



Generalistische basis-ggz

Vastgesteld op 14 juni 2016
REGELING NR/REG-1716

Gelet op de artikelen 36, 37, 38 en artikel 40, vierde lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd tot het vaststellen van regels over de generalistische basis-ggz.

1. Reikwijdte

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

2. Doel

Het doel van deze regeling is om voorschriften te stellen voor de generalistische basis-ggz over:

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

3. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

3.1 Prestatie:

Met prestatie wordt in deze regeling bedoeld:

- (een van) de vier prestaties als omschreven in de beleidsregel generalistische basis-ggz:
 - generalistische basis-ggz Kort (BK)
 - generalistische basis-ggz Middel (BM)
 - generalistische basis-ggz Intensief (BI)
 - generalistische basis-ggz Chronisch (BC)
- de prestatie Onvolledig behandeltraject als omschreven in artikel 4.3 van de beleidsregel generalistische basis-ggz;
- het ovp niet-basispakketzorg Consult en de ovp niet-basispakketzorg Verblijf als genoemd in artikel 6 van de beleidsregel generalistische basis-ggz.
- de overige prestaties als genoemd in artikel 7 van de beleidsregel generalistische basis-ggz.

3.2 Zorgaanbieder:

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

3.3 Regiebehandelaar:

Regiebehandelaars in de generalistische basis-ggz zijn BIG-geregistreerd en hebben een ggz-specifieke opleiding gevolgd. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen 'vrijgevestigden' en instellingen'.

Vrijgevestigden

De volgende beroepen kunnen als vrijgevestigde voorkomen als regiebehandelaar:

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

Instellingen

De volgende beroepen kunnen binnen een instelling voorkomen als regiebehandelaar:

- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog
- Psychotherapeut
- GZ-psycholoog
- Specialist ouderengeneeskunde
- Verslavingsarts in profielregister KNMG
- Klinisch geriater



– Verpleegkundig specialist ggz

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

Ontheffingsregeling regiebehandelaarschap bij overgang vanuit Jeugdwet

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

– Kinder- en Jeugdpsycholoog

– Orthopedagoog generalist

Deze ontheffing geldt uitsluitend voor de behandeling die afgerond moet worden zodra een patiënt de 18 jarige leeftijd heeft bereikt. De uitzondering is daarom alleen van toepassing op de eerste prestatie in de generalistische basis-ggz die voor deze patiënt geopend wordt na het bereiken van 18-jarige leeftijd.

Uitbreiding regiebehandelaarschap bij toegekende experimenteerruimte

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

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

3.4 Medebehandelaar:

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

Op de medebehandelaar die een beroep vervult genoemd in de Beroepentabel ggz (zie bijlage bij de Regeling gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg) zijn de verplichtingen als gesteld in onderhavige regeling van toepassing.

3.5 Generalistische basis-ggz:

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

3.6 Behandeltraject:

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

3.7 Startdatum behandeltraject:

De startdatum van het behandeltraject wordt bepaald door de datum waarop de behandelaar voor het eerst direct en/of indirect patiëntgebonden tijd besteedt aan de betreffende patiënt.

3.8 Patiëntprofiel:

Beschrijving van de kenmerken waarvoor de prestatie geschikt wordt geacht. Het patiëntprofiel is een weergave van de zorgvraagzwaarte van de patiënten per prestatie. Het patiëntprofiel is gebaseerd op de volgende criteria: DSM stoornis, ernst problematiek, risico, complexiteit en beloop klachten. De patiëntprofielen samen vormen een afspiegeling van de totale doelgroep van de generalistische basis-ggz en de zorgvraagzwaarte.

3.9 Behandelcomponent:

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

3.10 Onderlinge dienstverlening:

Zorg als bedoeld in artikel 1 van de Wmg, die door een zorgaanbieder wordt verleend als onderdeel van een door een andere zorgaanbieder uit te voeren prestatie op het gebied van de generalistische basis-ggz. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'.

3.11 Consultatie:

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

3.12 Beleidsregel:

Beleidsregel generalistische basis-ggz.

