

Beleidsregel prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg

Vastgesteld op 24 maart 2026
BR/REG-27111

Gelet op artikel 57, eerste lid, onderdelen b en c, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) juncto artikel 6 van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wet marktordening gezondheidszorg (Bub Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

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

Gelet op: artikel 59, aanhef en onder a en b, van de Wmg, heeft de Minister van VWS met brief van 14 december 2020, met kenmerk 1795863-215660-PZo, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 van de Wmg, aan de NZa gegeven.

1 Algemeen

1.1 Begripsbepalingen

Acute psychiatrische hulpverlening: Hulpverlening die deel uitmaakt van de geneeskundige ggz en die gericht is op personen in een crisissituatie waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische stoornis hebben. De zorg wordt geleverd conform de zorgstandaard acute psychiatrie.

Behandeling: Activiteiten met als doel stabilisering, begeleiding, herstel of genezing van de klachten van de patiënt zoals vastgesteld in diens behandelplan, uitgevoerd door een zorgverlener die bevoegd en bekwaam is om zelfstandig (een deel van) de behandeling uit te voeren.

Consult: Direct, ononderbroken en zorginhoudelijk contact tussen zorgverlener en (forensische) patiënt en/of naaste(n) van de patiënt. Met ononderbroken wordt bedoeld dat het niet is toegestaan om zonder zorginhoudelijke reden consulten op te delen.

Contact: Een zorginhoudelijk en ononderbroken interactie. Een contact kan zowel 'face to face', telefonisch, 'screen to screen' als 'bit to bit' plaatsvinden. In Artikel 3.2 Registratieverplichtingen verantwoording consulten van de Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg is vastgelegd hoe dit geregistreerd moet worden.

Diagnose: Classificatie van een aandoening of ziekte conform DSM-5 en/ of het bepalen van de zorgvraagtypering.

Diagnostiek: Activiteiten met als doel (bijdragen aan) het stellen van een diagnose, uitgevoerd door een zorgverlener die hiervoor bevoegd en bekwaam is.

Forensische zorg: Zorg als omschreven bij of krachtens artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg.

Geneeskundige ggz: Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

Zorgstandaard acute psychiatrie: Zorgstandaard waarin de inhoud en organisatie van hulpverlening wordt beschreven voor personen in een crisissituatie, waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische stoornis hebben bij wie snel (medisch) ingrijpen noodzakelijk is. De eerste versie hiervan is in maart 2017 vastgesteld door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.

Klinische opname: Periode waarin de patiënt in het kader van behandeling 's nachts in de instelling verblijft. Deze periode loopt vanaf moment van opname tot het moment van ontslag.

Kwaliteitsstatuut: Het Kwaliteitsstatuut GGZ zoals dat is ingeschreven bij het Zorginstituut Nederland.

Patiënt: Persoon die op basis van een hulpvraag conform aanspraak (ggz) of een strafrechtelijke titel (fz) zorg ontvangt.

Prestatie: De prestatie zoals bedoeld in artikel 1, onderdeel j, van de Wmg.

Prestatiebeschrijving: De beschrijving van de prestatie zoals bedoeld in artikel 50 lid 1 onderdeel d van de Wmg.

Prestatiecode: De code die hoort bij de prestatie.

Reistijd: De tijd die de zorgverlener, in het kader van een consult, werkelijk besteedt aan het reizen naar en van de patiënt en/of naaste(n) van de patiënt die buiten een locatie van de zorgaanbieder behandeling, begeleiding of verpleging ontvangt. Onder de locaties van de zorgaanbieder vallen binnen deze definitie niet de locaties van de zorgaanbieder waarin enkel beschermd wonen wordt geleverd conform art. 1.1.1 onder 1 van de Wmo en art. 1.1.1. Besluit langdurige zorg.



Setting: Het onderscheid tussen vormen van zorg op basis van benodigde infrastructuur en inzet van verschillende beroepen.

Sociaal domein: maatschappelijke ondersteuning als bedoeld in de Wmo 2015, jeugdhulp, kinderschermingsmaatregelen en jeugdreclassering als bedoeld in de Jeugdwet, schuldhulpverlening als bedoeld in de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening of op grond van de Participatiewet.

Tarief: Prijs voor een prestatie, een deel van een prestatie of geheel van prestaties van een zorgaanbieder als bedoeld in artikel 1 sub k Wmg.

Uitvoeringsdatum: Datum waarop de prestatie die uitgevoerd is is gestart.

UZOVI-code: Unieke Zorgverzekeraarsidentificatie is een identificatie van de zorgverzekeraars in Nederland.

Verblijfsdag: Dag inclusief de daaropvolgende nacht dat een patiënt gedurende een periode van klinische opname in een instelling verblijft. De eerste verblijfsdag is de dag dat de patiënt voor 20:00u is opgenomen. Een dag waarop de patiënt de daaropvolgende nacht niet in een instelling verblijft is geen verblijfsdag. Los van de vraag welke verblijfsdagen gedeclareerd mogen worden, is in het Besluit Zvw art 2:12 bepaald welke dagen meetellen als Zvw-zorg. In het tarief van de verblijfsprestaties is wel de verpleging, verzorging, vaktherapie en dagbesteding meegenomen, maar niet de overige behandeling.

Verwijzer: Verwijzer als bedoeld in artikel 14 lid 2 Zorgverzekeringswet (Zvw).

Verzekerdennummer: Nummer waarmee de patiënt bekend is bij de verzekeraar. Dit nummer wordt verstrekt door de zorgverzekeraar bij inwerkingtreding van de verzekeringspolis.

VOV-personeel: Verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend personeel.

Zorgaanbieder: Zorgaanbieder als bedoeld in artikel 1, onderdeel c van de Wmg.

Zorgverlener: Zorgverlener zoals bedoeld in artikel 1 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.

Zorgverzekeraar: Waar in deze Beleidsregel gesproken wordt over de zorgverzekeraar worden zowel de zorgverzekeraars als bedoeld in artikel 1 lid 1 sub f van de Wmg, als de Divisie Forensische zorg/Justitiële Jeugdinrichtingen (ForZo/JJI) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), onderdeel van het Ministerie van JenV, bedoeld. In de fz is ForZo/JJI verantwoordelijk voor het inkopen van fz.

1.2 Doel van de beleidsregel

Het doel van deze beleidsregel is om vast te leggen op welke wijze de NZa gebruik maakt van haar bevoegdheid om de tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen op het gebied van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg. Aan de hand van deze beleidsregel zal de NZa een tariefbeschikking nemen.

1.3 Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zvw.

Ook is deze beleidsregel van toepassing op forensische zorg als omschreven bij of krachtens artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg (Wfz).

Voor zover geen sprake is van zorg als omschreven in de vorige twee zinnen, is deze beleidsregel van toepassing op handelingen¹ of werkzaamheden² op het terrein van geneeskundige ggz of forensische zorg, uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van personen, ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) of door personen als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

1.4 Prestatie-indeling

Prestaties binnen de ggz en fz zijn onderverdeeld in:

- Consulten (inclusief groepsconsult)
- Verblijfsdagen
- Toeslagen
- Overige prestaties

¹ Het betreft hier de handelingen bedoeld in artikel 1, onderdeel b, onder 2°, van de Wmg.

² Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, aanhef en eerste lid, onderdeel c, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg.



2 Consulten

2.1 Consulten diagnostiek en behandeling

Een consult wordt ingedeeld naar:

- Diagnostiek
- Behandeling

Prestatiebeschrijving Consult Diagnostiek

Een consult met enkel als doel het uitvoeren van diagnostiek.

Prestatiebeschrijving Consult Behandeling

Een consult met het doel het uitvoeren van behandeling.

