *AGB-code*: unieke code die aan een zorgaanbieder is toegekend. Met deze code kan de zorgaanbieder en de praktijk of de instelling worden geïdentificeerd;
- p. *zorgtype*: het zorgtype beschrijft de reden van het (eerste) contact tussen de zorgaanbieder en de patiënt;
- q. *de hoofdgroepen*: DSM-IV diagnosetyperingen zijn ingedeeld in hoofdgroepen. Er zijn in totaal 14 hoofdgroepen;
- r. *primaire diagnose*: de hoofdbehandelaar geeft per DBC aan welke van de geregistreerde stoornissen op as I en/of as II de reden voor behandeling is. Dit wordt de primaire diagnose genoemd;
- s. *nevendiagnose*: als overige stoornissen zorgvervaard werken kunnen deze worden geregistreerd als nevendiagnosen;
- t. *parallele zorgtrajecten*: hier is sprake van als er verschillende diagnoses zijn met een gelijkwaardig belang waarbij de hoofdbehandelaar oordeelt dat hij substantieel verschillende behandelingen in moet zetten. De hoofdbehandelaar dient te kunnen verantwoorden dat er substantieel verschillende behandelingen ingezet moeten worden;

² In geval van dyslexie is de groep hoofdbehandelaars uitgebreider. Deze groep van hoofdbehandelaars is ook te vinden in de regeling 'Tijdelijke regeling dyslexiezorg'.



- u. *opeenvolgende zorgtrajecten*: er is sprake verschillende diagnoses waarvan één diagnose het meest dringend is. Er is dan sprake van één primaire diagnose en meerdere nevend diagnoses in een opeenvolgend zorgtraject;
- v. *patiëntgebonden activiteiten*: activiteiten die een behandelaar uitvoert in het kader van de diagnostiek en behandeling van een patiënt;
- w. *niet-patiëntgebonden activiteiten*: activiteiten zoals scholing, algemene vergaderingen, interviews over het functioneren van collega's, productontwikkeling en het lezen van vakliteratuur;
- x. *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 etc.);
- y. *indirect patiëntgebonden tijd*: de tijd die de behandelaar besteedt aan zaken rondom een contactmoment (de direct patiëntgebonden tijd), 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;
- z. *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;
- aa. *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;
- bb. *lekenomschrijving*: ten behoeve van patiënten in niet-medische terminologie verklarende omschrijving van het in rekening gebrachte DBC-tarief;
- cc. *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;
- dd. *dagbesteding*: 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;
- ee. *verblijf*: hierbij gaat het om een 'kale verblijfsdag'. In het tarief van de verblijfsprestatie is wel de verpleging en verzorging meegenomen, maar niet de behandeling;
- ff. *basispakket*: conform het besluit Zorgverzekering³ tot de noodzakelijke zorg behorende zorg;
- gg. *onderlinge dienstverlening*: de 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 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';
- hh. *overig product (OVP)*: vormen van zorg die onder de reikwijdte van de Wmg vallen, maar die zich (nog) niet lenen voor onderbrenging in de reguliere DBC-productstructuur;
- ii. *zorgvraagzwaarte*: de patiëntkenmerken die bij aanmelding/intake voorspellend zijn voor wat betreft de zorgzwaarte in termen van behandelinzet (duur, setting, behandelminuten) en zorgkosten. De zorgvraagzwaarte-indicator bestaat uit zeven items van 001 tot en met 007. Daarbij is 000 de code indien er geen zorgvraagzwaarte afgeleid kan worden, bijvoorbeeld wanneer de diagnose niet is ingevuld. De laagste complexiteit van zorgvraagzwaarte wordt aangegeven met code 001. De hoogste complexiteit van de zorgvraag wordt weergegeven met code 007;
- jj. *deze regeling*: de voorliggende regeling 'gespecialiseerde GGZ'.

2. REGISTRATIEPROCES

Dit hoofdstuk is gericht op het 'registreren' van een DBC. Hierbinnen valt een onderscheid te maken in (1) algemene registratiebepalingen; (2) openen van een DBC; (3) het typeren van een DBC; (4) het registreren van patiëntgebonden activiteiten, verblijfsdagen, dagbesteding en verrichtingen en (5) het sluiten van een DBC.

Om goed en volledig te kunnen registreren, moeten de stappen van het registratieproces als volgorde worden aangehouden.

2.1 Algemene bepalingen

1. De registratie van het zorgtraject start op het moment dat een patiënt zich met een nieuwe zorgvraag aanmeldt. Bij één zorgaanbieder kunnen maximaal drie zorgtrajecten per patiënt open

³ Uitgegeven door het CVZ, vastgesteld door de rijksoverheid en te downloaden via <http://www.cvz.nl/zorgpakket>



- staan. Het is alleen mogelijk om een vierde zorgtraject te openen, wanneer dit een crisis-DBC is.⁴
2. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor de vastlegging van de daadwerkelijk verleende zorg in de door de NZa vastgestelde activiteiten. Daarnaast is de hoofdbehandelaar verantwoordelijk voor de juistheid van het gehele DBC-traject.⁵
 3. DBC's met alleen indirecte tijd zijn niet toegestaan.
 4. Zorgaanbieders mogen op hun eigen manier invulling geven aan het registreren van de werkelijk bestede tijd. Het is ook toegestaan om standaardtijden of normtijden⁶ per activiteit vast te stellen.

2.2 Openen DBC's

1. Iedereen onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar kan een initiële DBC en een vervolg-DBC openen⁷.
2. De openingsdatum van een DBC is gelijk aan de datum waarop de eerst(volgende) directe of indirecte patiëntgebonden activiteit plaatsvindt. Een uitzondering hierop is het openen van vervolg-DBC's met onderstaande zorgtypes. Hierbij hoeft de openingsdatum niet gelijk te zijn aan de datum van het eerste contact, maar altijd de dag na het sluiten van de voorgaande DBC:
 - a. (langdurig periodieke) controle (201);
 - b. voortgezette behandeling (202);
 - c. uitloop (203).

Initiële DBC

3. In de volgende gevallen moet de hoofdbehandelaar een initiële DBC openen:
 - a. indien een nieuwe patiënt zich aanmeldt. Indien een zorgaanbieder over meerdere locaties beschikt en een patiënt alleen van locatie verandert, maar niet van primaire diagnose, dan is er in dat geval géén sprake van een nieuwe patiënt. De hoofdbehandelaar op de andere locatie mag dan geen initiële DBC openen. Alle geboden zorg op de andere locatie voor dezelfde primaire diagnose moet op de reeds geopende DBC worden geregistreerd.
 - b. indien een bekende patiënt voor een andere primaire diagnose in zorg komt dan de diagnose waarvoor de patiënt reeds in behandeling is.
 - c. indien een bekende patiënt terug in zorg komt, waarbij er al meer dan 365 dagen zijn verstreken sinds het sluiten van de vorige DBC.

Vervolg-DBC

4. Indien een patiënt voor dezelfde zorgvraag voor een vervolgbehandeling 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 vervolg-DBC geopend.
5. Bij het openen van een vervolg-DBC is altijd sprake van een bekende patiënt en dezelfde primaire diagnose. Een vervolg-DBC valt altijd onder hetzelfde zorgtraject waaronder de bijbehorende initiële DBC en eventuele eerdere vervolg-DBC's vallen.
6. In de volgende gevallen moet een vervolg-DBC geopend worden:
 - a. indien een (initiële of vervolg-)DBC 365 dagen openstaat en de behandeling nog niet afgerond is.
 - b. indien een patiënt weer terug in zorg komt voor dezelfde diagnose, dient er een vervolg-DBC geopend te worden.
 - c. als een zorgaanbieder de behandeling van een patiënt overneemt van een andere zorgaanbieder, nadat de nieuwe behandelaar een second opinion heeft uitgevoerd en hiervoor een DBC met het zorgtype 'second opinion' (106) heeft geopend en gesloten. In dat geval moet de nieuwe hoofdbehandelaar een vervolg-DBC openen volgend op deze second opinion DBC. Een voorwaarde hiervoor is wel dat de afgesloten second opinion DBC exact dezelfde primaire diagnose bevat.

2.3 Typeren

Het typen van een DBC bestaat uit verschillende onderdelen: het vastleggen van de identificatiegegevens van de patiënt, het vastleggen van het zorgtype en het classificeren van de (primaire) diagnose van de patiënt.

⁴ Een vrijgevestigde zorgaanbieder eveneens ook maximaal drie zorgtrajecten openen. Het is voor een vrijgevestigde zorgaanbieder echter niet mogelijk om een vierde zorgtraject te openen, omdat dit alleen kan in het kader van een crisissituatie. Het openen van een crisis-DBC is alleen toegestaan aan instellingen met een 24-uurs dienst onder bepaalde voorwaarden. Zie voor meer informatie paragraaf 2.5 'crisis'.

⁵ In de toelichting zijn de verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar uiteengezet.

⁶ De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de normtijden en het herijken/updaten hiervan.

⁷ Het openen van een DBC is een administratieve handeling waarvoor de hoofdbehandelaar verantwoordelijk is.



1. Uitsluitend de hoofdbehandelaar mag typeren. De DBC moet bij het sluiten volledig en juist getypeerd zijn.

Onderdeel I – Vastleggen identificatiegegevens

2. De volgende identificatiegegevens van de patiënt dienen vastgelegd te worden bij het eerste onderdeel van de typering:⁸
 - a. naam patiënt;
 - b. geboortedatum;
 - c. geslacht;
 - d. postcode;
 - e. burgerservicenummer;
 - f. unieke identificatie zorgverzekeraar (conform UZOVI-register).

Onderdeel II – Vastleggen van het zorgtype

3. De hoofdbehandelaar noteert slechts één zorgtype dat het beste de aanleiding tot zorg beschrijft.⁹

Onderdeel III – Classificeren van diagnose

4. De hoofdbehandelaar registreert de feitelijke diagnoseclassificatie conform de integrale DSM-IV-TR¹⁰. De registratie van de diagnose gebeurt met behulp van de diagnosetabel van DBC-Onderhoud die is gebaseerd op de DSM-IV TR. De bijbehorende codes van As 1 en As 2 sluiten aan bij de ICD-9-CM. De diagnose moet geregistreerd worden op vijf assen:¹¹
 - a. as 1 Klinische stoornissen: op deze as kunnen één of meerdere stoornissen worden geselecteerd. Bij het registreren van klinische stoornissen dient 'Niet Anderszins Omschreven (NAO)' zoveel mogelijk te worden vermeden.
 - b. as 2 Persoonlijkheidsstoornissen: op deze as kunnen één of meerdere stoornissen worden geselecteerd. Per stoornis moet aangegeven worden of een stoornis aanwezig is óf dat er trekken van deze stoornis aanwezig zijn. Naast de registratie van de persoonlijkheidsstoornissen kan maximaal één code voor zwakzinnigheid of zwakbegaafdheid worden geregistreerd.
 - c. as 3 Somatische aandoeningen: op deze as dienen alleen somatische diagnoses geregistreerd te worden die een directe relatie hebben met de As 1- of As 2-stoornis en die van invloed zijn op de behandeling.
 - d. as 4 Psychosociale factoren: op deze as dienen psychosociale en omgevingsfactoren geregistreerd te worden die een duidelijke zorgverzwarende factor vormen bij de behandeling van de primaire diagnose.
 - e. as 5 GAF-score: op deze as registreert de hoofdbehandelaar de Global Assessment of Functioning-score (GAF-score) driemaal:
 - i. bij openen → de hoogste GAF-score van de voorgaande 365 dagen. Indien deze er niet is, dient de GAF-score genoteerd te worden van het begin van de behandeling of een inschatting gemaakt te worden van de hoogste GAF-score van het afgelopen jaar.
 - ii. bij openen → de GAF-score op het moment van openen van de DBC.
 - iii. bij sluiten → de GAF-score op de einddatum van de DBC.

Registreren primaire diagnose

5. Nadat de diagnose op alle assen is geregistreerd kan worden aangegeven wat de primaire diagnose is. De primaire diagnose is de belangrijkste reden voor behandeling. De primaire diagnose kan alleen uit een diagnose van As 1 of As 2 worden geselecteerd. Uitzonderingen:
 - a. code '799.9 Diagnose/aandoening uitgesteld' kan niet de primaire diagnose zijn.
 - b. code 'V71.09 Geen diagnose of aandoening op As 2 aanwezig' kan niet de primaire diagnose zijn, tenzij er bij een diagnose op As 2 'trekken van ..' wordt gescoord, kan deze wel dienen als primaire diagnose.
 - c. 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).
6. Als de primaire diagnose van een openstaande initiële DBC wijzigt en de nieuwe diagnose valt in een andere hoofdgroep, dan moet het zorgtraject en bijbehorende DBC worden gesloten en wordt opnieuw een initiële DBC geopend.

⁸ De identificatiegegevens zijn gebaseerd op de 'Regeling verplichte aanlevering minimale dataset curatieve GGZ'.

⁹ Zie bijlage II voor de verschillende zorgtypen.

¹⁰ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

¹¹ Zie bijlage III voor een toelichting op de verschillende assen.



Diagnose bij kinder- en jeugdpsychiatrie

7. In de kinder- en jeugdpsychiatrie¹² kan niet altijd een primaire diagnose gesteld worden op As 1 en/of As 2 van de DSM-IV-TR. Daarom kent de DBC diagnosebepaling enkele uitzonderingen voor kinderen en jeugd onder de 18 jaar:
- het stellen van de primaire diagnose persoonlijkheidsstoornis op As 2 bij een kind onder de 18 jaar*

In de DSM-IV-TR staat dat bij kinderen onder de 18 jaar geen persoonlijkheidsstoornis als primaire diagnose geassocieerd mag worden. Dit principiële uitgangspunt is in het DBC ggz-model erkend, maar er mag van afgeweken worden. Als er bij een kind onder de 18 jaar sprake is van een primaire diagnose anders dan As 1 en het vermoeden bestaat van een persoonlijkheidsstoornis of persoonlijkheidsproblematiek (trekken van) op As 2, dan mag in de DBC-registratie de As 2 als primaire diagnose gesteld worden.
 - Ernstige, enkelvoudige dyslexie*

Uitsluitend de behandeling van de primaire diagnose 'ernstige, enkelvoudige dyslexie' valt onder de diagnosegroep 'Overige stoornissen in de kindertijd'. Deze vorm van dyslexie dient als volgt te worden getypeerd:

 - primaire diagnose: op as 1 van DSM-IV-TR dient 'leesstoornis' geregistreerd te worden;
 - nevendiaagnosen: er mag geen sprake zijn van een nevendiagnose op as 1 of 2;
 - overige diagnoses: er dient op as 3 'diagnose op As3 enkelvoudig' geregistreerd te worden. De overige assen (as 4 en as 5) hebben geen verdere specificaties; deze dienen ingevuld te worden naar de mate van functioneren en zorgverzwarende psychosociale factoren.
 - Children's Global assessment Scale (CGAS) in plaats van de GAF-score*

In de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt op de As 5 van de DSM-IV-TR gewerkt met de CGAS in plaats van de reguliere GAF-score. De hoofdbehandelaar registreert conform de bekende beschrijving van de opgenomen ranges, want de klassenindeling waarmee gewerkt wordt (van 0-100 verdeeld in tien klassen) is identiek. Voor kinderen jonger dan vier jaar hoeft geen CGAS ingevuld te worden.
 - Primaire diagnose voor kinderen < vier jaar via classificatiesysteem DC: 0-3*

Voor kinderen onder de vier jaar kan in plaats van de DSM-IV-TR de DC: 0-3 worden gebruikt. De DC: 0-3 is een in 1994 ontwikkeld diagnoseclassificatiesysteem voor psychopathologie bij jonge kinderen. Het is niet verplicht om kinderen tot vier jaar volgens de DC: 0-3 te diagnosticeren, er kan voor kinderen tot vier jaar ook gebruik gemaakt worden van de DSM-IV-TR. De hoofdbehandelaar maakt de keuze voor het ene of het andere classificatiesysteem.
 - PTSS volgens ICD-10*

In sommige gevallen worden problemen ervaren bij de declaratie van zorg voor de behandeling van stoornissen bij kinderen die samenhangen met kindermishandeling en/of seksueel misbruik. Om deze problemen op te lossen mag bij kinderen tot 18 jaar de DSM-diagnose PTSS worden geregistreerd (acuut, chronisch of verlaat begin), indien aan de ICD-10 omschrijving van PTSS wordt voldaan. Het is hierbij dus niet noodzakelijk om te voldoen aan de PTSS criteria van de DSM-IV-TR.

Meerdere (primaire) diagnoses

8. In sommige gevallen kan er sprake zijn van meerdere (primaire) diagnoses:
- parallele zorgtrajecten: bij initiële parallele DBC's moeten de primaire diagnoses in verschillende hoofdgroepen van de diagnosetabel vallen. Er kunnen dan meerdere initiële DBC's en bijbehorende zorgtrajecten geopend worden. De hoofdbehandelaar moet bij het openen van parallele DBC's onder andere kunnen verantwoorden dat er substantieel verschillende behandelingen ingezet moeten worden.
 - opeenvolgende zorgtrajecten: wanneer er sprake is van meerdere diagnoses waarvan één diagnose het meest dringend is, opent de hoofdbehandelaar eerst een initiële DBC en een zorgtraject voor de primaire diagnose. Zodra de patiënt is uitbehandeld, sluit de hoofdbehandelaar het zorgtraject en wordt er een nieuwe initiële DBC geopend met de nevendiagnose als primaire diagnose. De voorwaarde voor opeenvolgende DBC's en bijbehorende zorgtrajecten is dat de primaire diagnoses van elkaar verschillen.

2.4 Registreren

Zodra een DBC geopend is kunnen activiteiten en verrichtingen op verschillende categorieën geregistreerd worden: diagnostiek en behandeling, dagbesteding, verblijf en verrichtingen. Activiteiten en verrichtingen worden bijgehouden volgens de lijst van 'activiteiten en verrichtingen'.¹³

¹² De CGAS geldt voor kinderen jonger dan 18 jaar.