3.13 Groepssessie:

Behandelvorm waarbij meerdere patiënten in groepsverband worden behandeld.

3.14 Overige product (ovp) niet-basispakketzorg Consult:



Consult waarin de zorgaanbieder de patiënt gedurende een onafgebroken tijdsspanne voor één of meerdere indicaties begeleidt, adviseert en/of behandelt. Deze prestatie is bedoeld voor patiënten die onverzekerde generalistische basis-ggz ontvangen die wel zorg is als omschreven in de Wmg. Dit is inclusief tijdsbesteding die uit dit contact voortvloeit. Het maximumtarief voor dit ovp is gebaseerd op een consult van 60 minuten.

3.15 *Overig Product (ovp) niet-basispakketzorg Verblijf:*

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

3.16 *Zorgvraagzwaarte:*

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

3.17 *DSM stoornis:*

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

3.18 *Hoofdgroepen:*

DSM diagnosetyperingen zijn ingedeeld in bepaalde hoofdgroepen. Er zijn in totaal 14 hoofdgroepen. Dit zijn:

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

3.19 *Patiëntgebonden activiteiten:*

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

3.20 *Niet-patiëntgebonden activiteiten:*

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

3.21 *Direct patiëntgebonden tijd:*

Tijd waarin een behandelaar, in het kader van de diagnostiek of behandeling, contact heeft met de patiënt of met familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten (het systeem) van de patiënt. Hier valt face-to-face, telefonisch en elektronisch contact via e-mail of internet onder (chatten, Skype, etcetera).

3.22 *Indirect patiëntgebonden tijd:*

Tijd die de behandelaar besteedt aan zaken rondom een contactmoment waarbij de patiënt (of het systeem van de patiënt) zelf niet aanwezig is. Onder indirect patiëntgebonden tijd valt bijvoorbeeld: het voorbereiden van een activiteit, verslaglegging in het kader van een activiteit, reistijd van en naar de patiënt, multidisciplinair overleg of eindverslaglegging van een behandeltraject.

3.23 *Lekenomschrijving:*

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

3.24 *Audit-trail:*

Zodanige vastlegging van gegevens dat het spoor van basisgegevens naar eindgegevens en omgekeerd achteraf door een externe accountant of, afhankelijk van de aard van de gegevens door de medisch adviseur, kan worden gevolgd en gecontroleerd.

3.25 *Instelling:*

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

Classificatiecode	Omschrijving
06	Groep 06 Ziekenhuizen
06-29	Groep 06-29 Psychiatrisch Ziekenhuis



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

4. Algemene bepaling regiebehandelaarschap

- 4.1 Zoals vermeld in artikel 3.3 wordt voor het regiebehandelaarschap (zoals vastgelegd in het model-kwaliteitsstatuut ggz) onderscheid gemaakt tussen vrijgevestigden en instellingen.
- 4.2 Er geldt een ontheffing op de lijst met beroepen voor het regiebehandelaarschap voor patiënten die gedurende de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereiken. In dit geval mogen, in afwijking op wat in tabel 1 is weergegeven onderstaande beroepen voorkomen als regiebehandelaar:
Kinder- en Jeugdpsycholoog
Orthopedagoog generalist
Deze ontheffing geldt uitsluitend voor de behandeling die nog afgerond moet worden, zodra de patiënt de 18-jarige leeftijd heeft bereikt. De uitzondering is daarom alleen van toepassing op de eerste prestatie in de generalistische basis-ggz die voor deze patiënt geopend wordt na het bereiken van de 18-jarige leeftijd.
- 4.3 Er geldt een ontheffing op de lijst met beroepen voor het regiebehandelaarschap als een zoals in het model-kwaliteitsstatuut benoemde derde (onafhankelijke) partij een tweezijdig verzoek ontvangt tot uitbreiding van het regiebehandelaarschap en goedkeurt.
Alleen BIG-geregistreerde beroepen kunnen in aanmerking komen voor een uitbreiding op de lijst met beroepen voor het regiebehandelaarschap.