2.2 Consulten beroep van de zorgverlener

Een consult wordt ingedeeld naar het beroep van de zorgverlener die het consult heeft geleverd. Voor de afbakening welke zorgverlener tot welk beroep behoort sluiten we aan bij de Veldnorm beroepen in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg. Alleen onderstaande categorieën beroepen worden gebruikt:

- Arts (Wet Big artikel 3) en Verslavingsarts KNMG (B05)
- Arts-specialist (Wet Big artikel 14) (B02)
 - Arts voor verstandelijk gehandicapten
 - Huisarts
 - Internist
 - Kinderarts
 - Klinisch geriater
 - Neuroloog
 - Psychiater
 - Specialist ouderengeneeskunde
- Gezondheidszorgpsycholoog, Orthopedagoog-generalist, Physician assistant (Wet Big artikel 3) (B06)
 - Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)
 - Orthopedagoog – generalist (Wet Big artikel 3)
 - Physician assistant (Wet Big artikel 3)
- Klinisch (neuro)psycholoog (Wet Big artikel 14) (B03)
 - Klinisch psycholoog
 - Klinisch neuropsycholoog
- Overige beroepen (B01)
 - Diëtist
 - Ergotherapeut
 - Ervaringsdeskundige werker NLQF 6
 - Fysiotherapeut (Wet Big artikel 3)
 - Ggz-agoog
 - Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP
 - Logopedist
 - Maatschappelijk werkende
 - Oefentherapeut
 - Orthopedagoog
 - Psychodiagnostisch werkende
 - Sociaal Juridisch medewerker
 - Sociaal pedagogisch hulpverlener
 - Sociaal werkende
 - Systeemtherapeut (NLQF7)
 - Vaktherapeut
 - WO-psycholoog
- Psychotherapeut (Wet Big artikel 3) (B07)
- Verpleegkundig specialist ggz en Verpleegkundig specialist agz (Wet Big artikel 14) (B04)
- Verpleegkundige (Wet Big artikel 3) en Sociaal psychiatrisch verpleegkundige (B08)

2.3 Consulten tijdsindeling

2.3.1 Tijdsindeling

Een consult wordt ingedeeld in één van onderstaande categorieën op basis van de tijd die een zorgverlener aan het contact besteedt:

- Consult vanaf 5 minuten
- Consult vanaf 15 minuten
- Consult vanaf 30 minuten
- Consult vanaf 45 minuten
- Consult vanaf 60 minuten
- Consult vanaf 75 minuten
- Consult vanaf 90 minuten
- Consult vanaf 120 minuten

Prestatiebeschrijving Consult vanaf 5 minuten

Contact vanaf 5 minuten tot 15 minuten.

Prestatiebeschrijving Consult vanaf 15 minuten

Contact vanaf 15 minuten tot 30 minuten.

Prestatiebeschrijving Consult vanaf 30 minuten

Contact vanaf 30 minuten tot 45 minuten.

Prestatiebeschrijving Consult vanaf 45 minuten

Contact vanaf 45 minuten tot 60 minuten.

Prestatiebeschrijving Consult vanaf 60 minuten

Contact vanaf 60 minuten tot 75 minuten.

Prestatiebeschrijving Consult vanaf 75 minuten

Contact vanaf 75 minuten tot 90 minuten.

Prestatiebeschrijving Consult vanaf 90 minuten

Contact vanaf 90 minuten tot 120 minuten.

Prestatiebeschrijving Consult vanaf 120 minuten

Contact vanaf 120 minuten.

2.3.2 Asynchrone digitale zorg

Voor asynchrone digitale zorg geldt het volgende. De zorgverlener registreert één consult per dag op basis van de totale tijd besteed aan het contact met de patiënt op verschillende momenten van die dag. Deze totale tijd op een dag mag dus onderbroken zijn.

2.4 Consulten setting

Een consult wordt ingedeeld in één van de volgende settings:

- Ambulant kwaliteitsstatuut sectie II (setting 1)
- Ambulant kwaliteitsstatuut sectie III – monodisciplinair (setting 2)
- Ambulant kwaliteitsstatuut sectie III – multidisciplinair (setting 3)
- Outreachend (setting 4)
- Klinisch (exclusief forensische en beveiligde zorg) (setting 5)
- Forensische en beveiligde zorg – klinische zorg (setting 6)
- Forensische en beveiligde zorg – niet-klinische of ambulante zorg (setting 7)
- Hoogspecialistisch (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde) (setting 8)

Algemene omschrijving en verantwoording van settings

Onder setting wordt verstaan de levering van zorg in een context die van een andere setting is te onderscheiden door benodigde infrastructuur en inzet van verschillende beroepen. Kenmerken van een setting zijn gebaseerd op de organisatie en uitvoering van de zorg en worden vooraf ingericht. Daarmee bevindt de verantwoording van de setting zich op de keuzes die bij het inrichten worden gemaakt. De patiënt wordt op basis van diens zorgvraag bewust verwezen naar een bepaalde setting. De verantwoording dient in het verlengde hiervan plaats te vinden.

Een zorgverlener bepaalt welke zorg gepast is gezien de zorgvraag van de patiënt en legt in het behandelplan vast hoe de behandeling eruit zal zien. Een zorgverlener weet dus van tevoren of de zorg die wordt ingezet bijvoorbeeld monodisciplinair, multidisciplinair of outreachend van aard is. Hij weet dan ook in welke setting een patiënt moet worden behandeld. Dit wordt vastgelegd. Voor de initiële diagnostiekconsulten wordt de setting bepaald op basis van verschillende omstandigheden. Van belang is enerzijds de manier waarop de diagnostiek is ingericht gezien de feitelijke omstandigheden genoemd in de prestatiebeschrijvingen van de settings hieronder. Van belang is anderzijds dat de zorgaanbieder voorafgaande aan de diagnostiekfase een inschatting maakt welke setting het best past bij de zorgvraag van de cliënt. Dit kan bijvoorbeeld op basis van de verwijzing.

Er kunnen niet meerdere settings tegelijk van toepassing zijn voor één patiënt binnen één zorgaanbieder. Settings kunnen elkaar wel opvolgen. De patiënt kan binnen één zorgaanbieder van setting wisselen als zijn/haar toestand daar aanleiding voor geeft en/of aard van de zorglevering significant verandert. Op- en afschaling van zorg op het niveau van settings is daarmee inzichtelijk. De aanleiding om van setting te wisselen legt de zorgaanbieder vast.

Als meerdere zorgaanbieders een patiënt behandelen met elk hun eigen behandelplan voor deze patiënt bepaalt elke zorgaanbieder zelf welke setting wordt toegepast. Bij het registreren van onderlinge dienstverlening gebruikt de onderaannemer de setting waarin de patiënt bij de uitbestedende zorgaanbieder wordt behandeld.

Prestatiebeschrijving setting ambulante – kwaliteitsstatuut sectie II (Setting 1)

Voor zorg door zorgaanbieders die onder deze sectie van het kwaliteitsstatuut vallen. Consulten door een vrijgevestigde zorgaanbieder vinden plaats in deze setting.

Prestatiebeschrijving setting ambulante – kwaliteitsstatuut sectie III – monodisciplinair (Setting 2)

Voor zorg door zorgaanbieders die onder deze sectie van het kwaliteitsstatuut vallen. De zorg voldoet aan de kwaliteitscriteria voor instellingen waarbij de extra criteria van setting Ambulante kwaliteitsstatuut sectie III – multidisciplinair niet van toepassing zijn. Daarnaast geldt de operationalisering van aanbieders die voldoen aan sectie III van het kwaliteitsstatuut die binnen de veldafspraken van het zorgprestatie-model is vastgelegd.

Prestatiebeschrijving setting ambulante – kwaliteitsstatuut sectie III – multidisciplinair (Setting 3)

Voor zorg door zorgaanbieders die onder deze sectie van het kwaliteitsstatuut vallen en daarmee voldoen aan alle eisen van Setting ambulante – kwaliteitsstatuut sectie III – monodisciplinair. Daarnaast zijn onderstaande extra criteria van toepassing.

Voor de behandeling van de patiënt is de inzet van verschillende beroepen noodzakelijk. Bij de behandeling van een patiënt (los van de diagnostiek fase) zijn daarom vanwege hun eigen expertise meerdere beroepen betrokken. Buiten de regiebehandelaar hebben minstens twee zorgverleners met verschillende beroepen tijdens de behandelphase contact met de patiënt. Het beroep van de regiebehandelaar blijft hierbij buiten beschouwing. De regiebehandelaar telt dus niet als één van de minstens twee vereiste zorgverleners met verschillende beroepen. De verschillende beroepen kunnen elkaar niet vervangen en tijd kan niet onderling uitbesteed of verdeeld worden. Het kan wel voorkomen dat één van deze twee zorgverleners met verschillende beroepen tijdens de behandelphase hetzelfde beroep heeft als de regiebehandelaar. Als één van de twee zorgverleners met verschillende beroepen tijdens de behandelphase de regiebehandelaar is, dan is de setting monodisciplinair. In de multidisciplinaire samenwerking gaat het niet om tijdelijk overnemen van de behandeling of vervangen van de behandelaar.

Daarop komt het multidisciplinaire karakter van de zorg tot uitdrukking in het kwaliteitsstatuut, de toegepaste zorgstandaarden, behandelprogramma's of andere documentatie. De noodzaak van de inzet van de verschillende beroepen blijkt uit het dossier van de patiënt. Uitvoerende onderdelen van

het behandelplan worden door verschillende beroepen gegeven. Afstemming tussen beroepen over de voortgang van de behandeling is verplicht voor uitvoering van de behandeling en de bewaking van de kwaliteit en is structureel ingebed.

Prestatiebeschrijving setting Outreachend (Setting 4)

De setting outreachend geldt voor wijkgerichte zorg die wordt geleverd door een multidisciplinair team. De zorg in de setting outreachend is flexibel georganiseerd, in locaties en in intensiteit. De zorg is patiëntvolgend in tijdstippen en er is beschikbaarheid van zorg geregeld buiten kantooruren. Er is aantoonbaar nauwe samenwerking en goede afstemming met de crisisdienst, huisarts, familie of andere naasten, en andere hulpverleners of ketenpartners die van belang zijn voor een individuele patiënt. Indien nodig wordt de zorg op proactieve wijze geleverd als de patiënt (tijdelijk) zorgmijdt en diens psychische toestand dat rechtvaardigt.