¹³ De activiteiten- en verrichtingenlijst is te vinden in bijlage IV.



1. Een behandelaar mag alleen de patiëntgebonden tijd registreren die hij daadwerkelijk heeft besteed aan die activiteit. Niet-patiëntgebonden activiteiten mag de (hoofd)behandelaar niet op een DBC registreren.
2. Behandelaren moeten bij het registreren gebruik maken van de codes die op de registratiedatum in de activiteiten- en verrichtingenlijst staan. Daarnaast moeten behandelaren bij het registreren van patiëntgebonden activiteiten aangeven of het om directe of indirecte (reis)tijd gaat. In de activiteiten- en verrichtingenlijst staat per activiteit aangegeven welke vormen van tijd geregistreerd mogen worden.
3. 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. Er mag géén reistijd geregistreerd worden indien er gereisd moet worden naar een andere locatie binnen de eigen organisatie (AGB-code).
4. De behandelaar verdeelt, in geval van meerdere behandelvormen tijdens één sessie met een patiënt, de bestede tijd naar verhouding over deze behandelvormen.
5. 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 (Zvw, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, etc) de behandelingen van die patiënten gefinancierd worden.
6. Wanneer de behandelaar behandelijd aan het 'systeem van de patiënt'¹⁴ besteedt, moet de behandelaar deze bestede tijd, in het kader van de behandeling van diagnose/aandoening van de patiënt, op de DBC van de betreffende patiënt te registreren.
7. 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 die hij tijdens het spreekuur heeft gezien.
8. Alle bestede Zvw-zorg voor de behandeling van een diagnose moet binnen een DBC gedeclareerd worden. Daarom registreert de opdrachtgevende zorgaanbieder in het geval van onderlinge dienstverlening de activiteiten die de uitvoerende zorgaanbieder heeft uitgevoerd op de bestaande DBC. De opdrachtgever betaalt de opdrachtnemer vervolgens buiten de DBC-systematiek om.

Categorie I – Diagnostiek en behandeling

9. Alle behandelaren waarvan het beroep op de openingsdatum van de DBC is opgenomen in de beroepentabel, kunnen op de DBC diagnostiek en behandeling registreren.¹⁵
10. In het kader van een behandeling moeten beroepen die onder het beroepcluster 'somatische beroepen' vallen, hun tijd ook verantwoorden via activiteiten die het best passen bij de behandeling en die opgenomen zijn in de activiteiten- en verrichtingenlijst.
11. Als behandelaren nog in een vervolgopleiding zijn registreren zij onder het beroep van de opleiding die zij op het moment van behandelen hebben afgerond. Indien er nog géén opleiding is afgerond, mag er niet geregistreerd worden op het beroep waarvoor iemand nog in opleiding is.
12. CONO-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:
 - a. wanneer medische, psychotherapeutische, agogische, psychologische, vaktherapeutische en somatische beroepen worden ingezet als (mede)behandelaar, moet hun bestede tijd geregistreerd worden aan de hand van de activiteiten- en verrichtingenlijst;
 - b. de uitgevoerde activiteiten en verrichtingen van aanwezigheid- en beschikbaarheidsdiensten van medische of andere beroepen moeten ook met behulp van de registratielijst geregistreerd worden.

Categorie II – Dagbesteding

13. Iedereen, onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar, kan binnen de DBC dagbesteding registreren.
14. Er wordt alleen dagbesteding geregistreerd als:
 - a. de patiënt daadwerkelijk aanwezig is. Hierbij registreert de behandelaar het aantal uren dat de patiënt dagbesteding krijgt¹⁶ en;
 - b. dagbesteding in het kader van de (psychiatrische) behandeling is;
 - c. dagbesteding terug te vinden is in het behandelplan dat opgesteld is door de behandelaar.
15. De volgende vormen van dagbesteding zijn te onderscheiden:
 - a. Dagbesteding sociaal.
 - b. Dagbesteding activering.

¹⁴ Met de systeem van de patiënt wordt de tijd bedoeld die de behandelaar, in het kader van de diagnostiek of behandeling, contact heeft met de familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten van de patiënt.

¹⁵ De beroepentabel is te vinden in bijlage VI.

¹⁶ Dagbesteding wordt er geregistreerd in uren, diagnostiek en behandeling in minuten.



- c. Dagbesteding educatie.
 - d. Dagbesteding arbeidsmatig.
 - e. Dagbesteding overig.
16. Tijdens dagbesteding mag de behandelaar geen direct patiëntgebonden behandelactiviteiten registreren.
 17. Dagbesteding mag niet geregistreerd worden met verblijf zonder overnachting.
 18. In geval van dagbesteding voor kinder- en jeugdpsychiatrie geldt het volgende:
 - a. educatieve therapie moet niet geregistreerd worden als dagbesteding, maar als de activiteit 'Overige (communicatieve) behandeling'.
 - b. de activiteiten van de klinische school hoeft de behandelaar niet te registreren.¹⁷

Categorie III – Verblijf

Bij de registratie van verblijf wordt er een onderscheid gemaakt tussen verblijf met overnachting en verblijf zonder overnachting. Verblijf wordt altijd geregistreerd op basis van dagen aanwezigheid aan de hand van verblijfsprestaties.

19. Alle behandelaren waarvan het beroep op de openingsdatum van de DBC is opgenomen in de beroepentabel mogen verblijfsdagen registreren.

Verblijfsdag met overnachting

20. Een verblijfsdag met overnachting kan alleen geregistreerd worden als de patiënt voor 20:00 uur is opgenomen (eerste opname) en 's nachts in de instelling verblijft. De dag van opname en de daarop volgende nacht gelden als één verblijfsdag.
21. Dagen dat de patiënt afwezig is, mogen niet worden geregistreerd als verblijfsprestatie.
22. Voor de keuze van de deelprestatie van verblijf is de zorgvraag van de patiënt leidend. Op basis van de zorgvraag van de patiënt is een van de zeven prestaties van verblijf van toepassing welke het meest overeenkomt met de beschreven verblijfszorg. Declaratie vindt plaats overeenkomstig de verblijfsdagen die telkens, volgens de zorgvraag van de patiënt, van toepassing zijn.

Verblijfsdag zonder overnachting

Een verblijfsdag zonder overnachting wordt geregistreerd, indien er sprake is van de aanwezigheid van een patiënt gedurende een groot deel van de dag (gemiddeld tussen 09.00 en 17.00 uur), omdat de patiënt behandeling dan wel diagnostiek ontvangt.

23. Verblijf zonder overnachting mag alleen geregistreerd worden indien aan de volgende voorwaarden is voldaan:
 - a. er is niet meer dan 4 uur direct patiëntgebonden activiteiten geleverd;
 - b. ondersteuning van personeel met een VOV-functie is noodzakelijk voor een goed verloop van de diverse behandel- en/of diagnostiekactiviteiten;
 - c. er is geen sprake van een aaneenschakeling van behandelingen in één dagdeel en;
 - d. er zijn minimaal twee direct patiëntgebonden activiteiten geleverd op dezelfde kalenderdag, die onder de hoofdgroep diagnostiek en/of behandeling of in combinatie met de verrichting ECT geregistreerd worden.
24. 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 Methadon verstrekking (AMV).

25. Verrichtingen mogen alleen geregistreerd worden door behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de DBC is opgenomen in de beroepentabel. Dit kan direct nadat de patiënt de behandeling ECT of ambulante Methadon heeft ontvangen.
26. Bij ECT moet de behandelaar de tijd én het aantal behandelingen ECT registreren. Dit betekent dat de DBC twee zaken bevat:
 - a. verrichting ECT: het aantal behandelingen ECT wordt geregistreerd volgens de activiteiten- en verrichtingenlijst en;
 - b. activiteit ECT: beroepen die voorkomen op de beroepentabel registreren de bestede tijd met behulp van de activiteitcode voor ECT.
27. Bij de verstrekking van Methadon aan ambulante patiënten moet de behandelaar de tijd én het

¹⁷ De klinische school is voor leerplichtige patiënten. De klinische school valt niet onder de Zvw. Dit onderdeel valt dan ook buiten de DBC-systematiek.



aantal verstrekkingen van Methadon per kalendermaand registreren. Dit betekent dat de DBC twee zaken bevat:

- a. verrichting AMV: de behandelaar moet het aantal verstrekkingen AMV registreren. Dit is één verrichting per maand ongeacht de hoeveelheid Methadon en frequentie van de verstrekkingen;
- b. activiteit Farmacotherapie: bij de ambulante verstrekking van Methadon moet de behandelaar de bestede tijd registreren op de activiteit 'farmacotherapie'.

2.5 Crisis-DBC

Een crisis-DBC heeft een looptijd van maximaal 28 dagen. De 24-uurs crisiszorg die de crisisdiensten leveren wordt onder andere gekenmerkt door de niet planbaarheid van zorg. 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. Een patiënt kan vervolgens (1) geen zorg meer nodig hebben; (2) een regulier zorgtraject starten of een (3) een regulier zorgtraject vervolgen.

1. Alle behandelaren waarvan het beroep op de openingsdatum van de DBC is opgenomen in de beroepentabel mogen op de DBC-crisisactiviteiten registreren.

Openen

In het geval van een crisiscontact wordt een (nieuwe) crisis-DBC geopend of een al geopende crisis-DBC wordt heropend. De keuze voor het openen van een crisis-DBC of het heropenen van een crisis-DBC is afhankelijk van de opening- en sluitdatum van voorgaande crisis-DBC.

2. In de volgende gevallen dient er een nieuwe crisis-DBC geopend te worden:
 - a. Wanneer er sprake is van een nieuwe patiënt.
 - b. Wanneer er sprake is van een bekende patiënt die voor een nieuwe primaire diagnose voor de eerste keer crisiszorg nodig heeft. De primaire diagnose komt dus niet overeen met eventueel voorgaande geopende crisis-DBC's.
 - c. Wanneer een crisis-DBC 28 dagen openstaat en de crisisinterventie op de 28^e dag nog niet is afgerond en de behandelaar hiervoor directe en indirecte tijd wil registreren. De openingsdatum van de nieuwe crisis-DBC is dag 29 en heeft dezelfde primaire diagnose en hetzelfde zorgtype.
 - d. Wanneer de patiënt terug in crisiszorg komt voor eenzelfde diagnose, maar er meer dan 28 dagen zijn verstreken sinds het openen van de vorige crisis-DBC.
 - e. Wanneer het niet duidelijk is dat de crisiszorg in het kader van de primaire diagnose van een al geopende crisis-DBC is.
3. In de volgende gevallen dient er een crisis-DBC heropend te worden:
 - a. Wanneer de DBC gesloten is, maar de behandelaar nog indirecte tijd wil registreren op de crisis-DBC. Dit kan alleen als de crisis-DBC niet langer dan 28 dagen open staat.
 - b. Wanneer de crisis-DBC is gesloten, maar de patiënt binnen 28 dagen na het openen van de crisis-DBC terug in crisis komt.

Typen

4. In het geval van een crisisinterventie, heeft een behandelaar de keuze uit twee zorgtypen¹⁸:
 - a. Crisisinterventie zonder opname.
 - b. Crisisinterventie met opname.
5. 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.
6. De diagnose van de crisis-DBC en een gelijktijdig zorgtraject mogen overeenkomen.

Registreren

7. Behandelaren van een 24-uurs crisisdienst mogen binnen de DBC-systematiek crisiszorg leveren. Ook behandelaren die de crisisdienst inschakelen om de crisissituatie van een patiënt te stabiliseren, mogen deze tijd als crisiszorg registreren. Voor alle behandelaren geldt dat hun beroep moet zijn opgenomen in de beroepentabel.
8. Er mogen alleen activiteiten geregistreerd worden op een crisis-DBC die in verband staan met crisiszorg. Er moeten dan twee zaken geregistreerd worden:
 - a. Beschikbaarheidscomponent voor een 24-uurs crisisdienst (buiten kantooruren). Deze mag maar

¹⁸ Zie bijlage II voor de verschillende zorgtypen



- één keer per crisis-DBC geregistreerd worden en kan enkel geregistreerd worden op een crisis-DBC die directe tijd bevat.
- b. Crisisactiviteiten tijdens de crisisdienst, waarbij een behandelaar alleen patiëntgebonden crisiscontacten mag registreren die hij daadwerkelijk heeft besteed.
9. Er mogen geen verblijfsdagen (met of zonder overnachting) geregistreerd worden op een crisis-DBC met het zorgtype 'crisisinterventie zonder opname'.
10. Indien er sprake is van parallelle zorgtrajecten, moet de behandelaar de geboden zorg registreren op de DBC waarop deze betrekking heeft. Het is niet toegestaan om op dezelfde kalenderdagen tijd/dagen te registreren op zowel een crisis-DBC als een reguliere DBC. Dat mag alleen op de eerste en laatste dag van de crisisbehandeling.

2.6 Sluiten

1. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het sluiten van de DBC, waarbij de hoofdbehandelaar (of diegene die onder zijn of haar verantwoordelijkheid valt) de volgende punten controleert:
 - a. de DBC is ingevuld conform deze regeling;
 - b. de DBC bevat de juiste informatie;
 - c. de typering is juist en volledig ingevuld;
 - d. de diagnose is juist ingevuld;¹⁹
 - e. de GAF-score is ingevuld.
2. Als één van de punten in artikel 2.6.1 niet of niet juist is ingevoerd, mag de DBC niet afgesloten worden.
3. In de volgende gevallen moet de DBC gesloten worden:
 - a. als de maximale looptijd van 365 dagen is bereikt (ongeacht of de patiënt gedurende die looptijd wel of niet zorg heeft ontvangen). Er dient een vervolg-DBC te worden geopend met één van de volgende zorgtypen:
 - i. (langdurige periodieke) Controle (201);
 - ii. voortgezette behandeling (202);
 - iii. uitloop (203).
 - b. als de patiënt:
 - i. is overleden. In dit geval moet de DBC gesloten worden op de dag van overlijden. Het is niet toegestaan om nog patiëntgebonden activiteiten te registreren na de overlijdensdatum.
 - ii. is verhuisd en niet meer bereid is om te reizen voor de behandeling.
 - iii. langdurig niet meer op is komen dagen.
 - iv. 365 dagen geen zorg heeft ontvangen.
 - c. als de patiënt voor de behandeling van de primaire diagnose wordt doorverwezen naar een andere instelling/praktijk;
 - d. als de behandelaar en patiënt in overleg besluiten dat het behandeltraject voor de desbetreffende primaire diagnose is beëindigd;
 - e. als de patiënt overgaat naar een andere bekostigingssystematiek, exclusief overgang naar de Jeugdwet.²⁰
 - f. Als de patiënt overgaat naar de Jeugdwet.²¹ Deze sluitreden mag uitsluitend worden geregistreerd op 31 december 2014 indien de DBC aan alle van de volgende kenmerken voldoet:
 - Patiënt heeft op 1 januari 2015 de leeftijd van achttien (18) jaar nog niet heeft bereikt of de patiënt is in zorg vanwege 'jeugdstrafrecht';
 - Patiënt wordt vanaf 1 januari 2015 verder behandeld onder de Jeugdwet;
 - De DBC is geopend in 2014;
 - De DBC staat open op 31 december 2014.
 - g. als de patiënt na de pré-intake, intake of diagnostiek niet in zorg terug komt of als de patiënt in crisis raakt en daarna in reguliere behandeling of uit zorg gaat.
4. Bij het sluiten van een DBC moet één van de volgende redenen van afsluiting worden geregistreerd:
 - a. Reden voor afsluiting bij patiënt/niet bij behandelaar.
 - b. Reden voor afsluiten bij behandelaar/om inhoudelijke redenen.
 - c. In onderling overleg beëindigd zorgtraject/patiënt uitbehandeld.
 - d. Afsluiting na alleen pre-intake/intake/diagnostiek/crisisopvang.
 - e. Afsluiten vanwege openen vervolg-DBC.

¹⁹ Indien er op een DBC alleen pré-intake/intake/diagnostiek en/of crisisopvang is geregistreerd, kan de DBC gesloten worden zonder weergave van een diagnoseclassificatie.

²⁰ Wet van 1 maart 2014 inzake regels over de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen (Jeugdwet). De NZa heeft geen bevoegdheden voor de Jeugdwet. Zij stelt voor de hulp die onder de Jeugdwet valt geen prestaties en tarieven vast en heeft ook geen toezichhoudende bevoegdheden.

²¹ Voor een exacte afbakening welke patiënten onder de reikwijdte van de Jeugdwet gaan vallen, wordt verwezen naar de begripbepalingen in de Jeugdwet.



- f. Afsluiten vanwege overgang naar andere bekostiging, exclusief Jeugdwet.
- g. Afsluiten vanwege overgang naar de Jeugdwet.
5. In het geval de DBC moet worden gesloten vanwege een overgang naar de Jeugdwet, zie artikel 2.6.3.f, dan zijn onderstaande uitzonderingen op artikel 2.6, lid 1 en 2, van toepassing. Het gaat om uitzonderingen op:
 - a. Het zorgtype, als onderdeel van de typering (zie artikel 2.3.3), dient juist te zijn ingevuld (artikel 2.6.1.c)
 - b. De diagnose dient juist te zijn ingevuld (artikel 2.6.1.d)
 - c. De GAF-score(s) is juist ingevuld (artikel 2.6.1.d)
 - a. *Zorgtype*
Als bij een initiële DBC het zorgtype niet is geregistreerd, dan wordt het zorgtype Reguliere zorg (101) geregistreerd.
Als bij een vervolg DBC het zorgtype niet is geregistreerd, dan wordt het zorgtype Voortgezette behandeling (202) geregistreerd.
 - b. *Diagnose*
Als bij een initiële DBC er geen definitieve diagnose uit de diagnosetabel²² bekend is, dan dient er een diagnose uit de diagnosetabel geregistreerd te worden waarvan het vermoeden bestaat dat deze diagnose de reden voor behandeling is.²³
 - c. *GAF score*
Als bij een DBC de GAF score op de einddatum van de DBC niet bekend is, dan mag in uitzondering op artikel 2.3.4.e.iii, de GAF score op het moment van openen van de DBC worden geregistreerd (2.3.4.e.ii).