5. Registratieverplichtingen

- 5.1 De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de juiste registratie.
- 5.2 De integrale prestatie moet direct patiëntgebonden tijd van een regiebehandelaar bevatten. Indien er sprake is van een patiënt afkomstig uit de Jeugdwet, dan geldt de eis van verplicht direct patiëntgebonden tijd van een regiebehandelaar niet.
- 5.3 De registratie van het behandeltraject start op het moment dat een patiënt zich met een (nieuwe) zorgvraag bij de zorgaanbieder in de generalistische basis-ggz meldt voor de intake en diagnostiek of in geval van een vervolprestatie chronisch.
- 5.4 De registratie van het behandeltraject eindigt nadat het behandeltraject is afgerond.
- 5.5 Een regie- of medebehandelaar registreert per behandelcomponent, afzonderlijk van de andere behandelaar(s) van dezelfde patiënt, de patiëntgebonden en niet patiëntgebonden tijd die hij daadwerkelijk heeft besteed.
- 5.6 Indien meerdere behandelaars bijdragen aan het uitvoeren van een behandelcomponent, wordt deze component slechts eenmaal per prestatie geregistreerd.
- 5.7 Wanneer een patiënt een groepssessie volgt waarbij meerdere mensen tegelijkertijd behandeld worden, deelt de behandelaar zijn bestede tijd door het aantal deelnemers.
- 5.8 Er kunnen niet meerdere prestaties tegelijkertijd worden geregistreerd bij dezelfde patiënt. Dit geldt niet voor een combinatie van één van de prestaties BK, BM of BI, met prestatie BC.
- 5.9 De administratieve organisatie dient zodanig ingericht te zijn dat een audit-trail mogelijk is. De zorgautoriteit en de zorgverzekeraar moeten te allen tijde de mogelijkheid hebben om vastlegging van de uitgevoerde behandeltrajecten op juistheid te controleren.

6. Minimale dataset generalistische basis-ggz

- 6.1 De minimale dataset generalistische basis-ggz omvat per gedeclareerde prestatie de volgende gegevens:
 1. Zorgaanbieder



- Unieke identificatie zorgaanbieder (AGB-code)
- 2. Regiebehandelaar
 - AGB-code (op persoonsniveau) en diens beroep
 - Indien van toepassing: AGB-code (op persoonsniveau) van de tweede regiebehandelaar en diens beroep
- 3. Verwijzer
 - Het type verwijzer
 1. Verwezen patiënt vanuit de eerste lijn (o.a. huisarts, bedrijfsarts)
 2. Verwezen patiënt vanuit een (andere) ggz-instelling, instelling voor medisch specialistische zorg of ggz-praktijk
 3. Verwezen patiënt vanuit de crisis zorg of S.E.H.
 4. Eigen patiënt
 5. Verwezen patiënt, maar verwijzer heeft geen AGB-code (bijvoorbeeld in geval van een verwijzing naar de crisis zorg, buitenlandse zorgaanbieder, bureau Jeugdzorg)
 6. Zelfverwijzer
 7. Bemoeizorg
 - AGB-code verwijzer (op persoonsniveau), indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder 1 tot en met 4
- 4. Patiëntgegevens
 - a. Naam patiënt
 - b. Geboortedatum
 - c. Geslacht
 - d. Postcode (4 cijfers)
 - e. Burgerservicenummer¹
 - f. Unieke identificatie zorgverzekeraar (conform UZOVI-register)
- 5. Behandeltraject per patiënt
 - Indeling in prestatie op basis van zorgvraagzwaarte na intake en diagnostiek
 - Prestatie bij eindigen van het behandeltraject
 - Gedeclareerde prijs
 - Stoornis volgens DSM (hoofdgroepniveau)
 - ROM (ja/nee)
 - Startdatum behandeltraject
 - Einddatum behandeltraject
 - Per behandelcomponent wordt het aantal minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd van iedere regiebehandelaar en iedere medebehandelaar en diens beroep geregistreerd. De behandelcomponenten zijn:
 - Intake, diagnostiek, ROM en verslaglegging
 - Aanvullende diagnostiek
 - Face-to-face behandeling²
 - E-health behandeling
 - Gespecialiseerde behandeling (behandeling door een zorgaanbieder in de gespecialiseerde ggz waarvan de bekostiging normaliter via een DBC zou verlopen)
 - Consultatie (incidentele raadpleging van een zorgaanbieder die niet direct betrokken is bij het behandeltraject)
 - Afsluitreden:
 - Patiëntprofiel patiënt te zwaar voor generalistische basis-ggz
 - Voortijdige beëindiging behandeling op initiatief van patiënt en/of behandelaar.
 - Overlijden Patiënt
 - 365 dagen
 - Behandeltraject afgerond
 - Overgang naar andere bekostiging
 - Overig
- 6.2 In uitzondering op artikel 6.1 wordt voor de prestatie Onvolledig behandeltraject in plaats van onderdeel 5 geregistreerd:
 - Prestatie
 - Gedeclareerde prijs
 - Stoornis volgens DSM ja/nee
 - Startdatum behandeltraject
 - Einddatum behandeltraject
 - Aantal minuten directe en indirecte tijd regiebehandelaar en diens beroep
 - Aantal minuten directe en indirecte tijd van iedere medebehandelaar en diens beroep
 - Afsluitreden:

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

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



- Vermoeden van DSM-stoornis niet bevestigd
- Patiëntprofiel patiënt te zwaar voor generalistische basis-ggz
- Voortijdige beëindiging behandeling op initiatief van patiënt en/of behandelaar

7. Aanlevering

- 7.1 De in artikel 6 bedoelde minimale dataset wordt door de zorgaanbieder over alle gedeclareerde prestaties per patiënt elektronisch aangeleverd.
- 7.2 Identifierende persoonsgegevens als bedoeld in artikel 60, tweede lid, van de Wmg worden gepseudonimiseerd aangeleverd.
- 7.3 De in artikel 7.1 bedoelde gegevens worden maandelijks aangeleverd aan het DIS. Vrijgevestigde zorgaanbieders die generalistische basis-ggz leveren, zijn gerechtigd om per kwartaal aan te leveren.
- 7.4 Artikel 7.1 blijft buiten toepassing indien de patiënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een privacyverklaring hebben ondertekend overeenkomstig bijlage I.
- 7.5 De verklaring bedoeld in artikel 7.4 dient vóór, doch uiterlijk op het moment van indiening van de gegevens in het bezit te worden gesteld van de behandelaar van de patiënt.
- 7.6 De zorgaanbieder houdt in zijn administratie een afschrift van de in artikel 7.4 bedoelde verklaring.

8. Transparantie

- 8.1 De factuur van de zorgaanbieder aan de patiënt/verzekeraar vermeldt minimaal de navolgende gegevens als onderdeel van de prestatiebeschrijving:
 - a. Naam, geboortedatum, geslacht, postcode, burgerservicenummer³, UZOVI-nummer verzekeraar
 - b. Geleverde prestatie
 - c. Prijs
 - d. Startdatum en einddatum van het behandeltraject
 - e. AGB-code van de zorgaanbieder die de prestatie levert
 - f. AGB-code van de regiebehandelaar (op persoonsniveau) en diens beroep
 - g. Indien van toepassing: AGB-code van de tweede regiebehandelaar (op persoonsniveau) en diens beroep
 - h. Betrokken medebehandelaars en diens beroep
 - i. Het type verwijzer:
 1. Verwezen patiënt vanuit de eerste lijn (o.a. huisarts, bedrijfsarts)
 2. Verwezen patiënt vanuit een (andere) ggz-instelling, instelling voor medisch specialistische zorg of ggz-praktijk
 3. Verwezen patiënt vanuit de crisis zorg of S.E.H.
 4. Eigen patiënt
 5. Verwezen patiënt, maar verwijzer heeft geen AGB-code (bijvoorbeeld in geval van een verwijzing naar de crisis zorg, buitenlandse zorgaanbieder, bureau Jeugdzorg)
 6. Zelfverwijzer
 7. Bemoeizorg
 - j. AGB-code verwijzer (op persoonsniveau), indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder i1 tot en met i4
 - k. Directe en indirecte patiëntgebonden tijd van de regiebehandelaar (onder f en g)
 - l. Directe en indirecte patiëntgebonden tijd van iedere medebehandelaar en diens beroep
 - m. Totaal bestede directe en indirecte patiëntgebonden tijd (som k en l)
 - n. Indeling in prestatie op basis van zorgvraagzwaarte na intake en diagnostiek⁴
- 8.2 Een zorgaanbieder die generalistische basis-ggz levert aan patiënten waarvan de ziektekostenverzekeraar geen contract heeft afgesloten met de betreffende zorgaanbieder, maakt een standaardprijslijst bekend.
 - 8.2.1 Voorwaarden standaardprijslijst
De standaardprijslijst generalistische basis-ggz voldoet aan de volgende voorwaarden.
 1. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de juistheid van de inhoud van de standaardprijslijst.
 2. Per prestatie wordt de inhoud van de prestatie en het bijbehorende tarief dat in rekening wordt gebracht vermeld.
 3. De standaardprijslijst bevat per prestatie de meest recente tarieven en vermeldt een ingangsdatum waarop deze in werking treedt. De ingangsdatum geldt voor alle tarieven op de standaardprijslijst.
 4. De standaardprijslijst vermeldt de samenwerkingsvormen.