Reistijd alleen is geen criterium voor setting outreachend. Ook de omstandigheid dat een zorgaanbieder geen vestigingslocatie heeft, maakt niet dat de zorg aan de patiënt automatisch de setting outreachend betreft.

Prestatiebeschrijving setting Klinisch (exclusief forensische en beveiligde zorg) (Setting 5)

Voor zorg tijdens een klinische opname. Consulten tijdens een klinische opname in de ggz (niet beveiligd) vinden plaats in deze setting.

Prestatiebeschrijving setting Forensische en beveiligde zorg – klinische zorg (Setting 6)

Klinische behandeling van patiënten die zijn aangewezen op zorg in een beveiligde setting (zowel materieel als de inzet van personeel). De zorg wordt geleverd in een besloten en beveiligde gespecialiseerde voorziening. Er worden (delict)gevaarlijke patiënten behandeld met en zonder een forensische titel. Binnen deze setting wordt risico gestuurd gewerkt, bijvoorbeeld door gebruik van gevalideerde taxatie-instrumenten. Risico's worden in het zorgplan opgenomen, met cliënten besproken en structureel geëvalueerd. Voor klinische geneeskundige ggz aan mensen met (een risico op) gevaarlijk gedrag zoals bedoeld in de ketenveldnorm voor de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg, geldt deze setting.

Bij de setting forensische en beveiligde zorg – klinische zorg gaat het om afdelingen die zijn ingericht op het opnemen van forensische patiënten. Op deze afdelingen kunnen ook Zvw-patiënten liggen. Bij een overgang tussen beveiligd en niet-beveiligd in de ggz, wijzigt de setting op het moment van overgang.

Prestatiebeschrijving setting Forensische en beveiligde zorg – niet-klinische of ambulante zorg (Setting 7)

Behandeling en begeleidingsactiviteiten van patiënten die zijn aangewezen op zorg in een forensische setting buiten de beveiligde omgeving van een kliniek. Er worden (delict)gevaarlijke patiënten behandeld met en zonder een forensische titel. Binnen deze setting wordt risico gestuurd gewerkt, bijvoorbeeld door gebruik van gevalideerde taxatie-instrumenten. Risico's worden in het zorgplan opgenomen, met cliënten besproken en structureel geëvalueerd. Voor niet-klinische of ambulante geneeskundige ggz aan mensen met (een risico op) gevaarlijk gedrag zoals bedoeld in de ketenveldnorm voor de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg, geldt deze setting.

Prestatiebeschrijving setting Hoogspecialistisch ggz (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde) (Setting 8)

Voor hoogspecialistische zorg die vanwege de zeldzaamheid, ernst en/of complexiteit van de zorgvraag van de patiënt in zijn geheel is ingericht op het kunnen leveren van multidisciplinaire, intensieve zorg. De geboden zorg vereist een specifieke infrastructuur of (medisch-)specialistische kennis, expertise of vaardigheden. Door dit vereiste is er een sterke vertegenwoordiging van specialistische professionals in het behandelteam dat binnen de setting werkt. Vanwege (het opbouwen van) de benodigde kennis en infrastructuur is concentratie van deze zorg nodig. Binnen deze setting worden ook een second opinion en consultatiefunctie vervuld voor andere aanbieders. Daarnaast wordt vanuit de hoogspecialistische setting kennis verspreid naar de andere settings.

In de tariefbeschikking zal de NZa opnemen dat prestaties binnen de setting Hoogspecialistisch (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde) alleen gedeclareerd mogen worden indien er schriftelijke overeenstemming is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over het gebruik van die setting. Consulten geleverd door een onderdeel van een zorgaanbieder dat daarvoor in contractafspraken is aangewezen, worden geleverd in deze setting.

2.5 Groepsconsult

Bij een consult met twee of meer patiënten en/of naaste(n) is sprake van een groepsconsult. De prestatie groepsconsult betreft een eenheid vanaf 15 minuten contact per zorgverlener per patiënt. Een groepsconsult wordt ingedeeld in één van onderstaande categorieën, op basis van alle patiënten die aanwezig zijn geweest op enig moment binnen de eenheid van 15 minuten. Niet-aanwezige patiënten tellen niet mee voor de groeps grootte. Indien meerdere behandelaren het groepsconsult leveren kan iedere zorgverlener apart een groepsconsult declareren. Voor de telling tellen patiënten vanuit alle financieringsstromen mee. In het geval dat vaktherapie wordt gegeven in groepen van zowel opgenomen als ambulante patiënten, dan tellen opgenomen patiënten mee voor de groeps grootte, ook al kan vaktherapie voor opgenomen patiënten niet los worden gedeclareerd omdat vaktherapie is opgenomen in het tarief voor een verblijfsdag.

- Consult per patiënt in groep 2 patiënten
- Consult per patiënt in groep 3 patiënten
- Consult per patiënt in groep 4 patiënten
- Consult per patiënt in groep 5 patiënten
- Consult per patiënt in groep 6 patiënten
- Consult per patiënt in groep 7 patiënten
- Consult per patiënt in groep 8 patiënten
- Consult per patiënt in groep 9 patiënten
- Consult per patiënt in groep vanaf 10 patiënten

Om voor een groepsconsult met naasten de juiste groepsomvang van de prestatie te kiezen wordt gekeken naar het totaal van patiënten waarvan de naasten deelnemen aan het groepsconsult. Hier geldt eenzelfde werkwijze als bij groepsconsulten aan patiënten. Dit betekent het volgende. De groepsbehandeling met naasten wordt op naam van de patiënt gefactureerd. Het aantal prestaties wordt bepaald op de duur van deze sessie. Voor het bepalen van de groeps grootte telt elke patiënt één keer. Dit ongeacht of de patiënt alleen komt, naasten meeneemt of dat er alleen naasten van de patiënt aanwezig zijn. In alle gevallen telt de zorg voor één patiënt mee als 1 in het bepalen van de groeps grootte.

Groepsconsulten worden niet ingedeeld naar:

- Artikel 2.1 Consulten diagnostiek en behandeling
- Artikel 2.3 Consulten tijdsindeling
- Artikel 2.4 Consulten setting

Bij een groepsconsult zijn alleen de toeslagen inzet tolk in groep mogelijk.

3 Verblijfsdagen

3.1 Prestaties verblijfsdag ggz

Een verblijfsdag is een zelfstandige prestatie en hoeft niet gekoppeld te zijn aan een consult. Een verblijfsdag is inclusief dagbesteding en vaktherapie. Een verblijfsdag in de ggz heeft één van de volgende verzorgingsgraden. De verzorgingsgraden zijn uitgewerkt in bijlage 1.

- Verblijfsdag A ggz (lichte verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag B ggz (beperkte verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag C ggz (matige verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag D ggz (gemiddelde verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag E ggz (intensieve verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag F ggz (extra intensieve verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag G ggz (zeer intensieve verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag H ggz (high intensive care (hic))

Een verblijfsdag heeft één van de volgende beveiligingsniveaus. De beveiligingsniveaus zijn uitgewerkt in bijlage 3.

- Geen
- Beveiligingsniveau 2
- Beveiligingsniveau 3
- Beveiligingsniveau 4

De NZa combineert de verzorgingsgraden en beveiligingsniveaus in de volgende prestaties:

- Verblijfsdag A t/m A4
- Verblijfsdag B t/m B4
- Verblijfsdag C t/m C4
- Verblijfsdag D t/m D4



- Verblijfsdag E t/m E4
- Verblijfsdag F t/m F4
- Verblijfsdag G t/m G4

Daarnaast bestaan de volgende prestaties:

- Verblijfsdag H
- Verblijfsdag E ggz met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit
- Verblijfsdag F ggz met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit
- Verblijfsdag G ggz met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit

3.2 Prestaties verblijfsdag fz

Een verblijfsdag is een zelfstandige prestatie en hoeft niet gekoppeld te zijn aan een consult. Een verblijfsdag is inclusief dagbesteding en vaktherapie. Een verblijfsdag heeft één van de volgende verzorgingsgraden. De verzorgingsgraden zijn uitgewerkt in bijlage 2.

- Verblijfsdag A fz (lichte verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag B fz (beperkte verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag C fz (matige verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag D fz (gemiddelde verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag E fz (intensieve verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag F fz (extra intensieve verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag G fz (zeer intensieve verzorgingsgraad)

Een verblijfsdag heeft één van de volgende beveiligingsniveaus. De beveiligingsniveaus zijn uitgewerkt in bijlage 3.

