

Regeling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen

REGELING NR/REG-2218

Vastgesteld op 29 juni 2021

Gelet op artikel 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 geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen.

Artikel 1 Begripsbepalingen

In deze regeling wordt, tenzij anders vermeld, verstaan onder:

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.

dagdeel:

een dagdeel is een periode van minimaal 2 aaneengesloten uren aanwezigheid van de patiënt met een maximum van vier aaneengesloten uren.

directe tijd:

tijd waarin de zorgaanbieder in direct contact staat met de patiënt, of diens vertegenwoordiger zoals omschreven in art. 465 van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst.

geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp):

generalistische geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen in de eerste lijn bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw).

NZa:

Nederlandse Zorgautoriteit.

prestatie(s):

de prestatie(s) genoemd in artikel 4 van de Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen.

uitvoerende zorgaanbieder:

een zorgaanbieder die in opdracht van een andere zorgaanbieder een (deel)prestatie of van een geheel van prestaties levert op het gebied van de zorg als bedoeld in artikel 3 van deze regeling.

Wmg:

Wet marktordening gezondheidszorg.

zorgaanbieder:

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

2°. natuurlijk persoon of rechtspersoon voor zover deze tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met het verlenen van zorg door een zorgaanbieder als bedoeld onder 1°.

Artikel 2 Doel van de regeling

Deze regeling beoogt voorschriften te stellen die een zorgaanbieder in acht moet nemen bij het leveren van prestaties van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen. De voorschriften hebben betrekking op:

- administratie;
- declaratie;
- transparantie.

Artikel 3 Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders die geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen leveren zoals omschreven in artikel 1 van deze regeling.

Artikel 4 Administratievoorschriften

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 vastlegging van de uitgevoerde behandeltrajecten op volledigheid, juistheid en actualiteit te controleren.

Artikel 5 Declaratievoorschriften

1. De zorgaanbieder neemt op de declaratie aan de patiënt en/of zorgverzekeraar in ieder geval de volgende gegevens op:
 - de geleverde prestatie;
 - het aantal geleverde prestaties;
 - voor zover het gaat om de prestatie 'Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten bieden': of de prestatie betrekking heeft op zorg zoals een so biedt of op zorg zoals een avg biedt;
 - de datum/data waarop de prestatie(s) is/zijn geleverd;
 - het gedeclareerde tarief per prestatie en het totaalbedrag;
 - de naam- adres- en woonplaatsgegevens, burgerservicenummer en geboortedatum van de patiënt;
 - de AGB-code van de declarerende zorgaanbieder;
 - de AGB-code van de verwijzer;
 - de AGB-code van de regiebehandelaar.
2. De verplichting de AGB-code van de verwijzer op te nemen geldt niet voor zover paramedische zorg in het kader van gzsp wordt geleverd.
3. De uitvoerende zorgaanbieder brengt de prestatie 'onderlinge dienstverlening' in rekening bij de opdrachtgevende zorgaanbieder die de prestatie bij de uitvoerende zorgaanbieder heeft aangevraagd. De opdrachtgevende zorgaanbieder declareert de prestatie(s) (vermeld onder artikel 4.1-4.3, 4.5-4.9, en 4.11 van de Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen) bij de patiënt of diens zorgverzekeraar.
4. Indien sprake is van zorgverlening gedurende een deel van een uur wordt de in rekening te brengen prestatie naar evenredigheid berekend.
De tijd dat zorg is geleverd wordt afgerond op het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten, tenzij daar afwijkende afspraken over zijn gemaakt tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.
5. Indien sprake is van zorgverlening gedurende een dagdeel dan mag de betreffende prestatie alleen gedeclareerd worden bij tenminste twee uur aanwezigheid van een patiënt met een maximum van vier uur. Op één dag kunnen de prestaties per dagdeel maximaal twee keer in rekening worden gebracht.

Artikel 6 Transparantievoorschriften

De zorgaanbieder informeert de consument tijdig en zorgvuldig over de tarieven die zij voor de prestaties in rekening brengt.

Artikel 7 Verantwoordelijkheid

1. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de goede opvolging van de in deze nadere regel genoemde bepalingen.
2. Indien een zorgverlener in loondienst is, draagt de werkgever zorg voor uitvoering van de in deze nadere regel genoemde bepalingen.
3. Indien een zorgverlener in een personenvennootschap werkzaam is en niet zelf de tarieven bepaalt of in rekening brengt, draagt de personenvennootschap zorg voor de uitvoering van de in deze regeling genoemde bepalingen.
4. Bij onderlinge dienstverlening draagt de opdrachtgevende zorgaanbieder zorg voor de uitvoering van de in deze regeling genoemde bepalingen.