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

⁴ Niet van toepassing op de prestatie Onvolledig behandeltraject

5. De standaardprijslijst vermeldt voor welke consumenten de standaardprijslijst van toepassing is door het weergeven van de volgende zin: *Deze prijzen zijn van toepassing op consumenten waarvan de ziektekostenverzekeraar geen contract heeft afgesloten met de betreffende zorgaanbieder. Indien wel een contract is afgesloten met uw ziektekostenverzekeraar dan kunnen andere prijzen gelden.*
- 8.2.2 Informeren van consumenten
1. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het tijdig en juist informeren van de consument.
 2. De zorgaanbieder stelt consumenten in de gelegenheid voor aanvang van de behandelingsovereenkomst op eenvoudige wijze kennis te nemen van de standaardprijslijst.
 3. De standaardprijslijst hangt op een voor consumenten duidelijk zichtbare plaats in de praktijk van de zorgaanbieder.
 4. Indien de zorgaanbieder een website heeft, plaatst de zorgaanbieder de standaardprijslijst van jaar t en t-1 op de website.
 5. Desgevraagd stelt de zorgaanbieder consumenten via de telefoon op de hoogte van de tarieven, zoals genoemd in de standaardprijslijst.
 6. Desgevraagd doet de zorgaanbieder consumenten binnen achtenveertig uur per post dan wel digitaal de standaardprijslijst toekomen.