3. BEPALINGEN VALIDATIE DBC'S

1. De administratieve organisatie is zodanig ingericht dat een audit-trail mogelijk is. De NZa en de zorgverzekeraar moeten te allen tijde de mogelijkheid hebben om DBC-registratie op juistheid te controleren.
2. De zorgaanbieder neemt ten behoeve van de DBC-registratie en declaratie van DBC's in hun registratie- en declaratiesoftware een validatiemodule op. Het document 'Validatieregels GGZ 2014', dat integraal onderdeel uitmaakt van deze regeling, bevat de specificaties waaraan de validatiemodule moet voldoen. Dit document is te downloaden van de website van de NZa (www.nza.nl). De validatiemodule dient zodanig te zijn ingericht dat uitsluitend DBC's in rekening kunnen worden gebracht die niet strijdig zijn met de inhoud van deze regeling.
3. De zorgaanbieder hanteert de validatiemodule als instrument om de betrouwbaarheid van DBC's te toetsen en de juistheid van de registratie te verifiëren. Verificatie geschiedt op basis van gegevens in bronbestanden.
4. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat diens accountant tijdens zijn controle van de juistheid en volledigheid van de doorloop-DBC's 2012 via het formulier 'Nacalculatieformulier DBC GGZ Zvw 2013', als bedoeld in de Nadere regel 'Informatieverstrekking gebudgetteerde zorgaanbieders van curatieve GGZ', verifieert of de validatiemodule volgens de door de NZa vastgestelde specificaties is gebouwd en naar behoren is toegepast.

4. DECLARATIEBEPALINGEN

Deze regeling 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 indien voldaan is aan de volgende voorwaarden:
 - a. het gehele DBC-traject is afgesloten overeenkomstig deze regeling;
 - b. de stappen die het DBC-traject omvatten, te weten: openen, typeren, registreren, sluiten en valideren, zijn volledig doorlopen;
 - c. de onder b genoemde stappen, met uitzondering van valideren, vinden plaats door of onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar;
 - d. de hoofdbehandelaar heeft voor het stellen van een diagnose, direct patiëntgebonden tijd besteed aan de patiënt waarvoor wordt gedeclareerd. Voor crisis-DBC's zonder verblijf geldt een uitzondering op deze bepaling: de directe tijd hoeft niet door de hoofdbehandelaar besteed te zijn; en

²² Zie bijlage III voor de diagnosetabel.

²³ Wanneer er alleen pre intake, intake, diagnostiek, algemeen indirecte tijd, crisis of beschikbaarheidscomponent op een DBC is geregistreerd, is het stellen van een diagnose op as 1-5 niet verplicht.



- e. het aantal geleverde minuten direct patiëntgebonden tijd is geregistreerd op een dusdanige manier dat effectieve controle door de zorgverzekeraar 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. Wanneer 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. Indien 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.

Overige producten

5. De categorie 'overige producten' (OVP) heeft geen relatie met het DBC-traject van een patiënt. De integrale tarieven voor de overige producten kunnen daarom afzonderlijk gedeclareerd worden aan de patiënt, zorgverzekeraar of aan de opdrachtgever. Voor meer informatie over overige producten wordt verwezen naar de beleidsregel 'Prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg'.

Zorg die niet tot het basispakket behoort

6. Het is zorgaanbieders niet toegestaan om zorg die niet tot het basispakket behoort, maar wel zorg is zoals omschreven in de Wmg, te declareren als zorg die tot het basispakket behoort.
7. 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' (verder ook: OVP's)²⁴. Indien er geen aparte prestatie bestaat voor de niet-basispakketzorg, dan kunnen de volgende prestaties gebruikt worden:
 - a. OVP niet-basispakketzorg Consult en/of;
 - b. OVP niet-basispakketzorg Verblijf.
8. Als er aan een patiënt zowel basispakketzorg als niet basispakketzorg wordt geleverd, dan declareert de zorgaanbieder zowel een DBC als een OVP.
9. 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 OVP's gedeclareerd.
10. Bij de overige producten ten behoeve van de standaardprestatie rijbewijskeuring (119027 en 119028) kan de prestatie 'toeslag rijbewijskeuring' (119029 en 119030) in rekening worden gebracht, wanneer de patiëntgebonden tijd meer dan 15 minuten bedraagt. De standaardprestatie bestaat uit 15 minuten indirecte tijd en 15 minuten direct patiëntgebonden tijd. De zorgverlener dient de patiënt te informeren wanneer hij verwacht gebruik te maken van deze toeslag bovenop de standaardprestatie. Deze toeslagprestatie kan meerdere keren in rekening worden gebracht, per 15 minuten direct patiëntgebonden tijd dat de keuring langer duurt dan de standaardprestatie. Bij de rijbewijskeuring in geval van een vorderingsprocedure (119028) mag de toeslag (119030) ook in rekening gebracht worden voor indirecte tijd. Voor indirecte tijd mag de toeslag maximaal vier keer in rekening worden gebracht, deze is dus gemaximeerd tot maximaal een uur extra indirecte tijd. Bij de rijbewijskeuring in geval van een eigen verklaringsprocedure (119027) door een psychiater mag de toeslag (119029) ook in rekening gebracht worden voor indirecte tijd. Voor indirecte tijd mag de toeslag maximaal twee keer in rekening worden gebracht, deze is dus gemaximeerd tot maximaal een half uur extra indirecte tijd.
11. Voor meer informatie over het overige product rijbewijskeuringen wordt verwezen naar de beleidsregel 'Prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg'.

Transparantie

12. Een zorgaanbieder heeft bepaalde verplichtingen als het gaat om transparantie naar de patiënt toe. De beleidsregel 'Transparantie' geeft hier meer informatie over.

²⁴ Zie beleidsregel 'Prestaties en tarieven gespecialiseerde GGZ'.



5. INFORMATIEBEPALINGEN

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

1. *DBC-traject startdatum*
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.
2. *DBC-traject einddatum*
De DBC wordt afgesloten zodra de laatste activiteit (direct of indirect patiëntgebonden) voor een patiënt is geleverd.²⁵
3. *Declaratiecode*
De declaratiecode uit de NZa-tariefgroep begint met het getal 10 of 25 als sprake is van zorg die tot het basispakket behoort en met het getal 26 als sprake is van zorg die niet tot het basispakket behoort. Het getal 26 kan alleen voorkomen bij DBC's geopend in 2013.
4. *Gedeclareerde tarief*
Op de factuur wordt het te declareren DBC-tarief vermeld. Het te betalen bedrag wordt rekenkundig afgerond op twee decimalen.
5. *AGB-code*
Voor zelfstandig gevestigde zorgaanbieders: de AGB-zorgverlenerscode en – indien van toepassing – de AGB-praktijkcode.
Voor instellingen: de AGB-instellingscode en – indien van toepassing – de AGB-zorgverlenerscode.
6. *De AGB-code en het beroep van de hoofdbehandelaar*
Naast bovenstaande AGB-code moet ook de AGB-code en het beroep van de hoofdbehandelaar op de factuur vermeld worden. Indien de hoofdbehandelaar in de fase van behandeling een andere hoofdbehandelaar is dan in de fase van de diagnose, dan moet ook de AGB-code van de tweede hoofdbehandelaar en diens beroep op de factuur vermeld worden.
7. *Directe en indirecte tijd*
Op de factuur dient ook de volgende informatie met betrekking tot de bestede tijd vermeld te worden:
 - a. directe en indirecte tijd van de hoofdbehandelaar(s);
 - b. directe en indirecte tijd van iedere medebehandelaar en vermelding van diens beroep en;
 - c. de totaal bestede directe en indirecte tijd van de gehele DBC (optelsom van a en b).
8. *Het type verwijzer*
Op de declaratie dient 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 crisis zorg of S.E.H.
 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 crisis zorg, buitenlandse zorgaanbieder)
 6. Zelfverwijzer
 7. Bemoeizorg
9. *AGB-code van de verwijzer*
Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder 8.1 tot en met 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.
10. *Dagbesteding*
Op de factuur dient de activiteitencode waarmee dagbesteding bij de aanbieder wordt geregistreerd en het aantal uren dagbesteding per DBC te worden vermeld.
11. *DBC-prestatiecode*
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:
 - a. zorgtype;
 - b. diagnoseclassificatie;²⁶
 - c. zorgvraagzwaarte;
 - d. productgroep voor behandeling van de DBC-dataset.De diagnose-informatie op de factuur dient zich te beperken tot de 14 diagnosehoofdgroepen in uitsluitend de langdurende of intensieve behandelgroepen overeenkomstig de productstructuur. Voor de behandelgroepen 'diagnostiek', 'crisis' en 'behandeling kort' is vermelding van diagnose-

²⁵ 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 dient de overlijdensdatum de einddatum van het DBC-traject te zijn.

²⁶ Indien er sprake is van de diagnose 'ernstige enkelvoudige dyslexie' is dit inzichtelijk via de diagnoseclassificatie met code 017.



informatie 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. Tevens is de zorgvraagzwaarte voor de diagnosehoofdgroep 'persoonlijkheidsstoornissen' niet zichtbaar op de factuur. In de prestatiecode is het zorgvraagzwaartedeel voor deze diagnose hoofdgroep op 000 gezet.

De verplichting tot het verstrekken van de zorgvraagzwaarte op de factuur zoals opgenomen in deze regeling is, tot en met 31 december 2014, niet van toepassing op zorg die vanaf het moment van inwerkingtreding van deze regeling in het jaar 2014 door de zorgaanbieder wordt gedeclareerd. De eerste volzin is van overeenkomstige toepassing voor zorg die in het jaar 2014 door een zorgaanbieder is geleverd en welke zorg nog niet is gedeclareerd op het moment van inwerkingtreding van deze regeling.

Voor zorg waarop het gestelde in de twee voorgaande volzinnen van toepassing is geldt dat de component 'zorgvraagzwaarte' op de factuur dient te worden aangeduid met '000'.

De zorgaanbieder is verplicht de brongegevens waaruit de zorgvraagzwaarte-indicator is af te leiden te blijven registreren. In een nieuwe versie van deze regeling neemt de NZa op hoe de zorgvraagzwaarte met ingang van 1 januari 2015 aangeleverd moet worden aan de zorgverzekeraar. In die versie van de regeling zal ook staan hoe de zorgvraagzwaarte-gegevens over de periode tot 31 december 2014 aangeleverd moeten worden bij de zorgverzekeraars.

12. Deelprestaties

De volgende deelprestaties worden onderscheiden:

- a. Verblijf: in totaal worden zeven deelprestaties verblijf onderscheiden (deelprestatie verblijf A t/m G). Deze deelprestaties worden per dag afgerekend.
- b. Electroconvulsietherapie (ECT)
- c. Ambulante methadon verstrekking (AMV)
- d. Beschikbaarheidscomponent crisis (BCC)
- e. Verblijf zonder overnachting (VZO)

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.

13. Lekenomschrijving

Indien 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, indien de zorgaanbieder de factuur rechtstreeks aan de zorgverzekeraar zendt.

6. UITZONDERING IN GEVAL VAN PRIVACYBEZWAREN

1. Privacyverklaring

De artikelen 5.3, 5.11 en 5.13, 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 1.

2. Inzenden verklaring

De verklaring bedoeld in artikel 6.1 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.

3. Bewaren afschrift

De zorgaanbieder houdt in zijn administratie een afschrift van de in artikel 6.1 bedoelde verklaring.

4. Aanpassen tarief

In aanvulling op de uitzonderingsbepaling van artikel 6.1 en zo nodig in afwijking van artikel 5.4 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.

5. Controle door medisch adviseur

Controle door de zorgverzekeraar op de rechtmatigheid van facturen, die op grond van artikel 6.1 door een zorgaanbieder, dan wel een patiënt, ter betaling aan die zorgverzekeraar zijn aangeboden, vindt plaats door of onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur.

6. Uitzondering voor zelfbetalers

De artikelen 5.3, 5.11 en 5.13, 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.

7. Factuur alsnog ter betaling indienen

Indien een patiënt bedoeld in artikel 6.6 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 6.1 te worden ingevuld en ondertekend. De artikelen 6.2 tot en met 6.5 zijn in dat geval van overeenkomstige toepassing.



7. INTREKKING OUDE REGELS

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de regeling 'Gespecialiseerde GGZ', met kenmerk NR/CU-552, ingetrokken.

8. UITZONDERING

De verplichtingen als gesteld in de artikelen 2 tot en met 4.4 en 5 tot en met 6 van deze regeling zijn niet van toepassing op de OVP's.

9. OVERGANGSBEPALING

De nadere regel 'gespecialiseerde GGZ', met kenmerk NR/CU-552, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die nadere regel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die nadere regel gold. Dit betekent dat voor overlopende DBC's (DBC's gestart in jaar t-1 en doorlopend in jaar t) de op het moment van opening van het DBC-zorgproduct geldende nadere regel van toepassing is.

10. INWERKINGTREDING EN CITEERREGEL

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 november 2014 en vervalt met ingang van 1 januari 2015.

Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 oktober 2014, treedt de regeling in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst en werkt zij terug tot en met 1 november 2014.

Deze regeling kan worden aangehaald als: 'Regeling gespecialiseerde GGZ'.

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



TOELICHTING

Deze regeling treedt in de plaats van de gelijknamige regeling met kenmerk NR/CU-551. In deze regeling is de aanlevering van de zorgzwaarte indicator opgeschort tot en met 31 december 2014.

Het verschil tussen de NR/CU-551 met NR/CU-547 is erin gelegen dat er een wijziging is doorgevoerd in de hoeveelheid toeslagen die aanbieders bij een rijbewijskeuring in rekening mogen brengen. Eerder pasten wij de gelijknamige regeling met kenmerk NR/CU-538 aan met terugwerkende kracht tot 1 januari 2014, omdat het voor crisis-DBC's zonder verblijf sinds 1 januari 2014 is toegestaan dat er geen directe tijd door de hoofdbehandelaar is besteed.

Inleiding

Met ingang van 1 januari 2013 zijn drie regelingen die in de daaraan voorafgaande jaren apart bestonden samengevoegd tot één nu voorliggende regeling. Dit zijn de regelingen 'Instructie registratiebepalingen DBC GGZ', 'DBC GGZ Validatie' en 'Declaratiebepalingen DBC GGZ'. De regeling 'Administratie Organisatie en interne controle registratie en facturering DBC's GGZ' is met ingang van 1 januari 2013 komen te vervallen. Uit deze regeling is alleen de verplichting blijven bestaan om een audit-trail in te richten. Deze verplichting is opgenomen in deze voorliggende regeling.

Met ingang van 1 januari 2014 zijn daarnaast de registratieregels uit het 'Spelregeldocument', dat wordt opgesteld door DBC-Onderhoud en werd vastgesteld door de NZa, opgenomen in deze regeling. In deze regeling zijn een aantal regels verduidelijkt, aangescherpt en toegevoegd. Het 'Spelregeldocument' wordt met ingang van 1 januari 2014 niet meer vastgesteld door de NZa, maar nog wel uitgeleverd door DBC-Onderhoud. Niet uit te sluiten valt dat deze regeling tegenstrijdigheden zal bevatten ten opzichte van het Spelregeldocument dat door DBC-Onderhoud wordt uitgeleverd. In de gevallen waarin sprake is van daadwerkelijke tegenstrijdigheden, gaat deze regeling van de NZa vóór het 'Spelregeldocument' van DBC-Onderhoud.

Algemeen

Op grond van artikel 37 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) kan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) regels stellen inhoudende aan wie, door wie of op welke wijze, onder welke voorwaarden of met inachtneming van welke voorschriften of beperkingen een tarief in rekening wordt gebracht. Het gaat daarbij, kortweg, om declaratie- en/of factureringsvoorschriften. Artikel 38 Wmg geeft de NZa onder meer de bevoegdheid regels te stellen met betrekking tot het door zorgaanbieders specificeren van rekeningen voor geleverde zorgprestaties.

Deze regeling verplicht zorgaanbieders om, teneinde geleverde zorg te kunnen declareren, aan bepaalde eisen te voldoen. Deze eisen zijn erop gericht dat DBC-tarieven die worden gedeclareerd voor het leveren van zorg aan een bepaalde patiënt in overeenstemming zijn met de geleverde zorg aan diezelfde patiënt.

De DBC-systematiek in de GGZ werkt volgens een proces van registratie, validatie en afleiding:

1. Registratie: het registratieproces start op het moment dat een patiënt, die is verwezen naar een zorgaanbieder van gespecialiseerde GGZ, zich bij de zorgaanbieder meldt met een zorgvraag. Op dat moment worden meteen een zorgtraject en een DBC geopend. Een zorgtraject volgt het zorgproces voor één primaire diagnose en kan bestaan uit een initiële DBC, waarin de primaire diagnose is gesteld en een onbeperkt aantal vervolg-DBC's.
2. Validatie: als de DBC is afgesloten, gaat de DBC door naar de validatie. Tijdens de validatie wordt de DBC gecontroleerd op een volgens deze regeling goede en technisch volledige registratie.
3. Afleiding: na de validatie wordt via de afleiding bepaald in welke behandelprestatie/productgroep de DBC terechtkomt. Vervolgens wordt de DBC als onderdeel van de factuur naar de zorgverzekeraar van de patiënt gestuurd en worden daarnaast de DBC-gegevens aan het DBC-informatiesysteem (DIS) geleverd.

De NZa is op grond van artikel 76, 82 en 85 van de Wmg ter handhaving van deze regeling bevoegd tot het geven van een aanwijzing, het toepassen van bestuursdwang en tot het opleggen van een bestuurlijke boete.