- Beveiligingsniveau 1
- Beveiligingsniveau 2
- Beveiligingsniveau 3
- Beveiligingsniveau 4

De NZa combineert de verzorgingsgraden en beveiligingsniveaus in de volgende prestaties:

- Verblijfsdag A1 t/m A4
- Verblijfsdag B1 t/m B4
- Verblijfsdag C1 t/m C4
- Verblijfsdag D1 t/m D4
- Verblijfsdag E1 t/m E4
- Verblijfsdag F1 t/m F4
- Verblijfsdag G1 t/m G4

In de volgende gevallen mogen de dagen dat de patiënt niet aanwezig is, gedeclareerd worden als verblijfsdag:

- ziekenhuisopname;
- onbegeleid, transmuraal of begeleid verlof;
- time-out tbs-gestelde;
- kortdurende terugplaatsing gedetineerden vanuit ggz naar penitentiaire inrichting (pi);
- no-show klinisch;
- onttrekking;
- In verband met het beschikbaar houden van de verblijfsplaats, gedurende de tijdelijke afwezigheid van de patiënt, indien er schriftelijke overeenstemming is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.
- Als er sprake is van 'fpt-proefverlof' en 'fpt-voorwaardelijke beëindiging' geldt het volgende. Als de patiënt buiten het fpc verblijft en er geen sprake is van een time-out, kunnen er geen verblijfsdagen geregistreerd worden door de fpc. Wanneer de patiënt wordt teruggeplaatst binnen het fpc vanwege een time-out, mogen er wel verblijfsdagen geregistreerd worden.
- Kortdurende externe opname vanwege detox, crisis, stabilisatie of observatie.

3.3 Zzp's, vpt's en extramurale parameters voor de forensische zorg

Naast consulten en verblijfsdagen bestaan in de fz zzp's, vpt's en extramurale parameters. Zzp's zijn voor de zorgvorm verblijf met begeleiding, maar zonder behandeling. Vpt's zijn ook voor begeleiding zonder behandeling, maar dan bij patiënt thuis. Voor de zorgvorm ambulante begeleiding zijn de extramurale parameters van toepassing.

Prestatiebeschrijving zzp's-c en zzp's-vg

Er zijn twee soorten zzp's:

- zzp's-c (inclusief en exclusief dagbesteding). De zzp's-c zijn voor patiënten die in de fz verblijven

vanwege ondersteunende begeleiding. De NZa stelt de volgende prestaties vast:

- zzp-c 1 t/m 6 (exclusief dagbesteding);
- zzp-c 1 t/m 6 (inclusief dagbesteding).
- zzp's-vg (inclusief en exclusief dagbesteding). De zzp's-vg zijn voor de specifieke zorg voor de verstandelijk beperkten. Hieronder valt niet de zorg die is gericht op de behandeling van een gedragsstoornis, verslaving of psychiatrische problematiek. De NZa stelt de volgende prestaties vast:
 - zzp-vg 1 t/m 7 (exclusief dagbesteding);
 - Zzp-vg 1 t/m 7 (inclusief dagbesteding).

De zzp is opgebouwd uit de volgende deelcomponenten. Vanuit deze deelcomponenten worden de functies persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en verblijf geleverd.

- woonzorg
- dagbesteding
- begeleiders
- verblijf
- kapitaallasten (nhc)
- inventaris (nic)

In de volgende gevallen mogen de dagen dat de patiënt niet aanwezig is, gedeclareerd worden als zzp-c of zzp-vg:

- ziekenhuisopname;
- onbegeleid, transmuraal of begeleid verlof;
- time-out tbs-gestelde;
- kortdurende terugplaatsing gedetineerden vanuit ggz naar penitentiaire inrichting (pi);
- no-show klinisch;
- onttrekking;
- in verband met het beschikbaar houden van de verblijfsplaats, gedurende de tijdelijke afwezigheid van de patiënt, indien er schriftelijke overeenstemming is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar;
- Als er sprake is van 'fpt-proefverlof' en 'fpt-voorwaardelijke beëindiging' geldt het volgende. Als de patiënt buiten het fpc verblijft en er geen sprake is van een time-out, kunnen er geen verblijfsdagen geregistreerd worden door de fpc. Wanneer de patiënt wordt teruggeplaatst binnen het fpc vanwege een time-out, mogen er wel verblijfsdagen geregistreerd worden.
- Kortdurende externe opname vanwege detox, crisis, stabilisatie of observatie.

De zzp's staan beschreven in Bijlage 4 Prestatiebeschrijvingen zzp's.

Prestatiebeschrijving vpt

Er zijn twee soorten vpt's:

- Vpt Ggz Wonen (inclusief en exclusief dagbesteding). De NZa stelt de volgende prestaties vast:
 - Vpt Ggz Wonen 1 t/m 5 (exclusief dagbesteding)
 - Vpt Ggz Wonen 1 t/m 5 (inclusief dagbesteding)
- Vpt-vg (inclusief en exclusief dagbesteding). De NZa stelt de volgende prestaties vast:
 - Vpt-vg 1 t/m 8 (exclusief dagbesteding)
 - Vpt-vg 1 t/m 8 (inclusief dagbesteding)

Conform de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2026, (BR/REG-26125a of eventuele opvolgers) omvatten vpt's de volgende vormen van zorg, zoals bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg:

- verpleging;
- persoonlijke verzorging;
- begeleiding;
- behandeling;
- vervoer naar begeleiding en/of behandeling;
- het verstrekken van eten en drinken;
- het schoonhouden van de woonruimte;
- logeeropvang.

De prestatiebeschrijving van de vpt's is dezelfde als in de Wlz en is vindbaar in artikel 6, tweede en derde lid, van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis.

Bij vpt-prestaties gelden de voorwaarden voor het bekostigen van afwezigheid uit de Wlz.

Prestatiebeschrijving extramurale parameters

Voor de zorgvorm ambulante begeleiding zijn de extramurale parameters van toepassing.

De NZa stelt de volgende extramurale parameters vast:

- H300 Begeleiding
- H150 Begeleiding extra
- H152 Begeleiding speciaal 1 NAH
- H153 Gespecialiseerde begeleiding (psy)
- F125 Dagactiviteit (begeleiding) LZA
- H811 Dagbesteding VG licht
- H812 Dagbesteding VG midden
- H813 Dagbesteding VG zwaar
- H328 Behandeling
- H329 Behandeling gedragswetenschapper

In Bijlage 5 Prestatiebeschrijvingen extramurale parameters zijn de prestatiebeschrijvingen van de extramurale parameters opgenomen. Ook staat aangegeven welke module bij de verschillende extramurale parameters mogelijk is.

4 Toeslagen

In de tariefbeschikking zal de NZa het voorschrift opnemen dat een toeslag niet zelfstandig gedeclareerd mag worden, maar alleen als toeslag op een consult of een verblijfsdag

4.1 Toeslagen op consulten

Op een consult kunnen de volgende toeslagen van toepassing zijn.

- Toeslag repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie (rTMS) (ggz en fz)
- Toeslag Reistijd ggz tot 25 minuten
- Toeslag Reistijd ggz vanaf 25 minuten
- Toeslag Reistijd fz tot 45 minuten
- Toeslag Reistijd fz vanaf 45 minuten
- Toeslag psychodiagnostiek
- Toeslag Contingency management
- Toeslag inzet Tolk vanaf 5 minuten tot 15 minuten
- Toeslag inzet Tolk vanaf 15 minuten tot 30 minuten
- Toeslag inzet Tolk vanaf 30 minuten tot 45 minuten
- Toeslag inzet Tolk vanaf 45 minuten tot 60 minuten
- Toeslag inzet Tolk vanaf 60 minuten tot 75 minuten
- Toeslag inzet Tolk vanaf 75 minuten tot 90 minuten
- Toeslag inzet Tolk vanaf 90 minuten tot 120 minuten
- Toeslag inzet Tolk vanaf 120 minuten
- Toeslag inzet tolk in groep voor 1 patiënt
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep voor 2 patiënten
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep voor 3 patiënten
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep voor 4 patiënten
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep voor 5 patiënten
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep voor 6 patiënten
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep voor 7 patiënten
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep voor 8 patiënten
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep voor 9 patiënten
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep vanaf 10 patiënten

Prestatiebeschrijving Toeslag repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie (rTMS) (ggz en fz)

De toeslag repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie (rTMS) is een toeslag voor rTMS. Transcraniële Magnetische Stimulatie (TMS) is een techniek waarbij hersenactiviteit veranderd wordt door middel van een kortdurende magnetische puls. Repetitieve TMS (rTMS) is een therapievorm waarbij hersenactiviteit op lange termijn veranderd kan worden door middel van het herhalend aanbieden van magnetische pulsen. Binnen de toeslag vallen de materiele kosten (zoals aanschaf/lease, onderhoud en afschrijving van het rTMS apparaat en gebruiksartikelen) voor de behandeling middels rTMS en de kosten voor huisvesting. De eenheid van de toeslag is per consult.