9. Declaratiebepalingen

- 9.1 De behandelcomponenten worden niet afzonderlijk in rekening gebracht, maar in rekening gebracht als onderdeel van één van de prestaties als omschreven in de beleidsregel.
- 9.2 De zorgaanbieder declareert de prestatie met het patiëntprofiel dat aansluit bij de zorgvraagzwaarte van de patiënt.
- 9.3 Wanneer tijdens het behandeltraject blijkt dat de patiënt op basis van (een verandering in) zorgvraagzwaarte een andere prestatie nodig heeft dan bij de start van het behandeltraject, wordt enkel de andere prestatie gedeclareerd. Bij overgang naar een andere prestatie dient de patiënt hierover te worden geïnformeerd.
- 9.4 Indien blijkt dat er geen sprake is van een DSM stoornis, wordt het behandeltraject afgesloten en wordt uitsluitend de prestatie Onvolledig behandeltraject in rekening gebracht.
- 9.5 Indien tijdens de behandeling in de generalistische basis-ggz blijkt dat de problematiek en klachten verergeren waardoor de patiënt niet meer binnen de patiëntprofielen van de generalistische basis-ggz past, wordt het behandeltraject in de generalistische basis-ggz afgesloten en de geleverde prestatie in rekening gebracht. Ingeval de behandeling net is gestart (behandelinzet van maximaal 120 minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd) en blijkt dat het patiëntprofiel van de patiënt te zwaar is voor de generalistische basis-ggz, wordt de prestatie Onvolledig behandeltraject in rekening gebracht.
- 9.6 Indien de behandeling voortijdig op initiatief van de patiënt en/of de behandelaar wordt beëindigd, wordt het behandeltraject in de generalistische basis-ggz afgesloten en de geleverde prestatie in rekening gebracht. Ingeval de behandeling net is gestart (behandelinzet van maximaal 120 minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd) wordt de prestatie Onvolledig behandeltraject in rekening gebracht.
- 9.7 Er kunnen niet meerdere prestaties tegelijkertijd worden gedeclareerd bij dezelfde patiënt. Uitzondering is een combinatie van één van de prestaties BK, BM of BI, met de prestatie BC alsmede de integrale prestaties in combinatie met de ovp's als bedoeld in artikel 3.14 en 3.15 van deze regeling.
- 9.8 De prestaties worden in rekening gebracht als het behandeltraject is afgesloten. Een behandeling is afgesloten indien één van de afsluitredenen van toepassing is zoals genoemd in artikel 6.1 van deze regeling.
- 9.9 Specialistische behandeling en/of consultatie die plaatsvindt in het kader van een van de prestaties BK, BM, BI of BC, dient uitsluitend in rekening te worden gebracht via onderlinge dienstverlening. Indien sprake is van onderlinge dienstverlening dient de zorgaanbieder die de deelprestatie levert deze uitsluitend in rekening te brengen aan de opdrachtgevende zorgaanbieder.
- 9.10 Onverzekerde generalistische basis-ggz
Voor het declareren van onverzekerde generalistische basis-ggz, die wel zorg is zoals omschreven in de Wmg, gebruikt de zorgaanbieder een van de voor deze zorg vastgestelde 'overige producten' (ovp's). Het is zorgaanbieders niet toegestaan om onverzekerde generalistische basis-ggz, in rekening te brengen als verzekerde generalistische basis-ggz.
Voor onverzekerde generalistische basis-ggz zijn twee ovp's vastgesteld:
 - ovp niet-basispakketzorg Consult;
 - ovp niet-basispakketzorg Verblijf.Als er aan een patiënt verzekerde en niet-verzekerde generalistische basis-ggz wordt geleverd, dan declareert de zorgaanbieder een prestatie voor de verzekerde en een of meerdere ovp's voor de onverzekerde generalistische basis-ggz.



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

9.11 Overige prestaties

Zorgaanbieders kunnen de prestaties declareren voor keuringen, rapporten en informatieverstrekingen die zijn opgenomen in de vigerende bijlage behorend bij de beleidsregel 'Prestaties en tarieven Medisch Specialistische Zorg' met het overzicht van de overige zorgproducten (ozp). Deze overige prestaties behoren niet tot het verzekerde pakket op grond van de Zvw maar betreffen wel zorg zoals omschreven in de Wmg. De Overige Prestaties voor de ggz zijn te selecteren door bij de kolom 'Soort overig zorgproduct' voor 'ozp Overige Verrichtingen' te kiezen én in de kolom 'Door ggz te declareren' te kiezen voor 'x'.

10. Uitzondering

De verplichtingen als gesteld in de artikelen 5, 6, 7, 8, 9.1 t/m 9.6 en 9.9 zijn niet van toepassing op de ovp niet-basispakketzorg Consult, de ovp niet-basispakketzorg Verblijf en de Overige prestaties als bedoeld in artikel 9.11.

11. Intrekking oude regel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de regeling 'Generalistische basis-ggz', met kenmerk NR/CU-732, ingetrokken.

12. Overgangsbepaling

De Regeling generalistische basis-ggz, met kenmerk NR/CU-732 blijft van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van zorgaanbieders die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en die zijn aangevangen- en al dan niet beëindigd- in de periode dat die regeling gold. Dit betekent dat voor overlopende prestaties (prestaties gestart in 2016 en doorlopend in 2017) de op het moment van start van de prestatie geldende nadere regel van toepassing is.