Artikelsgewijs

Artikel 1.1

Deze regeling heeft betrekking op gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet. Daarom geldt voor DBC's met verblijf dat bekostiging ten laste van de Zorgverzekeringswet ten hoogste 365 opnamedagen kan duren. Het aantal opnamedagen wordt berekend op basis van artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. De bekostiging van klinische opnamen na 365 opnamedagen komt ten laste van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Artikel 2.1

Relatie zorgtraject en DBC

- 2.1.1: voordat een DBC geopend kan worden en zorg mag worden geregistreerd, moet eerst een zorgtraject zijn gestart. De aanmeldingsdatum van de patiënt bepaalt de startdatum van het zorgtraject. De startdatum van het zorgtraject kan hetzelfde zijn als de openingsdatum van de initiële DBC, maar dit hoeft niet. Het zorgtraject kan bijvoorbeeld worden gestart op het moment dat een secretariaat een afspraak met een patiënt maakt. Er is op dat moment nog geen patiëntgebonden activiteit met een behandelaar. De startdatum van het zorgtraject ligt in dat geval vóór de openingsdatum van de initiële DBC.

Verantwoordelijkheid hoofdbehandelaar gehele DBC-traject

- 2.1.2: Eén hoofdbehandelaar is eindverantwoordelijk voor de juistheid van het gehele DBC-traject. Dit is met name voor de controle (ook door verzekeraar) belangrijk. Indien er meerdere hoofdbehandelaars zijn dan kunnen zij voor verschillende onderdelen verantwoordelijk zijn (bijv. diagnose of behandeling).
Op verzoek van het ministerie van VWS heeft de NZa de volgende verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar opgenomen:
 - a. de hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt ook daadwerkelijk is (mede) beoordeeld door de hoofdbehandelaar via direct contact met patiënt. Het is hierbij mogelijk dat delen van het intake/diagnostische proces door anderen dan de hoofdbehandelaar worden verricht;
 - b. de hoofdbehandelaar stelt in overleg met de patiënt het behandelplan – gericht op verantwoordelijke behandeling (naar de stand van de wetenschap, richtlijnconform) – vast;
 - c. de hoofdbehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van de medebehandelaars in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor zij verantwoordelijk zijn;
 - d. de hoofdbehandelaar ziet er op toe dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen. Medebehandelaars hebben een eigen verantwoordelijkheid in de adequate dossiervoering;
 - e. de hoofdbehandelaar laat zich informeren door medebehandelaars en andere bij de behandeling betrokken professionals, zo tijdig en voldoende als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de patiënt. De hoofdbehandelaar toetst of de activiteiten van de anderen bijdragen aan de behandeling van de patiënt en passen binnen het door de hoofdbehandelaar vastgestelde behandelplan;
 - f. de hoofdbehandelaar en medebehandelaars treffen elkaar in persoonlijk contact en in teamverband met de daartoe noodzakelijke frequentie (ook telefonisch en via beeldbellen), op geleide van de problematiek/vraagstelling van de patiënt;
 - g. de hoofdbehandelaar draagt zorg voor goede communicatie²⁸ met de patiënt en diens naasten (indien van toepassing en indien toestemming hiervoor is verkregen) over het beloop van de behandeling in relatie tot het behandelplan en;

²⁸ De hoofdbehandelaar volgt bij al deze stappen de afspraken zoals die zijn vastgelegd in de door LPGGZ, NPCF, Consumentenbond en GGZ Nederland overeengekomen algemene leveringsvoorwaarden ggz (<http://www.ggznederland.nl/patient-en-kwaliteitswetgeving/leveringsvoorwaarden/zvw-leveringsvw-patient-zorginstelling-2012.pdf>). Voor aanbieders die deze leveringsvoorwaarden niet hanteren geldt dat de hoofdbehandelaar er zorg voor dient te dragen:

1. dat de cliënt kennis heeft genomen van de gestelde diagnose en dat deze nader is toegelicht
2. dat de cliënt geïnformeerd wordt over de behandel mogelijkheden
3. dat het behandelplan in overleg met de cliënt is opgesteld en dat de cliënt met het behandelplan instemt (informed consent)
4. dat de cliënt de beschikking krijgt over behandelvoortgangsinformatie (o.a. ROM-uitkomsten)
5. dat de voortgang van de behandeling periodiek wordt geëvalueerd met de cliënt en het behandelplan eventueel wordt bijgesteld op basis van gelijkwaardigheid (shared decision making)
6. dat de familie/naastbetrokkenen geïnformeerd worden bij vaststelling behandelplan en het verloop van de behandeling (na toestemming van de cliënt)
7. dat de klachten samen met de cliënt zijn geïnventariseerd en geanalyseerd



- h. de hoofdbehandelaar heeft inzicht in de voortgang van de behandeling, hij evalueert met de patiënt en stel indien nodig het behandelplan bij. De hoofdbehandelaar toetst tussentijds en aan het eind van de behandeling of en in welke mate de concreet omschreven behandeldoelen zijn bereikt. De hoofdbehandelaar autoriseert de beëindiging van de behandeling conform deze regeling.

Multidisciplinaire context

- In de brief van 15 juli 2013 (kenmerk 130562-106549) staat dat de Minister van VWS de multidisciplinaire context toevoegt aan haar besluit over het hoofdbehandelaarschap. Met de bepaling over de multidisciplinaire context wordt bedoeld dat het hoofdbehandelaarschap wordt uitgevoerd door een professional uit de medische, psychologische of verpleegkundige discipline mits beschikkende over een BIG-registratie en werkend in een multidisciplinaire context waarbinnen één van de beroepsgroepen die hoofdbehandelaar mogen zijn in de gespecialiseerde GGZ, direct beschikbaar is.

DBC's met alleen indirecte tijd

- 2.1.3: met ingang van 1 januari 2014 is het niet meer toegestaan om DBC's met alleen indirecte tijd te declareren. Dit betekent dat er altijd directe tijd geleverd moet worden om een DBC te kunnen declareren. Dit geldt voor zowel de initiële DBC's als de vervolg-DBC's.

Artikel 2.3

Meerdere primaire diagnoses

- 2.3.8: het is mogelijk dat meerdere (primaire) diagnoses worden vastgesteld. Afhankelijk van hoe de diagnoses zich tot elkaar verhouden kan worden gekozen voor parallelle of opeenvolgende zorgtrajecten. Er kan sprake zijn van verschillende diagnoses met een gelijkwaardig belang waarbij een hoofdbehandelaar oordeelt dat hij substantieel verschillende behandelingen in moet zetten. In dat geval kan de hoofdbehandelaar meerdere initiële DBC's en bijbehorende zorgtrajecten openen. Dit zijn parallelle zorgtrajecten. Er kan daarnaast ook sprake zijn van verschillende diagnoses waarvan één diagnose het meest dringend is. Er is dan sprake van één primaire diagnose en meerdere nevend diagnoses. Als de patiënt is uitbehandeld voor de primaire diagnose, sluit de hoofdbehandelaar de initiële DBC en het zorgtraject en wordt een nieuw zorgtraject en initiële DBC geopend waarbij de nevend diagnose de nieuwe primaire diagnose wordt. Dit is het geval bij opeenvolgende zorgtrajecten. In beide gevallen moet de hoofdbehandelaar dit kunnen verantwoorden.

Artikel 2.4

Diagnostiek en behandeling

- 2.4.9: diagnostische activiteiten en behandelactiviteiten, conform het (opstellen van een) behandelplan, worden geregistreerd op basis van tijdschrijven in minuten. Het gaat dan om activiteiten in het kader van pré-intake, diagnostiek, behandeling, begeleiding, verpleging en algemeen indirecte tijd. Hierop kunnen verschillende vormen van tijd worden geregistreerd, namelijk direct patiëntgebonden tijd, indirect patiëntgebonden tijd en indirect patiëntgebonden reistijd.
- 2.4.12: 24-uurscontinuïteitszorg is de basiszorg die op klinische afdelingen van een instelling 24 uur per dag voor de patiënt beschikbaar is. Beroepen die 24-uurscontinuïteitszorg leveren, registreren hun bestede tijd (in het kader van behandeling) tijdens het verblijf van een patiënt niet volgens de activiteiten- en verrichtingenlijst. De inzet van deze beroepen is voor 100% verwerkt in het tarief van verblijf. Een instelling bepaalt zelf welke behandelaren deze zorg leveren en dus hun tijdsbesteding niet dienen te registreren volgens de registratielijst.

Dagbesteding

- 2.4.15: in de DBC-systematiek worden de volgende vormen van dagbesteding onderscheiden:
 - a. Dagbesteding sociaal (ontmoeting): de meest basale functie van een dagactiviteitencentrum is de ontmoetingsfunctie. De inlooffunctie is de meest laagdrempelige functie in het kader van dag- en arbeidsmatige activiteiten. Aan de deelnemers worden over het algemeen geen strenge eisen gesteld voor wat betreft de deelname aan de inloop.
 - b. Dagbesteding activering: deze vorm gaat verder dan het ontmoeten van anderen en omvat ook recreatieve, creatieve of sportieve activiteiten. Deze activiteiten worden over het algemeen groepsgewijs aangeboden. De deelname is niet verplicht, maar over het algemeen wel minder



vrijblijvend. Voorbeelden van dagbesteding in het kader van activering zijn: tekenen, voetballen en tuinieren.

- c. Dagbesteding educatie: dit heeft als doel om de patiënt iets te leren. Bij de educatieve activiteiten is er over het algemeen sprake van een vast weekprogramma en een groepsgewijs aanbod. Denk bijvoorbeeld aan een computercursus, cursus boekbinden en gitaarles.
- d. Dagbesteding arbeidsmatig: bij arbeidsmatige dagbesteding zijn activiteiten gericht op het begeleiden van patiënten die aan het werk willen in het reguliere arbeidsproces, zoals het opdoen van arbeidsvaardigheden en -ervaring. Het gaat hierbij om onbetaalde werkzaamheden, soms wordt een beperkte onkostenvergoeding verstrekt.
- e. Dagbesteding overig: alle dagbesteding die niet onder sociale, activerende, educatieve of arbeidsmatige dagbesteding valt, maar wel wordt ingezet in het kader van de behandeling van een patiënt met een bepaalde primaire diagnose, kan onder overige dagbesteding geregistreerd worden.

Verblijf

- 2.4.19: bij de registratie van een verblijfsprestatie gaat het om een 'kale verblijfsdag'. In het tarief van een verblijfsprestatie is wel meegenomen dat een patiënt wordt verpleegd en verzorgd, maar niet dat een patiënt wordt behandeld. De behandelactiviteiten tijdens een verblijfsdag dienen dus apart geregistreerd te worden.
- 2.4.22: de omschrijving van verblijf met overnachting wordt met ingang van 1 januari 2014 gewijzigd met als doel de zorgvraag beter leidend te laten zijn in het bepalen van de verblijfsprestatie. Daarnaast is in de prestatiebeschrijving toegevoegd dat het bij de inzet van VOV-personeel gaat om netto fte's (ingeroosterd/fysiek aanwezig zorgverlenend VOV-personeel). Ook is toegevoegd aan de prestatiebeschrijving dat 'de inzet VOV-personeel doorgaans ... bedraagt'. Op deze manier biedt de NZa ruimte voor het gebruik van bijvoorbeeld domotica.

Verblijf zonder overnachting

- 2.4.23: Verblijf zonder overnachting mag vanaf 2014 alleen nog in rekening gebracht worden als, naast de overige voorwaarden van dit artikel, er niet meer dan vier uur direct patiëntgebonden tijd is geleverd.

Artikel 4

Crisis-DBC's

Nieuw is de bepaling in artikel 4 onder 1d: er is een uitzondering gemaakt voor crisis-DBC's zonder verblijf. Voor deze DBC's geldt dat de eis niet dat de hoofdbehandelaar directe tijd moet hebben geschreven.

In de praktijk zijn er namelijk ook contacten waarbij de hoofdbehandelaar enkel indirecte tijd levert. De eis dat de DBC niet enkel indirecte tijd mag bevatten geldt uiteraard wel.

Zorg die niet tot het basispakket behoort

- 4.6 en 4.7: In de gespecialiseerde GGZ werd vóór 2014 gewerkt met een 'kleurensystematiek', die basispakketzorg en niet-basispakketzorg van elkaar moest onderscheiden. Deze 'kleurensystematiek' kende echter beperkingen. Per 2014 zal daarom de gespecialiseerde GGZ die niet tot het basispakket behoort, geregistreerd en gefactureerd worden middels los declarabele producten in de vorm van OVP's. Voor sommige zorg die niet tot het basispakket behoort, bestaan al aparte prestaties in de vorm van OVP's. Indien er geen aparte prestatie bestaat voor de niet-basispakketzorg, dan moet een zorgaanbieder de volgende prestaties gebruiken:
 - a. OVP niet-basispakketzorg consult;
 - b. OVP niet-basispakketzorg verblijf.

Rijbewijskeuring

- 4.10: Naar aanleiding van een aantal klachten van consumenten over kortdurende rijbewijskeuringen heeft de NZa een onderzoek gestart. Om de consument meer grip te geven op de kosten en om het tarief beter te laten aansluiten op de tijdbesteding van de keuring, heeft de NZa besloten het tarief te differentiëren per 1 januari 2014. Dit besluit heeft geresulteerd in de volgende vier prestaties voor rijbewijskeuringen:
 - 1. Standaardprestatie rijbewijskeuring op last van de politie.
 - 2. Toeslag bij standaardprestatie rijbewijskeuring op last van de politie (per 15 minuten directe patiënt gerelateerde tijd).
 - 3. Standaardprestatie rijbewijskeuring op eigen verklaring.



4. Toeslag bij standaardprestatie rijbewijskeuring op eigen verklaring (per 15 minuten directe patiënt gerelateerde tijd).

Artikel 5

Informatie op de factuur

- 5.6 t/m 5.7: met ingang van 1 januari 2014 dient, op verzoek van het ministerie van VWS, de AGB-code van de hoofdbehandelaar en diens beroep op de factuur vermeld te worden. Dit om de informatie-uitwisseling tussen aanbieders en verzekeraars te verbeteren. Daarnaast dient ook het beroep van iedere medebehandelaar op de factuur vermeld te worden. Ten slotte dient de directe en indirecte tijd van de hoofdbehandelaar(s) en iedere medebehandelaar op de factuur vermeld te worden, naast de totale bestede directe en indirecte tijd per DBC.
- 5.8 en 5.9: Met ingang van 1 januari 2014 moet op verzoek van VWS het type verwijzer en de AGB-code van de verwijzer op de factuur vermeld worden. Hierbij moet worden opgemerkt dat de lijst met type verwijzers niet inhoudt dat dit verzekerde zorg betreft. Partijen zijn in het bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014 overeengekomen dat de huisarts een patiënt indien nodig door verwijst naar de gespecialiseerde GGZ.
- 5.11: De minister heeft besloten tot een tijdelijke opschorting van de verplichting tot aanlevering van zorgvraagzwaarte op de factuur. Deze opschorting geldt, tot en met 31 december 2014, voor zorg die vanaf het moment van inwerkingtreding van deze regeling in het jaar 2014 door de zorgaanbieder wordt gedeclareerd.²⁹ Dit is vastgelegd in de Regeling van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, kenmerk 656441-125129-CZ, houdende tijdelijke opschorting levering zorgvraagzwaarte cGGZ. De reden van de opschorting is het feit dat VWS, NZa, GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (NVVP), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), het Landelijk Platform GGZ en Zorgverzekeraars Nederland werken aan een alternatieve wijze van verstrekking van de zorgvraagzwaarte. Dat alternatief kan de verplichting om de zorgvraagzwaarte aan te leveren bij de declaratie vervangen mits het aan de door betrokken partijen genoemde voorwaarden voldoet en is geoperationaliseerd. De ontwikkeling van het alternatief heeft op het moment dat de opschorting in werking trad nog geen concrete vorm gekregen. Zodra de alternatieve aanleverwijze conform de gemaakte afspraken ontwikkeld is en operationeel kan zijn, zal de NZa deze in een nieuwe versie van deze regeling opnemen (uiteraard voor zover de Regeling Zorgverzekering hiervoor de mogelijkheid biedt en met inachtneming van het daarin bepaalde). In afzonderlijke regeling of een nieuwe versie van deze regeling neemt de NZa ook op hoe de zorgvraagzwaarte - behorend bij de zorg waarop de voornoemde opschorting van toepassing is en waarvoor een declaratie bij de zorgverzekeraars is ingediend, met ingang van 1 januari 2015 alsnog aangeleverd moet worden aan de zorgverzekeraar. Ter nadere toelichting hierop verwijzen we naar de Regeling van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, kenmerk 656441-125129-CZ, houdende tijdelijke opschorting levering zorgvraagzwaarte cGGZ. De brongegevens die nodig zijn voor het onderbouwen en afleiden van de zorgvraagzwaarte-indicator moeten op grond van de regelgeving van de NZa reeds herleidbaar naar de desbetreffende patiënt worden geregistreerd in de administratie van de betreffende zorgaanbieder. Dit maakt het mogelijk de zorgvraagzwaarte na de opschorting alsnog aan te leveren op de daarvoor nog aan te geven wijze. Aangezien de voornoemde opschorting duurt tot en met 31 december 2014, geven wij in de versie van deze regeling die vanaf 1 januari 2015 van kracht is aan op welke wijze de zorgvraagzwaarte na afloop van de opschorting moet worden aangeleverd. Zolang de hiervoor genoemde alternatieve aanleverwijze niet kan worden opgenomen in de regeling, zal de aanlevering van zorgvraagzwaarte net als voor de opschorting het geval was via de factuur moeten plaatsvinden. Er is immers sprake van een opschorting. Voorstaande is onder voorbehoud van de uitkomsten van het advies dat de minister van VWS aan het College Bescherming Persoonsgegevens heeft gevraagd. Voor zorg waarvoor geldt dat op grond van de voorgaande versies van deze regeling de zorgvraagzwaarte op de factuur diende te worden vermeld en welke zorg wel is gedeclareerd voor het moment van inwerkingtreding van deze regeling, blijft op grond van de voorgaande versies van deze regeling de plicht in stand de zorgvraagzwaarte op de factuur te vermelden. Dit volgt uit de overgangsbepaling in deze regeling en in de voorgaande versies van deze regeling.

²⁹ Hieruit volgt, conform de genoemde ministeriële regeling, dat de opschorting niet geldt voor zorg die in 2014 is geleverd maar pas na 31 december 2014 wordt gedeclareerd.