Prestatiebeschrijving Toeslag inzet Tolk

De toeslag inzet tolk is een toeslag voor zorg geleverd aan patiënten met een auditieve beperking en waarvoor de inzet van een tolk gebarentaal/communicatiespecialist noodzakelijk is. Het gaat hierbij om vroegdooven, plots- en laatdooven, slechthorenden, doofblinden en patiënten met een gehoorstoornis tinnitus, hypoacusis, ménière of auditieve verwerkingsproblemen. Daarnaast is de toeslag inzet tolk een toeslag voor zorg geleverd aan patiënten waarbij er een dusdanige taalbarrière is dat conform het “inzetkader talen tolk” de inzet van een erkende talen tolk conform de richtlijn ‘Omgaan met taalbarrières in de zorg en het sociaal domein’ noodzakelijk is.

De eenheid van de toeslag is per consult en kent eenzelfde minutenindeling als de consulten.

Algemene prestatiebeschrijving toeslagen Reistijd

De eenheid van de toeslagen Reistijd is per consult. Per consult mag maximaal één toeslag voor reistijd gedeclareerd worden. De toeslag mag daarom de opgetelde reistijd naar en van de patiënt en/of naaste(n) van de patiënt omvatten. Bij doorreis mag de werkelijk bestede tijd éénmaal worden gedeclareerd.

Prestatiebeschrijving Toeslag Reistijd ggz tot 25 minuten

Reistijd tot 25 minuten in de ggz.

Prestatiebeschrijving Toeslag Reistijd ggz vanaf 25 minuten

Reistijd vanaf 25 minuten in de ggz.

Prestatiebeschrijving Toeslag Reistijd fz tot 45 minuten

Reistijd tot 45 minuten in de fz.

Prestatiebeschrijving Toeslag Reistijd fz vanaf 45 minuten

Reistijd vanaf 45 minuten in de fz.

Prestatiebeschrijving Toeslag psychodiagnostiek

Deze toeslag is voor de extra directe en indirecte tijd voor het uitvoeren van psychodiagnostiek, zoals beschreven in de Definitie Psychodiagnostiek NIP en NVP 2023. Dit is een toeslag op het diagnostiekconsult vanaf 120 minuten en is niet beperkt naar setting of beroep.

Prestatiebeschrijving Toeslag Contingency management

Deze toeslag is voor de therapievorm contingency management en is gebaseerd op het escalierend beloningschema van DeFuentes-Merillas & de Jong, 2008. Deze toeslag dekt de kosten voor de uitgereikte vouchers en mag in rekening worden gebracht op een consult waarin een voucher wordt uitgereikt.

Prestatiebeschrijving Toeslagen inzet tolk in groep

De toeslagen inzet tolk zijn per 15 minuten, net zoals de groepsconsulten zelf. Per blok van 15 minuten wordt voor elke patiënt de prestatie gekozen die past bij het aantal patiënten dat gebruik heeft gemaakt van de tolk.

4.2 Toeslagen verblijfsdagen

Op een verblijfsdag kunnen de volgende toeslagen van toepassing zijn.

- Toeslag Oorlogsgelateerd psychotrauma (alleen op verblijfsdag D ggz)
- Toeslag Extreem vlucht- en beheersgevaarlijk (fz)
- Toeslag Sglvg+ bij beveiligingsniveau 2 (fz)

Prestatiebeschrijving Toeslag Oorlogsgelateerd psychotrauma (alleen op verblijfsdag D ggz)

De toeslag Oorlogsgelateerd psychotrauma is een toeslag voor zorg geleverd aan patiënten met een ernstige verstoring in het psychiatrisch toestandbeeld, veroorzaakt door oorlog of oorlogsgelateerde vervolging of oorlogsgelateerd geweld, waarvoor bovengemiddeld weekendverlof voor het

succesvol afronden van de behandeling noodzakelijk is. De eenheid van de toeslag is per verblijfsdag D in de ggz. In de tariefbeschikking zal de NZa opnemen dat de Toeslag Oorlogsgerelateerd psychotrauma alleen gedeclareerd mag worden indien er schriftelijke overeenstemming is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over het gebruik van de toeslag.

Prestatiebeschrijving Toeslag Extreem vlucht- en beheersgevaarlijk (fz)

Evgb-patiënten zijn extreem vlucht- en beheersgevaarlijke TBS-patiënten waarbij extra zorg en beveiliging noodzakelijk is. Voor zorg geleverd aan extreem vlucht- en beheersgevaarlijke (evbg) patiënten kan deze toeslag in rekening worden gebracht wanneer de patiënt de evbg-status krijgt van de evbg-commissie. De toeslag heeft een maximumtarief per patiënt per dag.

Prestatiebeschrijving Toeslag Sglvg+ bij beveiligingsniveau 2 (fz)

Deze toeslag verblijf is voor zorg aan personen die veroordeeld zijn onder het volwassen strafrecht met een forensische of strafrechtelijke zorgtitel, die in aanmerking komen voor plaatsing in een beveiligde instelling met een toelating 'sterk gedragsgestoord, licht verstandelijk gehandicapt met behandeling (sglvg+)'.

Voor de sglvg+ geldt een specifieke toeslag die verband houdt met kapitaallasten (nhc). Het bedrag kan als toeslag worden afgesproken bovenop het integrale tarief voor de deelprestaties verblijf met beveiligingsniveau 2. De verblijfsintensiteit is niet bepalend voor het al dan niet van toepassing zijn van deze toeslag.

5 Overige prestaties

5.1 Overige prestaties

Naast consulten, toeslagen op consulten en de verblijfsdagen bestaan in de ggz de volgende prestaties:

- Elektroconvulsietherapie ggz – regulier
- Elektroconvulsietherapie ggz – complex
- Elektroconvulsietherapie fz – regulier
- Elektroconvulsietherapie fz – complex
- Repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie (rTMS) ten behoeve van de rTMS-Technician (ggz en fz)
- Consultatie bij euthanasieverzoeken (ggz)
- Onderlinge dienstverlening (ggz en fz)
- Intercollegiaal overleg kort (van 5 tot 15 minuten) Setting ambulant kwaliteitsstatuut sectie II (ggz)
- Intercollegiaal overleg lang (vanaf 15 minuten) Setting ambulant kwaliteitsstatuut sectie II (ggz)
- Forensisch psychiatrisch toezicht (fz)
- Ambulante dagbesteding (fz)
- Zorgmachtiging Wet verplichte ggz (ggz en fz)
- Informatieverstrekking
- Niet-basispakketzorg consult (ggz)
- Niet-basispakketzorg verblijf (ggz)
- Facultatieve prestatie (ggz en fz)
- Ambulante methadonverstrekking (ggz en fz)
- Tbs-patiënt (fz)
- Rijbewijs: medisch specialistisch onderzoek (inclusief rapportage) voor rekening van de te keuren persoon, 15 min. directe tijd en 15 min. indirecte tijd
- Rijbewijs: medisch specialistisch onderzoek voor rekening van de te keuren persoon (houder/aanvrager rijbewijs), toeslag per 5 min. directe tijd, max 6 toeslagen
- Rijbewijs: medisch specialistisch onderzoek voor rekening te keuren persoon (houder/aanvrager rijbewijs), toeslag per 15 min. indirecte tijd door psychiater/neuroloog, max 2 toeslagen
- Rijbewijs: medisch specialistisch onderzoek (inclusief rapportage) bij Mededeling Medische Rijgeschiktheid
- Rijbewijs: medisch specialistisch onderzoek (inclusief rapportage) bij mededelingenprocedure voor alcohol-, drugs- en gedragsproblematiek
- Consultatie door sociaal domein (ggz)
- Spravato

Prestatiebeschrijving Elektroconvulsietherapie (ggz en fz)

De prestatie Elektroconvulsietherapie in de ggz en fz is een prestatie voor elektroconvulsietherapie. Dit is een fysische therapie en betreft behandeling met behulp van fysische technieken, waarbij door

middel van het opwekken van een epileptisch insult, uitgelokt door een stroompuls door het hoofd, getracht wordt bepaalde psychiatrische aandoeningen te behandelen.

Binnen de prestatie Elektroconvulsietherapie vallen de materiële kosten (zoals afschrijving, onderhoud van ect-apparatuur en overige materialen), de kosten voor ruimte gebruik, loonkosten van alle betrokken zorgverleners/beroepen en de tijd die een patiënt na de behandeling door brengt op de verkoeverkamer. De prestatie Elektroconvulsietherapie is een integrale prestatie en er mag niet gelijktijdig een (prestatie) consult worden geregistreerd. De prestatie Elektroconvulsietherapie betreft een eenheid per ect-verrichting.