Artikel 8 Intrekken oude regeling

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt Regeling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen, met kenmerk NR/REG-2101, ingetrokken.

Artikel 9 Toepasselijkheid voorafgaande regeling, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel

Toepasselijkheid voorafgaande regeling

De Regeling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen, met kenmerk NR/REG-2101, 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.

Bekendmaking en inwerkingtreding

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2022. Deze regeling wordt bekendgemaakt door plaatsing in de Staatscourant op grond van artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wmg.

Citeertitel

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen.

Ondertekening

Hoogachtend,

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



TOELICHTING

Algemeen

De geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp) is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare mensen die (nog) thuis wonen met (hoog) complexe problematiek. De zorgvraag is veelzijdig en kan liggen op het somatische, het psychische en/of op het gedragsmatige gebied; de zorg is dan ook interdisciplinair door de tijd heen.

Artikelsgewijs

Artikel 1

Met ingang van 2021 is de gehele gzsp overgeheveld naar de Zvw. De term 'geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen' is met ingang van 2021 gedefinieerd als: generalistische geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen in de eerstelijns bij of krachtens de Zvw. Uit oogpunt van de te verzekeren zorg is gzsp opgebouwd uit een aantal te verzekeren prestaties, te weten 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden', 'zorg zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten, diëtisten, logopedisten en ergotherapeuten die plegen te bieden' en 'zorg zoals klinisch psychologen die plegen te bieden'.

Artikel 3

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders die gzsp leveren zoals omschreven in artikel 1 van deze regeling. Dit betekent dat deze regeling ook van toepassing is op paramedische zorgaanbieders die gzsp leveren.

Artikel 5, eerste lid

Op de declaratie moet het aantal geleverde prestaties worden vermeld. Afhankelijk van de prestatie is dat bijvoorbeeld het aantal uur of het aantal dagdelen zorg.

Op basis van artikel 5, eerste lid moet de zorgaanbieder onder andere de AGB-code van de verwijzer op de declaratie opnemen. Er zijn patiënten die onder de Subsidieregeling extramurale behandeling in het bezit zijn van een indicatie afgegeven door het CIZ en al 'in zorg' zijn en na de overheveling van de bekostiging van gzsp naar de Zvw 'in zorg' blijven of binnen 3 maanden na de overheveling 'in zorg' gaan. Om te voorkomen dat deze groep patiënten met een CIZ-indicatie direct na de overheveling van de zorg naar de Zvw een verwijzing nodig heeft, is het voor deze groep patiënten tot en met 2022 niet nodig de verwijzer op de declaratie te vermelden.

Bij iedere declaratie moet een AGB-code vermeld worden. AGB-codes worden op verschillende niveaus afgegeven. Zo zijn er AGB-codes voor zorginstellingen, maar bijvoorbeeld ook voor individuele zorgaanbieders. Voor de declaratie gaat het om de AGB-code op het hoogste aggregatieniveau. Ofwel, de AGB-code van de zorgaanbieder, zijnde een individu of een organisatie, die de prestaties voor gzsp, niet zijnde onderlinge dienstverlening, declareert.

Artikel 5, vierde lid

De prestaties zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten bieden, onderzoek voor toegang tot geriatrische revalidatiezorg, zorg zoals gedragswetenschappers bieden en zorg aan patiënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking (sglvg) kennen een uurtarief. Het komt echter voor dat slechts een deel van een uur zorg wordt geleverd aan een patiënt. Als dit het geval is, wordt het in rekening te brengen aantal eenheden naar evenredigheid berekend. Hiermee wordt voorkomen dat men bijvoorbeeld zeventien minuten geleverde zorg een volledig uur in rekening brengt. Voor de wijze van afronding van de in rekening te brengen tijd wordt uitgegaan van de schriftelijke overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Indien er géén schriftelijke overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar aanwezig is over de werkwijze rondom de afronding van de geleverde zorg, schrijft de regeling voor dat wordt afgerond naar het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten.

Dit betekent bijvoorbeeld dat voor dertien minuten zorg geleverd, vijftien minuten worden gedeclareerd en voor één uur en twaalf minuten zorg geleverd, wordt één uur en tien minuten gedeclareerd. Een afronding op een dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten voor de declaratie houdt niet in dat voor de registratie elke vijf minuten geklokt moet worden. De totaal bestede directe tijd van de geleverde prestatie wordt bijgehouden en niet de optelsom van een vijf minutenregistratie.