Artikel 6

Op grond van deze regeling dient de zorgaanbieder de DBC-prestatiecode op de factuur te vermelden. In deze code komt onder meer de diagnoseclassificatie tot uitdrukking. Vanwege het privacygevoelige karakter van deze informatie is het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) hierover om advies gevraagd. Met brief van 6 december 2006 heeft het CBP aan de Minister van VWS medegedeeld dat de diagnose-informatie op de declaratie zich dient te beperken tot de 14 diagnose hoofdgroepen in uitsluitend de langdurende ambulante zorg.

Bovendien is het met betrekking tot het zorgtype niet toegestaan dat uit de declaratie blijkt dat er sprake is van een rechterlijke uitspraak zoals: Rechterlijke machtiging (RM), Inbewaringstelling (IBS), Ondertoezichtstelling (OTS), Rechterlijke machtiging met voorwaarden en Jeugdstrafrecht. De hiervoor genoemde brief van het CBP is te downloaden van de website van het CBP: www.cbweb.nl.

Uitzondering verplichte vermelding diagnose-informatie op de factuur

Naar aanleiding van een uitspraak³⁰ van het College van Beroep voor het bedrijfsleven d.d. 8 maart 2012 is besloten een ontheffingsmogelijkheid te creëren van de algemeen geldende verplichting om diagnose-informatie, dan wel tot de diagnose te herleiden informatie, op de factuur te vermelden. Hieraan is uitvoering gegeven middels een afzonderlijke uitzonderingsbepaling (artikel 6 van de regeling).

De ontheffingsmogelijkheid is vormgegeven door middel van een verklaring die door zowel zorgaanbieder als patiënt dient te worden ondertekend. De zorgaanbieder dient deze aan de zorgverzekeraar te sturen en een kopie van de verklaring in zijn administratie te bewaren. Het is overigens ook mogelijk dat de zorgaanbieder de verklaring in het bezit stelt van zijn patiënt en de patiënt vervolgens zelf, uiterlijk op het moment van indiening van de betreffende nota, de verklaring bij zijn zorgverzekeraar indient.

De noodzaak tot ondertekening van de verklaring door de patiënt vloeit voort uit de kenbaarheid (o.a. voor de zorgverzekeraar) van zijn wens om geen diagnose-informatie, of tot de diagnose herleidbare informatie, op de factuur te willen hebben staan en aldus aangeeft gebruik te willen maken van de uitzonderingsbepaling van deze regeling. De reden dat ook de zorgaanbieder de verklaring moet ondertekenen, is gelegen in het feit dat verplichting tot vermelding van de prestatiecode (diagnose-informatie) op de factuur, alsmede alle overige verplichtingen die uit de deze regeling voortvloeien, gericht zijn aan de zorgaanbieder en niet aan de zorgvrager (patiënt). De reikwijdte (zie ook artikel 1.1) van de regeling, inclusief de uitzonderingsbepaling, beperkt zich kortom tot zorgaanbieders. Door het ondertekenen van de verklaring geeft de zorgaanbieder te kennen dat hij van de uitzonderingsbepaling van de regeling gebruik wenst te maken.

Met artikel 6.4 faciliteert de NZa dat de zorgaanbieder een (van het maximumtarief) afwijkend tarief in rekening kan brengen, zodanig dat dit niet herleidbaar is naar de diagnose. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar kunnen in onderling overleg afspreken op welke wijze dit wordt vormgegeven. De NZa schrijft niet voor hoe zo'n alternatieve betalingsprocedure er precies uit moet zien, aangezien er diverse varianten en subvarianten denkbaar zijn, die in de praktijk voor de ene zorgverzekeraar en/of zorgaanbieder wel en voor de andere zorgverzekeraar en/of zorgaanbieder juist weer niet voldoet. Wel schrijft de NZa voor dat de zorgverzekeraar binnen redelijke grenzen is gehouden om medewerking te verlenen aan de wens van een zorgaanbieder om tot een alternatieve betalingsprocedure te komen. Ook de uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven geeft een aantal niet volledig uitgewerkte oplossingsrichtingen weer, die aanknopingspunten kunnen bieden om tot een dergelijke declaratie- en betalingsprocedure te komen.

³⁰ Uitspraak van het CBb d.d. 8 maart 2012 AWB 11/317, 11/358 en 11/372.



BIJLAGE I – PRIVACYVERKLARING

Ondergetekenden:

[cliënt: Naam]
[cliënt: Geboortedatum verzekerde]
[cliënt: Verzekernummer]
[cliënt: BSN]
[DBC-traject: 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.

Vermelding diagnose-informatie op factuur

2. Dat de patiënt er uit oogpunt van bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bezwaar tegen heeft, dat gegevens die te herleiden zijn tot een door de zorgaanbieder met betrekking tot de patiënt gestelde diagnose, op de declaratie worden vermeld.
3. Dat de zorgaanbieder, in overeenstemming met artikel 6 van de Regeling gespecialiseerde GGZ, vermelding van de onder 2 vermelde gegevens achterwege zal laten.

Aanlevering gegevens aan DIS

4. 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 'Verplichte aanlevering minimale dataset curatieve GGZ', aan DIS worden aangeleverd.
5. Dat de zorgaanbieder, in overeenstemming met artikel 6 van de Regeling 'Verplichte aanlevering minimale dataset curatieve GGZ', de aanlevering van de onder 4 bedoelde MDS-gegevens aan DIS achterwege zal laten.

PLAATS:

DATUM:

Handtekening patiënt

Handtekening zorgaanbieder

.....

.....



BIJLAGE II – ZORGTYPEN

Initiële DBC	
Code	Zorgtype
101	Reguliere zorg
106	Second opinion-DBC
107	Zorg op basis van een tertiaire verwijzing
108	Langdurig periodieke controle (bij overname)
109	Bemoeizorg
110	Rechterlijke machtiging (RM)
111	Inbewaringstelling (IBS)
115	Ondertoezichtstelling (OTS)
116	Rechterlijke machtiging met voorwaarden
117	Jeugdstrafrecht

Reguliere zorg – 101

Het zorgtype reguliere zorg wordt gebruikt voor patiënten met een nieuwe zorgvraag die vanuit de eerste lijn, door bijvoorbeeld de huisarts of een collega-specialist, zijn doorverwezen.

Second opinion – 106

Een 'second opinion' is de herbeoordeling van een zorgvraag en het bijbehorende advies van een andere zorgaanbieder. Er is doorgaans sprake van een beperkt aantal contacten en er is géén sprake van een overname van de behandeling. Als de DBC het zorgtype 'Second opinion' (106) heeft, moet de behandelaar minimaal één diagnostische activiteit registreren. Een DBC met dit zorgtype mag daarnaast niet meer dan 250 minuten directe tijd bevatten.

Zorg op basis van tertiaire verwijzing – 107

Het betreft een patiënt met een nieuwe zorgvraag, die wordt gezien op basis van een erkende doorverwijzing door een andere zorgaanbieder omdat daar de benodigde expertise, kennis, ervaring en/of behandel­faciliteiten voor die zorgvraag niet aanwezig zijn.

Langdurig periodieke controle (bij overname) – 108

Er is sprake van een meerjarig zorgtraject waarbij de patiënt tenminste eenmaal per jaar ter controle wordt gezien nadat de initiële behandelingsfase is afgerond. Dit zorgtype kan alleen bij een initiële DBC worden geregistreerd wanneer de patiënt wordt overgenomen vanuit een andere zorginstelling/organisatie en waarbij er sprake is van een langdurig periodieke controle.

Bemoeizorg – 109

Dit zorgtype wordt geregistreerd als bemoeizorg de aanleiding is voor het starten van de DBC in de gespecialiseerde GGZ. Er is geen sprake van een juridische maatregel ten aanzien van de zorg. Activiteiten die gerekend kunnen worden tot bemoeizorg (voortraject; aanleiding van zorg; nog geen zorgvraag en zorgvrager) behoren niet tot de geneeskundige GGZ en vallen daarmee niet onder de DBC-systematiek.

Rechterlijke machtiging (RM) – 110

Bij het zorgtype RM is er sprake van gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis in het kader van de wet Bijzondere Opname Psychiatrische in Ziekenhuizen (Bopz). DBC's met zorgtype RM moeten verblijfsdagen met overnachting bevatten en een activiteit uitgevoerd door een beroep uit het beroepencluster 'medische beroepen'. Niet alle gevallen van rechterlijke machtiging vallen onder de Zvw/DBC-systematiek voor de GGZ. Een rechterlijke machtiging die wordt afgegeven voor iemand in detentie die tijdelijk moet worden opgenomen in een GGZ-instelling, valt onder het strafrecht en daarmee onder de systematiek voor forensische zorg in strafrechtelijk kader (DBBC-systematiek).

Inbewaringstelling (IBS) – 111

Bij het zorgtype IBS is er sprake van een gedwongen spoedopname in een psychiatrisch ziekenhuis in het kader van de wet Bopz. DBC's met zorgtype IBS moeten verblijfsdagen met overnachting bevatten en een activiteit geregistreerd door een beroep uit de beroepencluster 'medische beroepen'. Er mogen



geen activiteiten worden geregistreerd door het instellingstype 'Zelfstandig gevestigde praktijken'.

Ondertoezichtstelling (OTS) – 115

Dit zorgtype is specifiek bedoeld voor kinderen onder de 18 jaar van wie de ouders verplicht zijn samen te werken voor wat betreft de opvoeding van het kind met een door de rechter toegewezen gezinsvoogd.

Rechterlijke machtiging met voorwaarden – 116

Dit zorgtype is een variant op het zorgtype RM waarbij de patiënt een gedwongen opname kan voorkomen als deze zich aan de door de rechter gestelde voorwaarden houdt. DBC's met zorgtype RM met voorwaarden hebben activiteiten geregistreerd door een beroep uit het beroepencluster 'medische beroepen'.

Jeugdstrafrecht – 117

Kies voor het zorgtype Jeugdstrafrecht als er sprake is van zorg die wordt opgelegd door de strafrechter in het kader van Jeugdstrafrecht.

Vervolg-DBC	
Code	Zorgtype
201	(Langdurig periodieke) controle
202	Voortgezette behandeling
203	Uitloop
204	Exacerbatie/recidive
205	Bemoeizorg
206	Rechterlijke machtiging (RM)
210	Ondertoezichtstelling (OTS)
211	Rechterlijke machtiging met voorwaarden
212	Jeugdstrafrecht

(Langdurig periodieke) controle – 201

Registreer dit vervolg zorgtype als de patiënt ten minste eenmaal per jaar ter controle wordt gezien nadat de initiële behandelingsfase is afgerond. Bij dit zorgtype geldt dat de openingsdatum aansluit op de afsluitdatum van de voorgaande DBC.

Voortgezette behandeling – 202

Kies voor het vervolg zorgtype voortgezette behandeling als een behandeling voor een bepaalde diagnose langer dan 365 dagen duurt. Bij dit zorgtype geldt dat de openingsdatum aansluit op de afsluitdatum van de voorgaande DBC.

Uitloop – 203

Dit vervolg zorgtype wordt geregistreerd als een behandeling door omstandigheden (bijvoorbeeld wachtlijsten) langer duurt dan 365 dagen. In feite zou de behandeling binnen 365 dagen na openen van de DBC afgerond kunnen worden. Door omstandigheden die niet door de behandeling zelf worden veroorzaakt, wordt deze periode echter overschreden. Bij dit zorgtype geldt dat de openingsdatum aansluit op de afsluitdatum van de voorgaande DBC.

Exacerbatie/recidive – 204

Het vervolg zorgtype exacerbatie/recidive mag worden geregistreerd als de patiënt binnen 365 dagen na openen van de DBC voor dezelfde primair diagnose weer in behandeling komt bij dezelfde zorgaanbieder. Bij het openen van een vervolg-DBC met dit zorgtype gaat het niet om het voortzetten van de vorige DBC, maar om een terugval.

Bemoeizorg – 205

Dit vervolg zorgtype wordt geregistreerd als bemoeizorg de aanleiding is voor het starten van de DBC in de gespecialiseerde GGZ. Er is geen sprake van een juridische maatregel ten aanzien van de zorg. Activiteiten die gerekend kunnen worden tot bemoeizorg (voortraject; toeleiding naar zorg; nog geen



zorgvraag en zorgvrager) behoren niet tot de geneeskundige GGZ en vallen daarmee niet onder de DBC-systematiek.

Rechterlijke machtiging (RM) – 206

Bij het vervolg zorgtype RM is er sprake van gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis in het kader van de wet Bijzondere Opname Psychiatrische Ziekenhuizen (Bopz). DBC's met zorgtype RM moeten verblijfsdagen met overnachting bevatten en een activiteit geregistreerd door een beroep uit het beroepencluster 'medische beroepen'. Niet alle gevallen van rechterlijke machtiging vallen onder de Zvw/DBC GGZ-systematiek. Een rechterlijke machtiging die wordt afgegeven voor iemand in detentie die tijdelijk moet worden opgenomen in een GGZ-instelling, valt onder het strafrecht en daarmee onder de systematiek voor forensische zorg in strafrechtelijk kader (DBBC-systematiek).

Ondertoezichtstelling (OTS) – 210

Dit vervolg zorgtype is specifiek bedoeld voor kinderen onder de 18 jaar van wie de ouders verplicht zijn samen te werken voor wat betreft de opvoeding van het kind met een door de rechter toegewezen gezinsvoogd.

Rechterlijke machtiging met voorwaarden – 211

Dit vervolg zorgtype is een variant op het zorgtype RM waarbij de patiënt een gedwongen opname kan voorkomen als deze zich aan de door de rechter gestelde voorwaarden houdt. DBC's met zorgtype RM met voorwaarden hebben activiteiten geregistreerd door een beroep uit het beroepencluster 'medische beroepen'.

Jeugdstrafrecht – 212

Kies voor het vervolg zorgtype Jeugdstrafrecht als er sprake is van zorg die wordt opgelegd door de strafrechter in het kader van Jeugdstrafrecht.

Crisis-DBC	
Code	Zorgtype
301	crisisinterventie zonder opname
302	Crisisinterventie zonder opname

Crisisinterventie zonder opname – 301

De patiënt komt ambulante voor een crisisinterventie in zorg. De crisisinterventie vindt plaats bij de regionale 24-uurs crisisdienst. Het initiatief voor het contact ligt (vanaf een leeftijd van 16 jaar) bij de patiënt zelf, bij familie of het sociale netwerk, bij de politie, bij de gemeente of brandweer of bij de huisarts. Er is geen sprake van opname van de patiënt. Er is geen sprake van opname van de patiënt. Bij een crisisinterventie zonder opname, vinden crisiscontacten plaats ten behoeve van de stabilisatie van de patiënt, zonder dat de patiënt bij de crisisdienst overnacht. Als een patiënt uit crisiszorg gaat of overgaat naar een reguliere behandeling, moet de DBC met dit zorgtype gesloten worden. DBC's met het zorgtype 'Crisisinterventie zonder opname' hebben een looptijd van maximaal 28 kalenderdagen en kunnen geen verblijfsdagen (met of zonder overnachting) bevatten.

Crisisinterventie met opname – 302

Het gaat hier om een crisisinterventie met een klinische opname en is aan de orde wanneer een patiënt crisiszorg nodig heeft die wordt geboden door een regionale 24-uurs crisisdienst. Een DBC met dit zorgtype zijn crisiscontacten waarbij een patiënt, ten behoeve van de stabilisatie van de patiënt, verblijft binnen de instelling. Als een patiënt uit crisiszorg gaat of overgaat naar een reguliere behandeling, moet de DBC met dit zorgtype gesloten worden. DBC's met het zorgtype 'Crisisinterventie met opname' hebben een looptijd van maximaal 28 kalenderdagen en de DBC dient minimaal 1 en maximaal 27 verblijfsdagen met overnachtingen te bevatten.