Een prestatie Elektroconvulsietherapie wordt ingedeeld op basis van de ASA-klasse (American Society of Anesthesiologists. Deze klasse typeert de fysieke status van een patiënt en onderscheidt vijf categorieën: (ASA-klasse 1 t/m 5) onderverdeeld in één van de onderstaande categorieën:

- Elektroconvulsietherapie ggz – regulier
- Elektroconvulsietherapie ggz – complex
- Elektroconvulsietherapie fz – regulier
- Elektroconvulsietherapie fz – complex

Prestatiebeschrijving Elektroconvulsietherapie ggz – regulier

Elektroconvulsietherapie voor een patiënt in de geneeskundige ggz met ASA-klasse 1 of 2.

Prestatiebeschrijving Elektroconvulsietherapie ggz – complex

Elektroconvulsietherapie voor een patiënt in de geneeskundige ggz met ASA-klasse 3, 4 of 5.

Prestatiebeschrijving Elektroconvulsietherapie fz – regulier

Elektroconvulsietherapie voor een patiënt in de forensische zorg met ASA-klasse 1 of 2.

Prestatiebeschrijving Elektroconvulsietherapie fz – complex

Elektroconvulsietherapie voor een patiënt in de forensische zorg met ASA-klasse 3, 4 of 5.

Prestatiebeschrijving Repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie (rTMS) ten behoeve van de rTMS-Technician (ggz en fz)

De prestatie repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie (rTMS) ten behoeve van de rTMS-Technician is een prestatie voor rTMS uitgevoerd door een rTMS-Technician.

Transcraniële Magnetische Stimulatie (TMS) is een techniek waarbij hersenactiviteit veranderd wordt door middel van een kortdurende magnetische puls. Repetitieve TMS (rTMS) is een therapievorm waarbij hersenactiviteit op lange termijn veranderd kan worden door middel van het herhalend aanbieden van magnetische pulsen. Binnen deze prestatie vallen de personele kosten voor de rTMS-Technician, de materiele kosten (zoals aanschaf/lease, onderhoud en afschrijving van het rTMS apparaat en gebruiksartikelen) voor de behandeling met rTMS en de kosten voor huisvesting.

Bij de prestatie rTMS ten behoeve van rTMS-Technician wordt de technische uitvoering van rTMS gedaan door een rTMS-Technician, die voldoet aan het accreditatiekader voor de rTMS-Technician van de Stichting Hersenstimulatie.

Prestatiebeschrijving Consultatie bij euthanasieverzoeken(ggz)

Deze prestatie kan in rekening worden gebracht voor een second opinion door een psychiater bij een euthanasieverzoek op grond van psychisch lijden. Binnen deze prestatie valt het dossieronderzoek, gesprek met patiënt en naasten, verslaglegging en afsluiting. Anders dan de reguliere consulten is de prestatie voor consultatie euthanasieverzoek bedoeld voor zowel directe als indirecte tijd. Het tarief en de eenheid van de prestatie is per 15 minuten.

Prestatiebeschrijving Onderlinge dienstverlening (ggz en fz)

De prestatie onderlinge dienstverlening in de ggz en fz is een prestatie voor zorg die een zorgaanbieder verleent als onderdeel van een door een andere zorgaanbieder uit te voeren prestatie. De eerstgenoemde zorgaanbieder noemt de NZa 'opdrachtnemende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder noemt de NZa de 'opdrachtgevendende zorgaanbieder'. Deze prestatie is voor zorg die op zichzelf nog geen volledige prestatie vormt. Voor zorg waar een reguliere prestatie voor is vastgesteld

moet die prestatie voor het onderling verrekenen van zorg gebruikt worden.

Prestatiebeschrijving Intercollegiaal overleg setting ambulant kwaliteitsstatuut sectie II (ggz)

Van de prestatie Intercollegiaal overleg kan alleen gebruik gemaakt worden als er ook sprake is van de setting ambulant kwaliteitsstatuut sectie II. De prestatie is voor de tijd die besteed wordt door de consulterende zorgverlener voor patiënten van deze zorgverlener. De prestatie is voor inhoudelijk overleg tussen twee of meer behandelaren genoemd in artikel 2.2 Consulten beroep van de zorgverlener, waarbij de verwijzer is uitgesloten. Het overleg moet in het belang zijn van de behandeling van een specifieke patiënt of het systeem rondom de specifieke patiënt. Hierbij is er sprake van een interactie, een direct wederkerig overleg tussen de behandelaren. Het resultaat van het overleg wordt vastgelegd in het patiëntendossier.

Van deze prestatie bestaan twee vormen: kort (van 5 tot 15 minuten) en lang (vanaf 15 minuten).

Prestatiebeschrijving Forensisch psychiatrisch toezicht (fz)

Fpt is een intensieve multidisciplinaire samenwerking tussen het fpc en de reclassering bij de uitstroom van tbs-gestelden. De samenwerking betreft alle beslissingen over de benodigde behandeling, begeleiding en toezicht ten behoeve van de veilige en geleidelijke terugkeer van de tbs-gestelden in de samenleving. Forensisch psychiatrisch toezicht wordt per dag gedeclareerd.

Prestatiebeschrijving Ambulante dagbesteding (fz)

Bij de setting 'forensische en beveiliging zorg – klinische zorg' is dagbesteding integraal onderdeel van het verblijfstarief. In aanvulling op behandeling in de setting 'Forensische en beveiligde zorg – niet-klinische of ambulante zorg' is het mogelijk om dagbesteding te declareren via deze prestatie ambulante dagbesteding (fz). De prestatie kan ook in combinatie met een ZZP worden gedeclareerd wanneer ook ambulante behandeling wordt geleverd. Het is niet mogelijk om extramurale parameters naast dagbesteding (binnen het Zorgprestatiemodel) te declareren. Het tarief van de prestatie is per 60 minuten. Deze prestatie mag in rekening gebracht worden naar rato van de bestede tijd.

Prestatiebeschrijving Zorgmachtiging Wet verplichte ggz (ggz en fz)

Deze prestatie is voor de kosten van het aanvragen van een zorgmachtiging, wat relatief veel indirecte tijd kost. In de tariefbeschikking zal de NZa het voorschrift opnemen dat deze prestatie eenmaal per aanvraag zorgmachtiging gedeclareerd mag worden.

Prestatiebeschrijving Informatieverstrekking

Voor informatieverstrekking aan derden wordt één prestatie onderscheiden met een maximumtarief. Het betreft hier werkzaamheden die niet tot de te verzekeren prestaties bij of krachtens de Zorgverzekeringswet behoren en aldus door de aanvrager zelf moeten worden betaald, althans niet bij de zorgverzekeraar van de betreffende patiënt ten laste van de Zvw in rekening kunnen worden gebracht. Voor het declareren van deze prestatie gelden de volgende voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

1. Er dient sprake te zijn van een schriftelijk informatieverzoek afkomstig van een derde (al dan niet via de patiënt) dat niet volgt uit zorg- of dienstverlening in het kader van de Zvw;
2. De informatie dient schriftelijk te worden verstrekt aan de aanvrager;
3. De patiënt dient schriftelijk toestemming te verlenen voor het verstrekken van de informatie aan de derden;
4. Naast de declaratie van de prestatie 'informatieverstrekking aan derden' mag geen andere prestatiebeschrijving in het kader van de informatieverstrekking in rekening worden gebracht.

Deze prestatie mag niet in rekening worden gebracht:

1. indien het een informatieverzoek betreft waarvoor bij enig wettelijk voorschrift is bepaald dat zorgaanbieders die informatie kosteloos ter beschikking moeten stellen.
2. In het kader van zorgverlening waarvoor de zorgaanbieder:
 - a. de patiënt heeft verwezen, zoals bij een aanvraag/machtiging voor geneesmiddelen, hulpmiddelen;
 - b. een advies vraagt aan een andere zorgaanbieder.
3. Voor een (later) gevraagde toelichting of verduidelijking op de verstrekte informatie.

Prestatiebeschrijving Niet-basispakketzorg consult (ggz)

Voor zorg die niet tot het basispakket behoort kan deze prestatie gebruikt worden in het geval van een consult. Deze prestatie is bedoeld voor patiënten die zorg ontvangen die buiten de aanspraak op de

Zvw valt maar wel zorg is zoals omschreven in de Wmg. Anders dan de reguliere consulten is de prestatie Niet-basispakketzorg consult bedoeld voor zowel directe als indirecte tijd. Het tarief en de eenheid van de prestatie is per 15 minuten.

Prestatiebeschrijving Niet-basispakketzorg verblijf (ggz)

Voor zorg die niet tot het basispakket behoort kan deze prestatie gebruikt worden in het geval van verblijf. Deze verblijfsprestatie betreft een verblijf met overnachting. Deze verblijfsprestatie is bedoeld voor patiënten die opgenomen zijn om zorg te ontvangen die buiten de aanspraak op de Zvw valt maar wel zorg is zoals omschreven in de Wmg. De behandeling zelf valt niet onder deze prestatie. Het gaat hier uitsluitend om de verblijfskosten.