13. Inwerkingtreding, bekendmaking en citeerregel

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2017.

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

Deze regeling wordt aangehaald als de Regeling generalistische basis-ggz.

*Nederlandse Zorgautoriteit,
M. J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur*



BIJLAGE I – PRIVACYVERKLARING

Ondergetekenden:

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

en

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

verklaren:

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

Aanlevering gegevens aan DIS

2. Dat de patiënt er uit oogpunt van bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bezwaar tegen heeft, dat mds-gegevens als bedoeld in artikel 6 van de Regeling generalistische basis-ggz aan DIS worden aangeleverd.
3. Dat de zorgaanbieder, in overeenstemming met artikel 7 van de Regeling generalistische basis-ggz, de aanlevering van de onder 2 bedoelde mds-gegevens aan DIS achterwege zal laten.

PLAATS:

DATUM:

Handtekening patiënt

.....

Handtekening zorgaanbieder

.....

Toelichting bij de privacyverklaring

De toepassing van de privacyverklaring betreft alle mds-gegevens. Indien een patiënt en zorgaanbieder gezamenlijk een verklaring hebben ondertekend wordt de in artikel 6 bedoelde minimale dataset niet door de zorgaanbieder aan het DIS aangeleverd.

De privacyverklaring bevat geen opt-out bepaling over tot de diagnose herleidbare gegevens op de factuur, want de zorgaanbieder is voor de generalistische basis-ggz momenteel niet verplicht om dergelijke gegevens op de factuur te vermelden.



TOELICHTING

Algemeen

De nadere regel 'Generalistische basis-ggz' beschrijft algemene registratie-, declaratie- en informatie-verplichtingen die gelden voor alle zorgaanbieders van generalistische basis-ggz. In deze regeling beschrijft de NZa welke voorwaarden, voorschriften en beperkingen zorgaanbieders in acht moeten houden bij de registratie en declaratie van generalistische basis-ggz.

Indien zorgaanbieders die onder de reikwijdte van deze regeling vallen zich niet aan deze regels houden, kan de NZa op grond van hoofdstuk 6 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) handhavende maatregelen nemen.

Op basis van de bevoegdheden beschreven in de beleidsregel 'Generalistische basis-ggz' stelt de NZa prestaties en tarieven vast in de 'Prestatie- en tariefbeschikking generalistische basis-ggz'. In deze beschikking kunnen nadere voorwaarden, voorschriften en beperkingen worden gesteld aan de declaratie van bepaalde prestaties en tarieven die in acht moeten worden gehouden bij de registratie en declaratie van deze zorg.

Artikelsgewijs

Artikel 4 Algemene bepaling regiebehandelaarschap

Conform het model-kwaliteitsstatuut ggz (veldnorm die vanaf 1 januari 2017 in werking treedt) wordt het begrip hoofdbehandelaar vervangen voor regiebehandelaar. Dit is in de regeling 'generalistische basis-ggz' consequent doorgevoerd. Daarbij wordt op verzoek van partijen (zoals volgt uit het model-kwaliteitsstatuut ggz) onderscheid gemaakt tussen vrijgevestigden en instellingen. Hiervoor wordt aangesloten op classificatiecodes die vastliggen in het AGB-register. Voor vrijgevestigden en instellingen gelden afzonderlijke lijsten met mogelijke regiebehandelaars. Daarnaast is rondom het regiebehandelaarschap een ontheffingsmogelijkheid gecreëerd voor patiënten bij overgang vanuit de Jeugdwet naar de Zorgverzekeringswet.

Artikel 3.3 Experimenteerruimte

Hierbij is de eis aan de derde onafhankelijke partij dat zij objectief, gemotiveerd en zorgvuldig tot een oordeel komt over de ingediende aanvragen. Dit stelt eisen aan de governance, zoals de aanwezigheid van een aanvraag- en bezwaarprocedure. Tenslotte moet de looptijd van het experiment begrenst zijn door de derde partij. Toegekende verzoeken kunnen in beginsel lopende het jaar aangevraagd worden en leiden -bij toekenning- direct tot declaratiemogelijkheden.