BIJLAGE III – FEITELIJKE CLASSIFICATIE VAN DSM-IV-TR

AS 1: Klinische stoornissen	
DSM IV-TR	Diagnosetabel
Stoornissen in de kindertijd	Overige stoornissen in de kindertijd
	Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
	Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen
Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
Psychische stoornissen door een somatische aandoening	Restgroep diagnoses
Aan een middel gebonden stoornissen	Aan alcohol gebonden stoornissen
	Overige aan een middel gebonden stoornissen
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
Stemmingsstoornissen	Depressieve stoornissen
	Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
Angststoornissen	Angststoornissen
Somatoforme stoornis	Somatoforme stoornis
Nagebootste stoornissen	Restgroep diagnoses
Dissociatieve stoornissen	Restgroep diagnoses
Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen	Restgroep diagnoses
Eetstoornissen	Eetstoornissen
Slaapstoornissen	Restgroep diagnoses
Stoornissen in de impulsbeheersing	Restgroep diagnoses
Aanpassingsstoornissen	Aanpassingsstoornissen
Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn	Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn

AS 2: Persoonlijkeitsstoornissen	
DSM IV-TR	Diagnosetabel
Zwakzinnigheid (stoornissen in de kindertijd) – Lichte zwakzinnigheid – Matige zwakzinnigheid – Ernstige zwakzinnigheid – Diepe zwakzinnigheid – Zwakzinnigheid, ernst niet gespecificeerd	Restgroep diagnoses
Persoonlijkeitsstoornissen – Paranoïde persoonlijkheidsstoornis – Schizoïde persoonlijkheidsstoornis – Schizotypische persoonlijkheidsstoornis – Antisociale persoonlijkheidsstoornis – Borderline persoonlijkheidsstoornis – Theatrale persoonlijkheidsstoornis – Narcistische persoonlijkheidsstoornis – Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis – Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis – Obsessieve – compulsieve persoonlijkheidsstoornis – Persoonlijkeitsstoornis NAO – Uitgesteld/geen persoonlijkheidsstoornis	Persoonlijkeitsstoornissen
Zwakbegaafdheid (Bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn)	Restgroep diagnoses



AS 3: Somatische aandoeningen	
DSM IV-TR	Diagnosetabel
Diagnose op As3 complex	Registreer alleen de somatische diagnoses die een directe relatie hebben met de As 1- of As 2-stoornis
Diagnose op As3 enkelvoudig	
Geen of geen relevante diagnose op As3	

AS 4: Psychosociale en omgevingsfactoren	
DSM IV-TR	Diagnosetabel
Problemen binnen de primaire steungroep	Deze psychosociale factoren en omgevingsfactoren mogen alleen vastgesteld worden als ze duidelijk zorgverzwaard werken.
Problemen verbonden aan de sociale omgeving	
Studie/scholingsproblemen	
Werkproblemen	
Woonproblemen	
Financiële problemen	
Problemen met de toegankelijkheid van gezondheidsdiensten	
Problemen met justitie/politie of met de misdaad	
Andere psychosociale en omgevingsproblemen	Indien er geen psychosociale factoren aanwezig zijn of wanneer deze geen consequenties hebben voor de behandeling van de primaire diagnose, dient deze code geregistreerd te worden.
Geen diagnose/factor op As 4 aanwezig	

AS 5: GAF-score/CGAS-score
GAF/CGAS score
GAF/CGAS score 1–10
GAF/CGAS score 11–20
GAF/CGAS score 21–30
GAF/CGAS score 31–40
GAF/CGAS score 41–50
GAF/CGAS score 51–60
GAF/CGAS score 61–70
GAF/CGAS score 71–80
GAF/CGAS score 81–90
GAF/CGAS score 91–100

Kinder- en Jeugdstoornissen primaire diagnoses	
DC:0-3	Diagnosetabel
Traumatische stressstoornis	Restgroep diagnoses
Affectieve stoornis	
Aanpassingsstoornis	
Regulatiestoornis	
Stoornis in slaapgedrag	
Stoornis in eetgedrag	
Stoornis in relatie en communicatie	



BIJLAGE IV – ACTIVITEITEN- EN VERRICHTINGENLIJST

VARIANTEN IN BEHANDELACTIVITEITEN

Variant	Omschrijving
Patiënt individueel	Alleen de patiënt wordt behandeld
Patiënt in groep	De patiënt wordt behandeld in een groep
Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	De patiënt wordt behandeld in bijzijn van het systeem
Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	De patiënt wordt behandeld in een groep in bijzijn van het systeem
Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Er wordt tijd besteed aan het systeem zonder dat de patiënt aanwezig is.
Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep*	Er wordt tijd besteed aan een groep van meerdere systemen van meerdere patiënten zonder dat de patiënten aanwezig zijn.

*) Wanneer er in een groep tijd aan het systeem wordt besteed gelden dezelfde registratieregels als bij groepstherapie.

DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

Activiteit		Soort	Selecteerbaar	Mag direct	Mag indirect	Mag reistijd	Mag groep?
1. Pré-intake		Tijdschrijven	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
2. Diagnostiek		Tijdschrijven	Nee				
2.1	<i>Intake & screening</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
2.2	<i>Verwerven informatie van eerdere behandelaars</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
2.3	<i>Anamnese/vragenlijsten</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
2.4	<i>Hetero-anamnese</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
2.5	<i>Psychiatrisch onderzoek</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
2.6	<i>Psychodiagnostisch onderzoek</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>
2.6.1	<i>Intelligentie</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
2.6.2	<i>Neuropsychologisch</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
2.6.3	<i>Persoonlijkheid</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
2.7	<i>Orthodidactisch onderzoek</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
2.8	<i>Vaktherapeutisch onderzoek</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
2.9	<i>Contextueel onderzoek (gezin, school, etc)</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
2.10	<i>Lichamelijk onderzoek</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
2.11	<i>Aanvullend onderzoek: lab, rad, klin.neur.)</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
2.12	<i>Advisering</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
2.13	<i>Overige diagnostische activiteiten</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
3. Behandeling		Tijdschrijven	Nee				
3.1	<i>Communicatieve behandelcontact</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Nee</i>				
3.1.1	<i>Follow up behandelcontact</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>
3.1.1.1	<i>Patiënt individueel</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
3.1.1.1	<i>Patiënt individueel</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
3.1.1.2	<i>Patiënt in groep</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
3.1.1.4	<i>Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
3.1.1.5	<i>Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
3.1.1.6	<i>Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
3.1.1.7	<i>Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
3.1.2	<i>Steunend en structurerend behandelcontact</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>
3.1.2.1	<i>Patiënt individueel</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
3.1.2.2	<i>Patiënt in groep</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
3.1.2.4	<i>Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
3.1.2.5	<i>Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
3.1.2.6	<i>Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
3.1.2.7	<i>Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
3.1.3	<i>Psychotherapie</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>
3.1.3.1	<i>Psychoanalyse</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>
3.1.3.1.1	<i>Patiënt individueel</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
3.1.3.1.4	<i>Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>



Activiteit	Soort	Selecteerbaar	Mag direct	Mag indirect	Mag reistijd	Mag groep?
3.1.3.1.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.2	Psychodynamische psychotherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.2.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.2.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.2.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.2.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.2.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.2.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.3	Gedragstherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.3.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.3.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.3.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.3.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.3.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.3.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.4	<i>Cognitieve gedragstherapie</i>	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.4.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.4.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.4.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.4.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.4.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.4.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.5	<i>Interpersoonlijke therapie</i>	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.5.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.5.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.5.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.5.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.5.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.5.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.6	<i>Cliëntgerichte therapie</i>	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.6.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.6.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.6.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.6.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.6.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.6.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.7	<i>Systeemtherapie</i>	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.7.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.7.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.7.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.7.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.7.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.7.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.8	<i>Overig psychotherapie</i>	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.8.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.8.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.8.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.8.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.8.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.8.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.4	Overige (communicatieve) behandeling	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.4.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.4.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.4.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.4.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja

Activiteit		Soort	Selecteerbaar	Mag direct	Mag indirect	Mag reistijd	Mag groep?
3.1.4.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.4.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.2	<i>Farmacotherapie</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
3.3	<i>Fysische therapie</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>
3.3.1	Electroconvulsietherapie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3.2	Lichttherapie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3.3	Transcraniële magnetische stimulatie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3.4	Overig behandeling fysische technieken	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3.5	Deep brain stimulation	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3.6	Neurofeedback	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4	<i>Vaktherapie</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>
3.4.1	<i>Creatieve therapie (drama, beeldend, muziek, dans, etc)</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>
3.4.1.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.1.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.1.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.1.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.1.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.1.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.2	<u>Psychomotorische therapie (beweging, expressie)</u>	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.4.2.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.2.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.2.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.2.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.2.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.2.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.3	Vaktherapie overig	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.4.3.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.3.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.3.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.3.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.3.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.3.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.5	<i>Fysiotherapie</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>
3.5.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.5.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.5.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.5.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.6	<i>Ergotherapie</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>
3.6.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.6.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.6.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.6.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4. Begeleiding		Tijdschrijven	Nee				
4.1	<i>Activerend begeleidingscontact</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>
4.1.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.1.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.1.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.1.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.1.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.1.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.2	<i>Ondersteunend begeleidingscontact</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>
4.2.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.2.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.2.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.2.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja



Activiteit		Soort	Selecteerbaar	Mag direct	Mag indirect	Mag reistijd	Mag groep?
4.2.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.2.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
5. Verpleging		Tijdschrijven	Nee				
5.1	Verpleging	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
6. Crisis		Tijdschrijven	Nee				
6.1	Crisiscontact binnen kantooruren	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
6.2	Crisiscontact buiten kantooruren	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
6.3	Intake en screening crisisinterventie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
6.4	Psychiatrisch onderzoek crisisinterventie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
6.5	Farmacotherapie crisisinterventie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
6.6	Steunend en structurerend crisiscontact	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
7. Algemeen indirecte tijd		Tijdschrijven	Nee				
7.1	Zorgcoördinatie	Tijdschrijven	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
7.2	No show	Tijdschrijven	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja
7.3	Interne patiëntbespreking (MDO)	Tijdschrijven	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
7.4	Extern overleg met derden (buiten de instelling)	Tijdschrijven	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
7.5	Verslaglegging algemeen (b.v. correspondentie, brief)	Tijdschrijven	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
7.6	Activiteiten ivm juridische procedures (b.v. IBS, Bopz)	Tijdschrijven	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
7.7	Regelen tolken	Tijdschrijven	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
8. Verblijf (per verblijfsdag)		Verblijfsdag	Nee				
8.8	Verblijf met overnachting (24-uurs verblijf)	Verblijfsdag	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
8.8.01	Deelprestatie verblijf A (Lichte verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.8.02	Deelprestatie verblijf B (Beperkte verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.8.03	Deelprestatie verblijf C (Matige verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.8.04	Deelprestatie verblijf D (Gemiddelde verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.8.05	Deelprestatie verblijf E (Intensieve verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.8.06	Deelprestatie verblijf F (Extra intensieve verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.8.07	Deelprestatie verblijf G (Zeer intensieve verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.9	Verblijf zonder overnachting	Verblijfsdag	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
8.9.01	Deelprestatie verblijf zonder overnachting	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9. Dagbesteding		Dagbesteding	Nee				
9.1	Dagbesteding sociaal (ontmoeting)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.2	Dagbesteding activering (dagactiviteiten)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.3	Dagbesteding educatie	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.4	Dagbesteding arbeidsmatig	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.5	Dagbesteding overig	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
10. Verrichting		Verrichting	Nee				
10.1	Electroconvulsietherapie	Verrichting	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
10.2	Ambulante methadon (medicijn, registratie per maand)	Verrichting	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
10.3	Beschikbaarheidscomponent 24-uurs crisiszorg	Verrichting	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee



CRISISACTIVITEITEN TIJDENS DE CRISISDIENST

Crisisinterventie zonder opname (301)	Crisisinterventie met opname (302)
DC:0-3	Diagnosetabel
Beschikbaarheidscomponent crisisdienst	Beschikbaarheidscomponent crisisdienst
Crisisactiviteiten	Crisisactiviteiten
– Crisiscontact binnen kantooruren	– Crisiscontact binnen kantooruren
– Crisiscontact buiten kantooruren	– Crisiscontact buiten kantooruren
– Intake en screening crisisinterventie	– Intake en screening crisisinterventie
– Psychiatrisch onderzoek crisisinterventie	– Psychiatrisch onderzoek crisisinterventie
– Farmacotherapie crisisinterventie	– Farmacotherapie crisisinterventie
– Steunend en structurerend crisiscontact	– Steunend en structurerend crisiscontact
Algemeen indirecte tijd	Algemeen indirecte tijd
	Verblijfsdagen met overnachting



BIJLAGE V – DEFINITIES ACTIVITEITEN EN VERRICHTINGEN

In deze bijlage zijn de definities opgenomen van de activiteiten en verrichtingen. In bijlage I is een lijst met activiteiten en verrichtingen opgenomen.

Diagnostiek en behandeling en behandeling

1. Pré-intake

Op deze activiteit wordt de *indirect patiëntgebonden tijdsbesteding* geschreven die wordt besteed aan patiënten voorafgaand aan de intake. Het is mogelijk dat een DBC met alleen pré-intake niet leidt tot een vervolgtraject en dus niet verder getypeerd zal worden. De DBC kan dan worden afgesloten met reden van sluiten pré-intake, intake of diagnostiek. Voorbeelden zijn: een patiënt proberen te bereiken voor een eerste afspraak, overleg met de verwijzer over de geschiktheid voor verwijzing van een potentiële patiënt. Onder pré-intake mogen geen activiteiten in het kader van openbare ggz of preventie worden geschreven. Op pré-intake kan alleen indirect patiëntgebonden tijd worden geregistreerd.

2. Diagnostiek

Dit onderdeel omvat alle activiteiten gericht op verduidelijking van de klachten en van de zorgvraag. Onder diagnostiek onderscheiden we de volgende activiteiten:

- a. Intake/screening: alle (gespreks)activiteiten gericht op verduidelijking van de klachten en van de zorgvraag.
- b. Verwerven informatie van eerdere behandelaars.
- c. Anamnese: het verzamelen van alle noodzakelijke diagnostische informatie bij de patiënt middels gesprekken en vragenlijsten.
- d. Hetero-anamnese: het verzamelen van alle noodzakelijke diagnostische informatie bij de partner, familie of andere relaties van de patiënt middels gesprekken en vragenlijsten.
- e. Psychiatrisch onderzoek.
- f. Psychodiagnostisch onderzoek (intelligentie, neuropsychologisch, persoonlijkheid).
- g. Orthodidactisch onderzoek.
- h. Vaktherapeutisch onderzoek.
- i. Contextueel onderzoek (gezin, school, et cetera): inschatten van de invloed/beperkingen/mogelijkheden van gezin, school of andere voor het kind/de jeugdige betekenisvolle milieus.
- j. Lichamelijk onderzoek.
- k. Aanvullend onderzoek (laboratorium, radiologie, klinische neurofysiologie, nucleaire geneeskunde). De behandelaar registreert de patiëntgebonden tijd die hij besteedt aan het aanvragen en (laten) uitvoeren van aanvullend onderzoek.
- l. Advisering: diagnostische bevindingen en beleidsadvies bespreken met betrokkenen en in gezamenlijkheid bepalen van het verdere beleid.
- m. Overige diagnostische activiteiten.

Op deze activiteiten wordt alle daarmee samenhangende direct en indirect patiëntgebonden tijd geschreven.

3. Behandeling

- a. Communicatieve behandeling: hieronder wordt iedere vorm van behandeling verstaan waarbij communicatie op zichzelf het belangrijkste instrument is om tot vermindering van klachten of symptomen te komen. Het begrip omvat wat vroeger ook wel 'gespreksbehandeling' werd genoemd, maar biedt tevens ruimte voor elektronische of schriftelijke communicatie en voor non-verbale communicatietechnieken.

De categorie communicatieve behandeling is onderverdeeld in de volgende groepen:

- i. Follow-up behandelingscontact: hierbij wordt het beloop van de klachten en symptomen vastgelegd in het vervolg op een eerder ingestelde behandeling van welke soort dan ook. Zo nodig wordt de eerder ingestelde behandeling aangepast en worden adviezen gegeven met betrekking tot het dagelijks functioneren van de patiënt.
- ii. Steunend en structurerend behandelingscontact: ter vermindering van klachten en symptomen en verandering van habituele gedragspatronen, wordt gericht gebruik gemaakt van empathie, confrontatie, cognitieve herordening en gedragsveranderende technieken.
- iii. Psychotherapie: is opgesplitst in een aantal mogelijke soorten psychotherapie. Met name die vormen zijn genoemd die steunen op de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek of op de professionele traditie. Daarnaast is een categorie 'overig' opgenomen (denk bijvoorbeeld aan vormen van psychotherapie die niet in de registratielijst worden genoemd zoals kinderspsychotherapie, familieopstellingen, milieutherapie et cetera).
- iv. Overige (communicatieve) behandelcontacten betreffen alle activiteiten die vallen onder

communicatieve behandeling maar niet zijn te plaatsen onder de hierboven genoemde groepen. Onder deze categorie kunnen we onder andere de volgende activiteiten rekenen: psycho-educatie, training patiënten, ouder-groepstraining, videohometraining, instructies, et cetera. Ook de somatische activiteiten en logopedie kunnen onder deze activiteit worden weggeschreven.

Op deze activiteiten wordt alle daarmee samenhangende patiëntgebonden tijd geschreven. Preventieve activiteiten die in het kader van het behandeltraject van de patiënt plaatsvinden, kunnen worden weggeschreven als directe tijd onder overige (communicatieve) behandelcontacten bijvoorbeeld leefstijltraining, educatieve behandeling et cetera.

- b. Farmacotherapie: dit betreft de medicamenteuze behandeling van psychiatrische en somatische aandoeningen bij patiënten (zowel klinisch als ambulante). Op deze activiteit wordt de directe en indirect patiëntgebonden tijd geschreven met betrekking tot het voorschrijven en toepassen van farmacotherapie (het consult).
- c. Fysische therapie: dit betreft de behandeling met behulp van fysische technieken. Daarbij worden fysische stimuli (zoals elektriciteit, magnetische golven et cetera) op (delen van) de hersenen gericht. De toediening van de stimuli kan binnen de schedel plaatsvinden, door de schedel heen of via afferente zenuwbanen. Deze vormen van behandeling zijn sterk in ontwikkeling. De volgende vormen van fysische therapie zijn opgenomen:
 - i. Electroconvulsietherapie
 - ii. Lichttherapie
 - iii. Transcraniële magnetische stimulatie
 - iv. Overig behandeling fysische technieken
 - v. Deep brain stimulation
 - vi. NeurofeedbackDe behandelaren registreren de door hen bestede patiëntgebonden tijd op deze activiteiten. Voor electroconvulsietherapie geldt dat de materiële kosten en de inzet van beroepen die niet voorkomen op de beroepentabel (bijvoorbeeld anesthesist, verkoeververpleegkundige) in kaart worden gebracht via registratie van een verrichting/behandeling ECT.
- d. Vaktherapie: dit is een verzamelnaam voor behandelingen die worden gekenmerkt door het non-verbale en ervaringsgerichte karakter. We onderscheiden daarbinnen de tijdsbesteding aan de volgende activiteiten:
 - i. Creatieve therapie, zoals dramatherapie, beeldende therapie, muziek- en danstherapie.
 - ii. Psychomotorische therapie, gericht op één of meerdere componenten van de elementen beweging, expressie en interactie.
- e. Fysiotherapie: op deze activiteit wordt de patiëntgebonden tijd geschreven met betrekking tot fysiotherapeutische behandeling zoals bedoeld in de NZa-tarievenlijst ziekenhuizen.
- f. Ergotherapie: op deze activiteit wordt de patiëntgebonden tijd geschreven met betrekking tot ergotherapeutische behandeling zoals bedoeld in de NZa-tarievenlijst ziekenhuizen.

4. Begeleiding

Begeleiding betreft methodisch verantwoorde beïnvloeding (doelgericht, bewust, procesmatig en systematisch) van een patiënt of patiëntstelsel, waarbij de verantwoording ligt bij de patiënt. In tegenstelling tot behandeling is het niet gericht op fundamentele verbetering maar op emotionele opvang, herstel of verbetering in sociaal functioneren geplaatst tegen de achtergrond van een reëel perspectief.