Prestatiebeschrijving Facultatieve prestatie

- Een facultatieve prestatie kan worden aangevraagd door middel van een gezamenlijke aanvraag van ten minste één zorgaanbieder en ten minste één zorgverzekeraar. De aanvraag kan worden ingediend met het formulier 'Aanvraagformulier facultatieve prestatie ggz/fz'. Het formulier moet volledig worden ingevuld en worden ondertekend. Daarnaast moet de aanvraag aan de volgende voorwaarden voldoen:
 - Uit de prestatiebeschrijving moet concreet en duidelijk blijken wat de inhoud is van de prestatie;
 - Uit de aanvraag blijkt, of in de aanvraag wordt toegelicht, dat de prestatie onder de reikwijdte valt van deze beleidsregel en specifiek geneeskundige ggz of fz betreft;
 - De indieners verklaren dat declaratie van de facultatieve prestatie herleidbaar is tot het niveau van de individuele verzekerde of justitiabele;
 - Het vaststellen van de facultatieve prestatiebeschrijving mag niet tot gevolg hebben dat zorg waarvoor een maximumtarief in rekening kan worden gebracht, zorg wordt waarvoor een vrij tarief in rekening kan worden gebracht.
- De NZa neemt na ontvangst van een aanvraag als bedoeld in het eerste lid een besluit met inachtneming van de geldende beslistermijnen uit de Algemene wet bestuursrecht (Awb). In het besluit wordt de datum van inwerkingtreding vermeld.
- Het besluit bedoeld in het vorige lid is een beschikking als bedoeld in artikel 50, eerste lid, van de Wmg. Het besluit wordt gepubliceerd op de website van de NZa. Het besluit wordt per post gestuurd aan de aanvragende partijen.
- Het besluit bedoeld in het tweede lid wordt verwerkt in de eerst volgende nieuwe versie van de tariefbeschikking volgend op de inwerkingtredingsdatum van het besluit.
- De facultatieve prestatie kent een vrij tarief.
- In de tariefbeschikking zal de NZa opnemen dat een facultatieve prestatie alleen gedeclareerd mag worden indien er schriftelijke overeenstemming is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over het gebruik van die facultatieve prestatie.

Prestatiebeschrijving Ambulante methadonverstrekking (ggz en fz)

De prestatie is een vergoeding voor verstrekte methadon. De eenheid van de prestatie is per maand.

Prestatiebeschrijving Tbs-patiënt (fz)

De settings forensische en beveiligde zorg – klinische zorg en niet klinische of ambulante zorg zijn van toepassing voor alle forensisch klinische en ambulante zorg (waaronder verblijfszorg) inclusief tbs. Het percentage indirecte tijd bij de behandeling van patiënten met een tbs-titel ligt hoger dan het gemiddelde binnen deze settings. Het verschil is verwerkt in deze prestatie. Het gaat hier om de volgende extra en/of aanvullende activiteiten en verrichtingen voor patiënten met een tbs-titel:

- Opstellen verlengingsadvies tbs, inclusief wettelijke aantekeningen
- Opstellen verlofaanvraag/-evaluatie, inclusief beantwoorden van vragen bij aanhouding en indienen van wijzigingen in het verlofplan.
- Uitvoeren risicotaxatie (scoren, consensus tussen hoofdbehandelaar en behandelteam en verslaglegging)
- Periodiek contact en monitoren voortgang/ontwikkelingen met vervolgvoorzieningen (zoals FPA's, RIBW)
- Periodiek contact en monitoren voortgang/ontwikkelingen met 3 reclasseringsorganisaties tijdens ambulant forensische psychiatrische toezicht (FPT).
- Interne patiëntgerichte overleggen
- Behandelstagnatie/overleg andere klinieken of advocaten.
- Calamiteiten (opstellen Melding bijzonder Voorval (MBV) bij incidenten en/of onttrekking, contact met Hoofdkantoor DJI, politie, FastNL, Openbaar Ministerie)
- Dossierstudie (met name bij het begin van de transmurale fase en de jaren erna)

Deze prestatie is per dag per patiënt met een van de volgende forensische titels:

- tbs met dwangverpleging, artikel 37a in samenhang met artikel 37b van het Wetboek van Strafrecht;
- verlenging tbs, artikel 6:6:10, eerste lid, van het Wetboek van Strafvordering;
- bevel voorlopige verpleging, artikel 6:6:11, zesde lid, van het Wetboek van Strafvordering.

Prestatiebeschrijving rijbewijsprestaties

Er zijn twee soorten rijbewijskeuringen, te weten: de gezondheidsverklaring en de mededelingenprocedure.

Bij een gezondheidsverklaring beoordeelt het CBR of een keurling gezond genoeg is om veilig aan het verkeer deel te nemen. De standaardprestatie voor de gezondheidsverklaring omvat maximaal 15 minuten directe tijd en maximaal 15 minuten indirecte tijd. Directe tijd is de tijd die de keuringsarts met de te keuren persoon doorbrengt in het kader van het onderzoek. Indirecte tijd is de tijd die de keuringsarts nodig heeft voor het inlezen in het dossier alsmede het opstellen van de rapportage. Onder indirecte tijd wordt uitdrukkelijk niet verstaan werkzaamheden van financiële, administratieve of secretariële aard. In aanvulling op de standaardprestatie voor de gezondheidsverklaring bestaan twee afzonderlijke toeslagprestaties: één voor directe tijd met een tijdsduur van maximaal 5 minuten en één voor indirecte tijd met een tijdsduur van maximaal 15 minuten waarmee – onder voorwaarden – toeslagen op de bestede directe en indirecte tijd in rekening mogen worden gebracht. De toeslagprestatie voor 5 minuten extra directe tijd wordt ten hoogste zes keer in rekening gebracht wanneer de bestede directe tijd zoals genoemd in de standaardprestatie voor een gezondheidsverklaring het basisaantal van maximaal 15 minuten heeft overschreden. Bij rijbewijskeuringen voor een gezondheidsverklaring uitgevoerd door een neuroloog of psychiater, geldt in aanvulling dat de toeslagprestatie voor 15 minuten extra bestede indirecte tijd maximaal twee keer in rekening wordt gebracht, indien is voldaan aan beide onderstaande voorwaarden:

- de indirecte tijd zoals genoemd in de standaardprestatie voor een gezondheidsverklaring heeft het basisaantal van maximaal 15 minuten overschreden, en;
- de keuring betreft een herkeuring op grond van artikel 104 Reglement Rijbewijzen (RR) of heeft betrekking op een van de hierna genoemde categorieën uit de 'Regeling eisen geschiktheid 2000':
 - 7.4 progressieve neurologische en neuromusculaire ziektebeelden;
 - 8.6.1 dementie;
 - 8.7 persoonlijkheidsstoornissen;
 - 8.8 misbruik van psychoactieve stoffen (zoals alcohol en drugs).

De keuringsinstantie c.q. zorgaanbieder die rijbewijskeuringen voor een gezondheidsverklaring uitvoert, geeft op haar website of op een andere publiek toegankelijke plaats, zoals de receptiebalie of wachtkamer, aan:

- wat de standaardprestatie voor een gezondheidsverklaring inhoudt, opgesplitst in de deelprestaties voor directe en indirecte tijd en welke tarieven daarvoor gelden;
- in welke gevallen en onder welke voorwaarden de toeslagenprestaties in rekening gebracht worden en welke tarieven daarvoor gelden.

De keuringsinstantie c.q. zorgaanbieder die rijbewijskeuringen voor een gezondheidsverklaring uitvoert, verstrekt een schriftelijke of digitale nota (factuur) aan de gekeurde persoon. Op deze nota staat in ieder geval:

- het in rekening gebrachte tarief, en;
- een omschrijving van de in rekening gebrachte standaardprestatie, opgesplitst in directe en indirecte tijd, alsmede – voor zo ver van toepassing – het aantal en een omschrijving van de in rekening gebrachte toeslagprestaties, eveneens opgesplitst in directe en indirecte tijd.

Voor de ggz worden eventuele kosten voor laboratoriumonderzoek niet apart in rekening gebracht, maar vergoed als onderdeel van de ggz-tarieven voor consulten en verblijfsprestaties.

Prestatiebeschrijving Consultatie ggz door sociaal domein (ggz)

De prestatie Consultatie ggz door het *sociaal domein* is een prestatie om zorginhoudelijk *contact* tussen een professional uit het sociaal domein en een *zorgverlener* in de ggz, over inwoners begeleid in het sociaal domein, af te rekenen. Het gaat om de beschikbaarheid van ggz-expertise ten behoeve van inwoners begeleid in het sociaal domein, waarbij het zorginhoudelijk contact niet hoeft te leiden tot een (nieuwe) verwijzing naar de ggz en zwaardere vormen van zorg voorkomen kan worden. Het is een prestatie voor het afrekenen van het geheel van de zorginhoudelijke contacten. De prestatie heeft een vrij tarief en mag alleen gedeclareerd worden indien er schriftelijke overeenstemming is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over het gebruik van deze prestatie.