- a. Activerende begeleiding: dit omvat door een instelling te verlenen activerende activiteiten gericht op het herstel of voorkomen van verergering van gedrags- of psychische problematiek.
- b. Ondersteunende begeleiding (OB): omvat ondersteunende activiteiten in verband met een psychiatrische aandoening of beperking, gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving, te verlenen door een instelling. In de meeste gevallen zal OB niet onder de tweedelijns gespecialiseerde GGZ vallen. Het College voor Zorgverzekeringen geeft aan dat alleen de OB onder de Zorgverzekeringswet valt als deze strikt noodzakelijk is om de behandeling te laten slagen. OB is in dat geval namelijk een onlosmakelijk onderdeel van de behandeling (geneeskundige zorg) en dit betekent dat de behandelaar ook de OB direct aanstuurt. OB kan in dit geval naast de behandelactiviteit geregistreerd worden op de DBC van de betreffende patiënt. Pré-intake, intake en diagnostiek zijn onderdeel van de Zorgverzekeringswet. Deze activiteiten kunnen te allen tijde gevat worden in een DBC. Mocht de diagnosestelling leiden tot enkel ondersteunende begeleidingscontacten (al dan niet in combinatie met pré-intake en/of intake/diagnostiek en/of algemeen indirecte tijd en/of dagbesteding en/of verblijf zonder overnachting) dan wordt de DBC afgekeurd in de validatie. De DBC kan dan, mits de ondersteunende begeleidingscontacten zijn verwijderd, worden gesloten (afsluitreden 5).



5. Verpleging

Verpleging in het kader van de Zvw kan als onderdeel van geneeskundige zorg (artikel 2.4 Bzv) voorkomen. Werkzaamheden die verpleegkundigen verrichten in het kader van geneeskundige zorg, behoren tot de prestatie geneeskundige zorg. In artikel 2.10 Bzv wordt er op gewezen dat verpleging een onderdeel kan zijn van verblijf. Tot slot is verpleging als afzonderlijke prestatie mogelijk in verband met medisch-specialistische zorg, maar zonder verblijf (artikel 2.11 Bzv).

6. Algemeen indirecte tijd

- a. Zorgcoördinatie: zorgcoördinatie heeft ten doel om alle zorg die een individuele patiënt van de eigen instelling met complexe problematiek op enig moment nodig zou kunnen hebben voor hem/haar beschikbaar te kunnen maken en op elkaar af te stemmen. De tijdsbesteding aan alle activiteiten die in dit kader ten behoeve van deze individuele patiënt worden uitgevoerd, wordt op deze activiteit geregistreerd. Behandelaren kunnen hun tijd op de activiteit zorgcoördinatie verantwoorden indien er sprake is van coördinerende activiteiten ten behoeve van de patiënt 'over de muren van de afdeling of instelling heen'. Dit kan betrekking hebben op:
 - i. ofwel coördineren van de zorg van verschillende behandelaren of afdelingen binnen een instelling;
 - ii. ofwel coördineren van de zorg van de eigen zorginstelling en andere zorginstellingen en instanties.Alle overige coördinerende activiteiten die direct samenhangen met het uitvoeren van de op deze lijst genoemde activiteiten en verrichtingen, vallen hier dus niet onder. Tevens vallen hier niet onder de coördinerende activiteiten die voor groepen patiënten of voor de gehele instelling worden uitgevoerd.
- b. No show: het komt voor dat patiënten niet verschijnen op gemaakte afspraken zodat er 'loze ruimte' ontstaat in de agenda van de behandelaar. Dit wordt ook wel aangeduid als 'No show'. No show is een gepland patiëntcontact met een behandelaar, waarop de patiënt niet verschijnt, terwijl de patiënt niet binnen een (werkdag) termijn van 24 uur voorafgaand aan de afspraak heeft afgezegd. Voor het registreren van No show gelden volgende regels:
 - i. Op de activiteit 'No show' mag geen (in)directe tijd geschreven worden.
 - ii. In geval van 'No show' mag alleen reistijd als indirecte tijd worden geschreven. In dit geval gaat de behandelaar op huisbezoek en blijkt de patiënt om welke reden dan ook niet thuis te zijn/open te doen. Deze 'verloren' reistijd kan geregistreerd worden.
- c. Interne patiëntbespreking (MDO): onder een interne patiëntbespreking verstaan we de tijdsbesteding van een behandelaar aan het voeren van overleg met collega-behandelaren (dus binnen de eigen instelling) over de hulpverlening aan patiënten ter voorbereiding of naar aanleiding van de uitvoering van een activiteit of verrichting. Ten aanzien van de interne patiëntenbespreking, (het multidisciplinair overleg) geldt dat veelal sprake is van een groepsgewijze bespreking. Meerdere behandelaren bespreken meerdere patiënten tijdens een overleg. Alle behandelaren registreren de totale bestede tijd (totale duur van het MDO) op deze activiteit. Deze tijd wordt verdeeld over de DBC's van alle tijdens het MDO besproken patiënten.

Voorbeeld: er vindt een MDO plaats met drie behandelaren waar zes patiënten aan bod komen. Het MDO duurt 60 minuten. De drie behandelaren verdelen nu elk het door hen bestede uur MDO over alle zes besproken patiënten. Dat wil zeggen dat elke patiënt 10 minuten tijd krijgt bijgeschreven van elk van de drie behandelaren (dit betekent dat in totaal 30 minuten MDO wordt geregistreerd per DBC van de besproken patiënten). Feitelijk geldt hier de spelregel voor groepsbehandeling waarbij in dit geval meerdere behandelaren betrokken zijn.
- d. Extern overleg: de tijdsbesteding van een behandelaar die is gemeoid met het voeren van overleg met derden (dus buiten de eigen instelling) over de hulpverlening of naar aanleiding daarvan (bijvoorbeeld: een consult dat plaatsvindt tussen een behandelaar en een leraar over een kind dat in behandeling is).
- e. Verslaglegging algemeen: verslaglegging algemeen zoals correspondentie over of namens de patiënt of een ontslagbrief.
- f. Activiteiten i.v.m. juridische procedures (IBS, Bopz): administratieve activiteiten, correspondentie, et cetera in verband met juridische of gerechtelijke procedures van een patiënt.
- g. Regelen tolken: de tijdsbesteding van een behandelaar die is gemeoid met het regelen van een tolk voor een activiteit of verrichting die face-to-face wordt uitgevoerd. Met betrekking tot het regelen van een doventolk kan er algemeen indirecte tijd geregistreerd kan worden echter uitsluitend voor 'niet planbare' zorg.

Crisis

Deze activiteiten kunnen geregistreerd worden als er sprake is van een crisisinterventie. Alleen *instellingen met een 24-uurs crisisdienst met een regionale functie* kunnen deze activiteiten registreren. Een crisissituatie betreft een acute situatie die volgens één van beide partners direct ingrijpen



noodzakelijk maakt ten einde direct gevaar voor de verwarde persoon of de omgeving af te wenden, dan wel om ernstige overlast te beëindigen. De acute situatie 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 suicide of ernstige verwardheid als gevolg van een organische hersenaandoening.²⁷

- a. Crisiscontact binnen kantooruren: een patiëntgebonden contact bij acute en/of niet-geplande problematiek, dat plaatsvindt in het kader van de 7x24-uurs dienst op maandag tot en met vrijdag, niet zijnde een feestdag, waarbij de (indirect of direct) patiëntgebonden tijd 50% of meer valt binnen de periode van 08.00–18.00 uur.
- b. Crisiscontact buiten kantooruren: een patiëntgebonden contact bij acute en/of niet-geplande problematiek, dat plaatsvindt in het kader van de 7x24-uurs dienst op zaterdagen, zondagen en feestdagen en ieder patiëntgebonden contact bij acute problematiek in het kader van de 7x24-uurs dienst op werkdagen waarbij de (indirect of direct) patiëntgebonden tijd voor meer dan 50% valt buiten de periode van 08.00–18.00 uur.
- c. Intake en screening crisisinterventie: alle (gesprek)activiteiten gericht op verduidelijking van de klachten en van de crisisinterventie.
- d. Psychiatrisch onderzoek crisisinterventie: alle activiteiten in het kader van een psychiatrisch onderzoek tijdens de intake van de crisisinterventie, ter ondersteuning van de gegevensverzameling.
- e. Farmacotherapie crisisinterventie: dit betreft de medicamenteuze behandeling van psychiatrische en somatische aandoeningen bij patiënten tijdens een crisisinterventie. Op deze activiteit wordt de directe en indirect patiëntgebonden tijd geschreven met betrekking tot het voorschrijven en toepassen van farmacotherapie.
- f. Steunend en structurerend crisiscontact: dit contact is vooral gericht op de stabilisatie van de patiënt tijdens de crisisinterventie en op het voorkomen van verergering van gedrag- of psychische problematiek.

Verblijf

1. Verblijf met overnachting (24-uurs verblijf)

Verblijf inclusief overnachtingen wordt geregistreerd in aanwezigheidsdagen. Er is sprake van aanwezigheid indien de patiënt gedurende de dag aanwezig is in de instelling. Indien de patiënt na 20.00 uur wordt opgenomen kan geen verblijfsdag meer worden geregistreerd. De patiënt is dan niet gedurende de dag aanwezig geweest. Afwezigheidsdagen (bijvoorbeeld voor weekend- of vakantieverlof) worden niet geregistreerd op de DBC van de patiënt.

Artikel 2.10 Bzv

1. *Verblijf omvat verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.*
2. *Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen.*
3. *In afwijking van het tweede lid tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wel mee voor de berekening van de 365 dagen.*

2. Verblijf zonder overnachting

VZO wordt geregistreerd in aanwezigheidsdagen. Er is sprake van aanwezigheid indien de patiënt een aantal uur aanwezig is, gemiddeld tussen 9.00 en 17.00 uur. De patiënt ontvangt gedurende de dag diverse vormen van diagnostiek en behandeling, maar verblijft 's nachts niet in de instelling. Deze deelprestatie is bedoeld voor patiënten waarbij ondersteuning van verblijf met een VOV-functie noodzakelijk is voor een goed verloop van de diagnostiek en behandeling. VZO mag alleen geregistreerd worden, indien er voldaan is aan de registratie van minimaal twee direct patiëntgebonden activiteiten in de hoofdgroep diagnostiek en/of behandeling of de verrichting ECT en indien er niet meer dan vier uur direct patiëntgebonden tijd is geleverd.

Dagbesteding

Het doel van dagbesteding is het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid van de patiënt. Binnen de gespecialiseerde GGZ is het van belang dat de dagbesteding:

- a. altijd in het kader is van de (psychiatrische) behandeling en;
- b. terug te vinden is in het behandelplan van de patiënt da is opgesteld door de hoofdbehandelaar.

²⁷ Zie voor meer informatie het landelijk Convenant Politie – GGZ 2012.



Dagbesteding wordt geregistreerd op basis van uren aanwezigheid.

1. Dagbesteding sociaal (ontmoeting)

De meest basale functie van een dagactiviteitencentrum is de ontmoetingsfunctie. De inlooffunctie is de meest 'laagdrempelige' functie in het kader van dag- en arbeidsmatige activiteiten. Het gaat dan ook vooral om de beschikbaarheidsfunctie. Dat betekent dat aan deelnemers over het algemeen geen stringente eisen worden gesteld voor wat betreft de deelname aan de inloop.

2. Dagbesteding activering

Dit gaat verder dan alleen anderen ontmoeten en betreft deelname aan recreatieve, creatieve of sportieve activiteiten. Teken en schilderen bijvoorbeeld, maar ook gipsgieten, kleding maken, tuinieren, voetballen, zwemmen of sjoelen. (Re)creatieve activiteiten worden over het algemeen groepsgewijs aangeboden. De deelname is niet verplicht, maar is minder vrijblijvend dan bij dagbesteding sociaal. Het aantal patiënten varieert per type (re)creatieve activiteit van enkele patiënten tot wel twintig. Voor incidentele activiteiten, zoals jaarlijkse uitstapjes, kan het aantal patiënten nog groter zijn.

3. Dagbesteding educatie

Te denken valt aan een computercursus, een cursus boekbinden, lijsten maken, gitaarspelen, tekenen, bloemschikken, drama en toneel enzovoorts. Ook bij de educatieve activiteiten is er over het algemeen sprake van een vast weekprogramma en een groepsgewijs aanbod. Deelname is niet verplicht, maar het is de bedoeling dat de patiënten er iets van opsteken en daarom is deelname minder vrijblijvend dan bij de recreatieve activiteiten.

4. Dagbesteding arbeidsmatig

Arbidsmatige activiteiten zijn gestructureerde activiteiten. Begeleiders en deelnemers maken afspraken over de werkzaamheden die verricht zullen worden. De activiteiten zijn gericht op het opdoen van arbeidsvaardigheden en -ervaring. De zorginstelling kan een functie vervullen in de begeleiding van patiënten die aan het werk willen in het reguliere arbeidsproces. Het gaat hierbij om onbetaalde werkzaamheden, soms wordt een (beperkte) onkostenvergoeding verstrekt. Er zijn duidelijke afspraken gemaakt over het aantal dagdelen dat de patiënt werkzaam is en het tijdstip waarop de werkzaamheden verricht worden. De volgende punten zijn hierbij van belang:

- a. arbeidsmatige activiteiten hebben betekenis in het kader van persoonlijke ontplooiing en verkenning van individuele mogelijkheden (bijvoorbeeld gericht op het opdoen van arbeidservaring of op het toeleiden naar een (on-)betaalde baan);
- b. arbeidsmatige activiteiten zijn gericht op het aanleren en/of onderhouden van arbeidsvaardigheden (het DAC als stimulerend oefenmilieu);
- c. arbeidsmatige activiteiten zijn gericht op persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met psychiatrische en/of psychische problemen en dragen op die manier bij aan de bevordering van maatschappelijke (her)integratie;
- d. arbeidsmatige activiteiten hebben een stabiliserend effect op het dagelijks leven van de patiënten en dragen op die manier bij aan het voorkomen van isolement, terugval en decompensatie.

Essentieel voor arbeidsmatige activiteiten is:

- a. dat er een overeenkomst (mondeling dan wel schriftelijk) bestaat tussen de individuele patiënt en de organisatie waarin geregeld is wat er van elkaar wordt verwacht;
- b. dat er sprake is van activiteiten die gericht zijn op een toeleidingstraject naar (betaalde of onbetaalde) arbeid in een andere setting of dat er sprake is van arbeidsmatige activiteiten als dagbesteding die plaats blijven vinden in het activiteitencentrum.

5. Dagbesteding overig

Alle dagbesteding die niet onder dagbesteding sociaal, activering, educatie of arbeidsmatig valt, maar wel wordt ingezet in het kader van de behandeling van een patiënt met een bepaalde primaire diagnose, kan onder dagbesteding overig worden geregistreerd.

Pré-intake, intake en diagnostiek zijn onderdeel van de Zorgverzekeringswet. Deze activiteiten kunnen te allen tijde geregistreerd worden op een DBC. Mocht de diagnosestelling leiden tot enkel dagbesteding (al dan niet met Ondersteunende begeleidingscontacten), dan kan er geen aanspraak gemaakt worden op de Zvw en dient de DBC te worden afgesloten met afsluitreden 5. Een DBC met uitsluitend dagbesteding (al dan niet in combinatie met pré-intake, intake/diagnostiek, algemeen indirecte tijd,



ondersteunende begeleidingscontacten en/of verblijf zonder overnachting) wordt afgekeurd in de validatie.

Verrichtingen

Verrichtingen worden geregistreerd in aantallen: ECT per behandeling en Methadon per maand waarin de stof Methadon ambulante is verstrekt.

1. ECT

De materiële kosten en de inzet van behandelaren die niet voorkomen op de beroepentabel (zoals de anesthesist) worden in kaart gebracht via de registratie van het aantal behandelingen ECT.

2. Methadon (ambulante verstrekking per maand)

Wanneer Methadon aan een patiënt wordt verstrekt, wordt dit per maand geregistreerd op de DBC van de patiënt. Ambulante verstrekking in een maand wordt gezien als één verrichting. Dit is ongeacht de hoeveelheid en frequentie van de ambulante Methadonverstrekking in die maand. Een DBC met een verrichting Methadon (ambulante verstrekking per maand) dient altijd de activiteit farmacotherapie te bevatten. DBC's met de verrichting Methadon (ambulante verstrekking per maand) zonder de activiteit farmacotherapie vallen uit in de validatie.

3. Beschikbaarheidscomponent 24-uurs crisiszorg

Deze verrichting vergoedt de extra kosten voor de beschikbaarheidsfunctie van de crisisdienst en de salaristoelagen voor het werk van behandelaar buiten kantooruren. De verrichting mag maar één keer per crisis-DBC geregistreerd worden en alleen door *instellingen met een 24-uurs crisisdienst met een regionale functie*. Een beschikbaarheidscomponent voor 24-uurs crisiszorg kan enkel geregistreerd worden op een crisis-DBC die directe tijd bevat. Een crisis-DBC bevat altijd de activiteiten van de categorie 'crisiscontacten' én de verrichting 'Beschikbaarheidscomponent voor 24-uurs crisiszorg'. Is dat niet het geval, dan valt de DBC uit in de validatie.



BIJLAGE VI – BEROEPENTABEL

Hoofdbehandelaar en behandelaren

De hoofdbehandelaar is een zorgverlener die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij de patiënt de diagnose stelt en door wie of onder wiens verantwoordelijkheid de behandeling plaatsvindt. Dit houdt in dat de hoofdbehandelaar verantwoordelijk is voor alle acties die in het kader van de behandeling van een patiënt gedurende het gehele DBC-traject plaatsvinden. Behandelaren die geen hoofdbehandelaar zijn (en dus geen patiënten typeren) registreren alleen activiteiten en verrichtingen. Een hoofdbehandelaar is vaak ook behandelaar en registreert dus ook activiteiten en verrichtingen.

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/functie-differentiatie 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>
MB.BG.basis	MB – Arts	Arts (waaronder Agio/Agnio)
<i>MB.SF</i>	<i>Specialisatie/functiedifferentiatie (SF)</i>	<i>Specialisatie/functiedifferentiatie</i>
MB.SF.vslarts	MB – Arts versl	Arts verslavingszorg
MB.SF.sger	MB – Soc. Geriater	Sociaal geriater
MB.SF.overig	MB – SF overig	Overig medisch SF
<i>MB.SP</i>	<i>Specialisme (SP)</i>	<i>Specialisme (SP)</i>
MB.Sp.Psych	MB – Psychiater	Psychiater
PT	Psychotherapeutische beroepen	Psychotherapeutische beroepen
<i>PT.BG</i>	<i>Basisberoep Gezondheidszorg (BG)</i>	<i>Basis beroep Gezondheidszorg (BG)</i>
PT.BG.psth	PT – psychoth	Psychotherapeut
AG	Agogische beroepen	Agogische beroepen
<i>AG.BI</i>	<i>Basisberoep initieel (BI)</i>	<i>Basis beroep gezondheidszorg (BG)</i>
AG.BI.mwd	AG – MWD	Maatschappelijk werkende (MWD)
AG.BI.sph	AG – SPH	Sociaal Pedagogisch Hulpverlener (SPH)
<i>AG.BG</i>	<i>Basisberoep Gezondheidszorg (BG)</i>	<i>Basis beroep Gezondheidszorg (BG)</i>
AG.BG.agoog	AG – agoog	Ggz-agoog
<i>AG.SF</i>	<i>Specialisatie/functiedifferentiatie (SF)</i>	<i>SF Specialisatie/functiedifferentiatie</i>
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
<i>PB.BI</i>	<i>Basisberoep initieel (BI)</i>	<i>Basisberoep initieel (BI)</i>
PB.BI.ped	PB – Pedagoog	Pedagoog (waaronder orthopedagoog)
PB.BI.gzkd	PB – Gezondheidskundige	Ggz gezondheidskundige
PB.BI.psy	PB – Psycholoog	Psycholoog (geen verdere specialisatie)
<i>PB.BG</i>	<i>Basisgroep Gezondheidszorg (BG)</i>	<i>Basisgroep Gezondheidszorg (BG)</i>
PB.BG.gzpsy	PB – Gz-psycholoog	Gz-psycholoog
<i>PB.SF</i>	<i>Specialisatie/functiedifferentiatie (SF)</i>	<i>Specialisatie/functiedifferentiatie</i>
PB.SF.gedrth	PB – gedragsth	Geragsttherapeut
PB.SF.kjth	PB – kj.therap	K&J therapeut
PB.SF.overig	PB – SF overig	Overige psychologische SF
<i>PB.SP</i>	<i>Specialisme (SP)</i>	<i>Specialisme (SP)</i>
PB.SP.klinps	PB – klinpsych	Klinisch psycholoog
PB.SP.klinneuropsych	PB – klin.neuropsych	Klinisch neuropsycholoog
VK	Vaktherapeutische beoepen	Vaktherapeutische beoepen
<i>VK.BI</i>	<i>Basisberoep initieel (BI)</i>	<i>Basisberoep initieel (BI)</i>
VK.BI.pmt	VK – PMT	Vaktherapeut psychomotorisch (PMT)
VK.BI.ct	VK – CT	Vaktherapeut creatief (CT)
<i>VK.BG</i>	<i>Basisberoep Gezondheidszorg (BG)</i>	<i>Basis beroep Gezondheidszorg (BG)</i>
VK.BG.vakth	VK – Gz-vakth	Gz-vaktherapeut
<i>VK.SF</i>	<i>Specialisatie/functiedifferentiatie (SF)</i>	<i>Specialisatie/functiedifferentiatie</i>
VK.SF.vakth	VK – Ggz vakth	Ggz-vaktherapeut
VK.SF.overig	VK – SF overig	Overig vaktherapeutisch SF
VB	Verpleegkundige beroepen	Verpleegkundige beroepen
<i>VB.BG</i>	<i>Basisberoep Gezondheidszorg (BG)</i>	<i>Basisberoep Gezondheidszorg (BG)</i>
VB.BG.vrplk	VB – vrplk	Verpleegkundige (art.3)
<i>VB.F</i>	<i>Specialisatie/functiedifferentiatie (SF)</i>	<i>Specialisatie/functiedifferentiatie</i>
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
<i>VB.SP</i>	<i>Specialisme (SP)</i>	<i>Specialisatie/functiedifferentiatie</i>
VB.SP.vrplsp	VB – vrplk.spec	Ggz verpleegkundig specialist
OV	Somatische beroepen (Wet BIG)	Somatische beroepen
<i>OV.BG</i>	<i>Basisberoep Gezondheidszorg (BG)</i>	<i>Basisberoep Gezondheidszorg (BG)</i>
OV.BG.fysio	OV – Fysioth	Fysiotherapeut



Funciecode	Korte functiebeschrijving	Uitgebreide functiebeschrijving
OV.BG.ergo	OV – Ergoth	Ergotherapeut
OV.BG.diet	OV – Diëtist	Diëtist
OV.BG.logo	OV – Logopedist	Logopedist
OV.SP	<i>Specialisme (SP)</i>	<i>Specialisatie/functiedifferentiatie</i>
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 VII – DEELPRESTATIES VERBLIJF (MET EN ZONDER OVERNACHTING)

DEELPRESTATIE VERBLIJF A (LICHTE VERZORGINGSGRAAD)	
Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een <u>lichte</u> verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. De behoefte aan begeleiding ¹ door het VOV personeel ² is <u>beperkt</u> . De nadruk ligt op het zelfoplossend vermogen en zelfregie van de patiënten. VOV personeel is op afstand oproepbaar. Voor zover patiënten mobiliteitsproblemen hebben vergen deze geen extra verzorging of toezicht. Wat betreft de zelfstandigheid in de ADL ³ /BDL ⁴ is er <u>geen</u> begeleiding noodzakelijk. De zelfredzaamheid van de patiënten is groot.
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt doorgaans niet meer dan 0,3 netto ⁵ fte ⁶ per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	Het merendeel van de patiënten gaat in het kader van het behandelplan regelmatig enkele dagen (weekend of doordeweeks) naar het eigen huis en maakt dan geen gebruik van de verblijfsfaciliteiten.
Toezicht/beveiliging	Patiënten kunnen zonder toestemming de setting verlaten, tenzij er vrijheidsbeperkende maatregelen zijn opgelegd.
Fysieke setting/Kenmerken huisvesting	Open setting voor basis verblijf zonder aanpassingen. Voor mobiliteit geldt een algemene toeslag voor rolstoel gebruik.

¹ Onder begeleiding is mede begrepen: verzorging en bescherming/structurering.

² VOV personeel staat voor Verzorgend Opvoedkundig en Verplegend personeel en is in deze context uitwisselbaar met de term '24-uurscontinuïteitsdienst'.

³ ADL staat voor Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (bv. wassen, aankleden, eten, toiletgang).

⁴ BDL staat voor Bijzondere Dagelijkse Levensverrichtingen (bv. huishoudelijk werk, koken, administratie doen, gebruikmaken van het openbaar vervoer).

⁵ Netto staat voor: ingeroosterd/fysiek aanwezig zorgverlenend VOV-personeel.

⁶ Fte staat voor fulltime-equivalent en staat gelijk aan 1 volledige werkweek.

DEELPRESTATIE VERBLIJF B (BEPERKTE VERZORGINGSGRAAD)	
Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een <u>beperkte</u> verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. De behoefte aan begeleiding ¹ door het VOV personeel is <u>beperkt</u> . De nadruk ligt op het zelfoplossend vermogen en zelfregie van de patiënten. VOV personeel is op afstand oproepbaar. Wat betreft de zelfstandigheid in de ADL/BDL is er <u>beperkte</u> begeleiding noodzakelijk. De zelfredzaamheid van de patiënten is groot. Wel zijn stimulatie en <u>toezicht</u> door het VOV personeel noodzakelijk.
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt doorgaans meer dan 0,3 netto fte tot en met 0,5 netto fte per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	Het merendeel van de patiënten gaat in het kader van het behandelplan regelmatig enkele dagen (weekend of doordeweeks) naar het eigen huis en maakt dan geen gebruik van de verblijfsfaciliteiten.
Toezicht/beveiliging	Het betreft een overwegend open setting die licht beschermend is, waar het grootste deel van de patiënten met toestemming de setting mag verlaten. Voor een deel van de patiënten geldt dat vrijheidsbeperkende maatregelen zijn opgelegd.
Fysieke setting/Kenmerken huisvesting	Open setting voor basis verblijf zonder aanpassingen. Voor mobiliteit geldt een algemene toeslag voor rolstoel gebruik.

¹ Onder begeleiding is mede begrepen: verzorging en bescherming/structurering

DEELPRESTATIE VERBLIJF C (MATIGE VERZORGINGSGRAAD)	
Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een <u>matige</u> verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. De behoefte aan begeleiding ¹ door het VOV personeel is <u>matig</u> . De nadruk ligt op het zelfoplossend vermogen. De begeleiding wordt in de <u>nabijheid</u> van/in het gebouw verstrekt. Wat betreft de zelfstandigheid in de ADL/BDL is er begeleiding op aanvraag/behoefte nodig. Wel zijn beperkte begeleiding/zorg en <u>toezicht</u> door het VOV personeel noodzakelijk.
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt doorgaans meer dan 0,5 netto fte tot en met 0,7 netto fte per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	Het merendeel van de patiënten blijft doordeweeks dan wel in het weekend in de kliniek.
Toezicht/beveiliging	Het betreft hoofdzakelijk een open setting die matig beschermend is, waar het grootste deel van de patiënten met toestemming de setting mag verlaten. Voor een deel van de patiënten geldt dat vrijheid beperkende maatregelen zijn opgelegd.
Fysieke setting/Kenmerken huisvesting	Hoofdzakelijk open setting met geringe aanpassingen. Voor mobiliteit geldt een algemene toeslag voor rolstoel gebruik.

¹ Onder begeleiding is mede begrepen: verzorging en bescherming/structurering



DEELPRESTATIE VERBLIJF D (GEMIDDELDE VERZORGINGSGRAAD)

Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een <u>gemiddelde</u> verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. VOV Personeel is direct beschikbaar. De nadruk ligt op het aanbieden van oplossingen. Wat betreft de zelfstandigheid is er wisselende begeleiding op aanvraag/behoefte noodzakelijk. De zelfredzaamheid van de patiënten is wisselend. Wat betreft de ADL/BDL zijn <u>begeleidende zorg</u> en <u>structureel toezicht</u> noodzakelijk.
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt doorgaans meer dan 0,7 netto fte tot en met 1,0 netto fte per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	Het merendeel van de patiënten blijft doordeweeks dan wel in het weekend in de kliniek.
Toezicht/beveiliging	Vrijheid beperkende maatregelen zijn op een groot gedeelte van de patiënten van toepassing. Patiënten verblijven voornamelijk in een besloten setting die gemiddeld tot intensieve bescherming biedt.
Fysieke setting/Kenmerken huisvesting	In belangrijke mate gesloten setting met geringe aanpassingen. Voor mobiliteit geldt een algemene toeslag voor rolstoel gebruik.

DEELPRESTATIE VERBLIJF E (INTENSIEVE VERZORGINGSGRAAD)

Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een <u>intensieve</u> verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. VOV Personeel is direct beschikbaar. Opschaling is mogelijk. De nadruk ligt op het aanbieden van oplossingen. Wat betreft de zelfstandigheid in het ADL/BDL is er <u>structureel</u> begeleiding op aanvraag/behoefte nodig. De zelfredzaamheid van de patiënten is <u>wisselend</u> . Wel is er <u>volledige begeleidende zorg</u> en permanent (opvoedkundig) <u>toezicht</u> door het VOV personeel noodzakelijk.
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt doorgaans meer dan 1,0 netto fte tot en met 1,3 netto fte per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	De patiënten blijven tijdens de duur van de behandeling in de kliniek.
Toezicht/beveiliging	Vrijheid beperkende maatregelen zijn op een groot gedeelte van de patiënten van toepassing. Patiënten verblijven veelal in een gesloten setting met matig intensieve bescherming, waarbij het grootste deel van de patiënten de setting niet zonder toestemming mag verlaten.
Fysieke setting/Kenmerken huisvesting	Overwegend gesloten setting met geringe aanpassingen. Voor mobiliteit geldt een algemene toeslag voor rolstoel gebruik.

DEELPRESTATIE VERBLIJF F (EXTRA INTENSIEVE VERZORGINGSGRAAD)

Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een <u>intensieve</u> verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. VOV Personeel is <u>permanent</u> beschikbaar. In voorkomende gevallen wordt hulp door personeel andere afdelingen geboden. De nadruk ligt op het opleggen van oplossingen. Wat betreft de zelfstandigheid in het ADL/BDL is er <u>permanente begeleiding</u> nodig. De zelfredzaamheid van de patiënten is laag. Een gedeeltelijk overname van zorg en permanent (opvoedkundig) <u>toezicht</u> door VOV-personeel is noodzakelijk. Patiënten vertonen over het algemeen gedragsproblemen/agressie, dan wel verstoringen in het functioneren. In het algemeen is sprake van intensieve dagelijkse begeleiding en dag-structurering.
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt doorgaans meer dan 1,3 netto fte tot en met 1,7 netto fte per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	De patiënten blijven tijdens de gehele duur van de behandeling in de kliniek.
Toezicht/beveiliging	Vrijheid beperkende maatregelen zijn op een groot gedeelte van de patiënten van toepassing. Patiënten verblijven voor een belangrijk deel in een gesloten setting, beschermend en beveiligd, waarbij het grootste deel van de patiënten zich niet aan het toezicht kan onttrekken.
Fysieke setting/Kenmerken huisvesting	Overwegend gesloten setting met aanpassingen voor onder andere gedragsproblematiek. Er zijn aparte dan wel afzonderingsruimtes aanwezig. Voor mobiliteit geldt een algemene toeslag voor rolstoel gebruik.



DEELPRESTATIE VERBLIJF G (ZEER INTENSIEVE VERZORGINGSGRAAD)

Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een <u>zeer intensieve</u> verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. VOV Personeel is <u>permanent</u> beschikbaar met een dubbele bezetting. De nadruk ligt op het opleggen van oplossingen. Wat betreft de zelfstandigheid in ADL/BDL is er <u>permanente en dubbele begeleiding</u> nodig. De zelfredzaamheid van de patiënten is zeer laag. Er is volledige overname van zorg en permanent <u>toezicht</u> door het VOV-personeel noodzakelijk. Patiënten <u>vertonen</u> over het algemeen ernstige gedragsproblemen/agressie, dan wel ernstige verstoringen in het psycho-sociale functioneren. In het algemeen is sprake van intensieve dagelijkse begeleiding en dagstructurering, met continu individueel (opvoedkundig) toezicht.
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt doorgaans meer dan 1,7 netto fte per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	De patiënten blijven tijdens de gehele duur van de behandeling in de kliniek.
Toezicht/beveiliging	Het betreft een gesloten setting, zwaar beveiligd, waarbij het grootste deel van de patiënten de setting niet mag verlaten en waar het grootste deel van de patiënten zich niet aan het toezicht kan onttrekken.
Fysieke setting/Kenmerken huisvesting	Gesloten setting met aanpassingen voor onder andere gedragsproblematiek. Er zijn separaat dan wel afzonderingsruimtes aanwezig. Voor mobiliteit geldt een algemene toeslag voor rolstoel gebruik.

DEELPRESTATIE VERBLIJF ZONDER OVERNACHTING (VZO)

Verblijfszorg: Bij deze patiëntengroep is een klinisch verblijf met overnachting niet, maar voortgezette intensieve psychiatrische behandeling met verblijf in de instelling wel noodzakelijk. Tijdelijk worden meerdere behandelingen gedurende de dag aangeboden waarbij spreiding over de dag noodzakelijk is. Vanwege de intensiteit van deze medisch noodzakelijke behandelmomenten is aanvullende begeleiding ¹ noodzakelijk om het verhoogde risico op ontregeling te beperken, dan wel adequate maatregelen te nemen zodat de psychiatrische behandeling en de stabilisatie van psychische functies succesvol kunnen verlopen. De psychiatrische stoornis heeft de sociale redzaamheid en dagritme ontregeld en begeleide dagstructuur is voorwaarde voor een succesvolle psychiatrische behandeling en stabilisatie van psychische functies. Het risico van terugval naar volledig verblijf met overnachting is aanwezig. Als onderdeel van het behandelplan is naast behandeling ook begeleiding noodzakelijk ten aanzien van cognitieve/psychische functies. Dit speelt met name bij herstel van de zelfzorg, concentratie, geheugen en denken, motivatie en het psycho-sociaal welbevinden.	Inzet VOV personeel: Het proces om te komen tot herstel van een zelfstandig geregisseerde dagstructuur wordt verzorgd door disciplines die meestal geen tijd als behandelaar schrijven in de DBC's (de VOV-functies). Bij volwassenen is primair herstel van een zelfstandig geregisseerde dagstructuur noodzakelijk voor een succesvolle behandeling. In de kinder- en jeugd dagklinieken is het milieu belangrijk voor succesvolle behandeling. De VOV is een mix van groepstherapeutisch, gedragstherapeutisch of gezinstherapeutisch medewerker. Die werken onder supervisie van een hoofdbehandelaar. Er wordt minimaal 1 uur gedurende de duur van de dagbehandeling (verspreid over de dag) ingezet ² .
--	---

¹ VZO wordt gezien als een vorm van begeleiding. Het is hierdoor niet toegestaan om VZO in combinatie met specifieke begeleidingsactiviteiten (code 4.x) te registreren. Ook kan VZO, op één kalenderdag, niet met de volgende activiteiten geregistreerd worden: verpleging (code 5.x), prestatie verblijf met overnachting (code 8.8.x), dagbesteding (code 9.x) en een verrichting beschikbaarheidcomponent 24-uurs crisiszorg (code 10.3).

² Per kalenderdag kan maximaal 1 deelprestatie VZO worden geregistreerd.