Prestatiebeschrijving Spravato

Prestatie voor het intramurale geneesmiddel esketamine neusspray (Spravato®). De prestatiebeschrijving van Spravato wordt gevormd door de artikelomschrijving van het consumentenartikel zoals opgenomen in de G-standaard. Dit vormt de eenheid van de prestatie. Deze prestatie is alleen voor de kosten van het geneesmiddel. De voorzorg, het toedienen en de nazorg kan worden gedeclareerd via de reguliere consulten. In de tariefbeschikking zal de NZa opnemen dat deze prestatie alleen gedeclareerd mag worden als de indicatie is vastgelegd waarvoor Spravato is toegediend. De indicatie is de aandoening waarvoor het medicijn kan worden voorgeschreven.

Het tarief voor de prestatie voor jaar t is gebaseerd op de apotheekinkoopprijs van 1 juni van het jaar t-1 plus btw. Op de apotheekinkoopprijs is de Wet Geneesmiddelenprijzen (Wgp) van toepassing. Op basis van de Wgp stelt het Ministerie van VWS twee keer per jaar (april en oktober) maximumprijzen voor geneesmiddelen vast voor de farmaceutische industrie. In de tariefbeschikking zal de NZa het voorschrift opnemen dat het vastgestelde maximumtarief van de NZa nooit hoger mag zijn dan de Wgp-maximumprijs. Daarom wordt het maximumtarief indien nodig, gedurende het jaar, verlaagd tot de Wgp-maximumprijs. Deze herziene maximumtarieven zijn terug te vinden in de G-standaard.

5.2 Overige prestaties Acute ggz ter dekking van het budget

Voor de acute ggz ter dekking van het budget bestaan de volgende prestaties:

- Consult Acute ggz ter dekking van het budget
- Verblifsdag D (gemiddelde verzorgingsgraad) Acute ggz ter dekking van het budget
- Verblifsdag E (intensieve verzorgingsgraad) Acute ggz ter dekking van het budget
- Verblifsdag F (extra intensieve verzorgingsgraad) Acute ggz ter dekking van het budget
- Verblifsdag G (zeer intensieve verzorgingsgraad) Acute ggz ter dekking van het budget
- Verblifsdag H (high intensive care (hic)) Acute ggz ter dekking van het budget
- Toeslag Reistijd acute ggz ter dekking van het budget tot 25 minuten
- Toeslag Reistijd acute ggz ter dekking van het budget vanaf 25 minuten

Prestatiebeschrijving

De prestaties Acute ggz ter dekking van het budget zijn voor acute psychiatrische hulpverlening bestaande uit de functies triage, beoordeling, beschikbaarheid (outreaching) ambulante crisisbehandeling (inclusief beoordelingsruimte), beschikbaarheid crisisbedden en opname. De zorg wordt geleverd conform de eisen die de zorgstandaard acute psychiatrie stelt aan de organisatie en expertise van het team en de samenwerkingsafspraken (regioplan).

De prestaties Acute ggz ter dekking van het budget zijn ter dekking van budget acute ggz.

- De prestaties Acute ggz ter dekking van het budget zijn voor de acute ggz ter dekking van het budget gedurende de eerste 3 kalenderdagen;
- De periode waarin prestaties Acute ggz ter dekking van het budget worden geleverd start op de kalenderdag waarop de eerste prestatie in dit kader wordt geregistreerd.

De consulten Acute ggz ter dekking van budget worden gedifferentieerd naar:

- Beroep van de zorgverlener conform artikel 2.2 van deze Beleidsregel;
- Tijdsindeling conform artikel 2.3 van deze Beleidsregel.

Er wordt geen onderscheid gemaakt in diagnostiek- en behandelconsulten. Er wordt geen onderscheid gemaakt naar setting.

De toeslagen zijn niet van toepassing bij de prestaties Acute ggz ter dekking van het budget. Alleen de toeslag reistijd acute ggz ter dekking van het budget zijn van toepassing op de prestaties Acute ggz ter dekking van budget.

De prestaties ter dekking van budget hebben een vast tarief als bedoeld in artikel 50 lid 1 sub b van de Wmg.

6 Tarieven

6.1 Maximumtarieven

Voor de volgende prestaties gelden maximumtarieven, zoals bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder c, van de Wmg. Dit betekent dat prijsafspraken kunnen worden gemaakt op of onder het maximumtarief met een ondergrens van € 0,-. In aanvulling hierop biedt de NZa aan zorgaanbieders een mogelijkheid om tot een maximum van 10% boven het geldende maximumtarief prijsafspraken te maken. Dit is het

max-max tarief. Het max-max tarief is een vorm van een maximumtarief. Om hiervoor in aanmerking te komen dient sprake te zijn van een schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar.

- Consulten
- Verblijfsdagen, zzp's en extramurale parameters
- Toeslagen
- Overige prestaties, met uitzondering van:
 - Facultatieve prestaties
 - Overige prestaties Acute ggz ter dekking van het budget

6.2 Vaste tarieven

Voor de volgende prestaties gelden vaste tarieven, zoals bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder b, van de Wmg.

- Overige prestaties Acute ggz ter dekking van budget

6.3 Vrije tarieven

Voor de volgende prestaties gelden vrije tarieven, zoals bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder a, van de Wmg.

- Facultatieve prestaties
- Onderlinge dienstverlening
- Consultatiefunctie door sociaal domein

6.4 Tariefopbouw

In de nog vast te stellen Beleidsregel tariefopbouw prestaties in de geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg – BR/REG-27113 of opvolgers daarvan is vastgelegd hoe de NZa de tarieven bepaalt voor de prestaties in de ggz en fz.

7 Wijzigingsverzoeken

7.1 Formele eisen

Het verzoek moet worden ingediend:

- Door een zorgaanbieder, een zorgverzekeraar, een vertegenwoordiger van zorgaanbieders of een vertegenwoordiger van zorgverzekeraars;
- Via het daarvoor bestemde digitale formulier dat is te vinden op de website van de NZa;
- Inclusief het standpunt van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en/of de Dienst justitiële inrichtingen (DJI) en ten minste één branchepartij die de belangen behartigt van zorgaanbieders waarop het verzoek inhoudelijk betrekking heeft, of een verklaring waarom geen standpunt is verstrekt.
- Voor 1 oktober jaar t–2.

7.2 Termijnen

De tijdslijn voor wijzigingsverzoeken ziet er als volgt uit:

- Vóór 1 oktober t–2 aanvragen ingediend
- December jaar t–2 publicatie longlist met gevraagde wijzigingen
- Tot Februari jaar t–1 bespreken ingediende wijzigingsverzoeken
- April jaar t–1 publicatie nieuw beleid
- Juli t–1 publicatie tariefbeschikking
- 1 januari jaar t inwerkingtreding Tariefbeschikking

Jaar t is het jaar waarin de wijziging van kracht wordt. De NZa kan afwijken van deze tijdslijn als zij dit om zorginhoudelijke redenen of andere zwaarwegende belangen nodig vindt.

De NZa communiceert zoveel mogelijk over ingediende wijzigingsverzoeken. Het formele besluitmoment is de Tariefbeschikking, waar ook bezwaar en beroep tegen open staat.

7.3 Beoordelingscriteria

De NZa beoordeelt een wijzigingsverzoek aan de hand van de onderstaande criteria. Afhankelijk van de inhoud van het wijzigingsverzoek zullen criteria in meer of mindere mate van toepassing zijn. Onderstaande criteria zijn richtinggevend maar niet uitputtend of bedoeld afvinklijst. De eerste tien criteria zijn één op één gebaseerd op de ontwerpcriteria van het zorgprestatie-model. Voor aanvragen voor een facultatieve prestatie of een experimentele prestatie kent de NZa een ander (beperkt) beoordelingskader.

- Betreft het een eenvoudige prestatie, die begrijpelijk is voor de patiënt?
- Weerspiegelt de aangevraagde prestatie daadwerkelijk geleverde zorg, en is deze daarmee controleerbaar voor de patiënt?
- Sluit het tarief aan bij de behandelinzet en de benodigde setting?
- Leidt het verzoek tot verlichting van administratieve lasten en leidt het verzoek niet tot extra tijdsregistratie?
- Wat is de impact van het verzoek op de snelheid van inzicht in zorguitgaven?
- Draagt het verzoek bij aan eenvoudige en duidelijke regels met ruimte voor innovatie?
- Stimuleert het verzoek procesgerichte beheersing i.p.v. controle achteraf?
- Draagt het verzoek bij aan ontschotting?
- Draagt het verzoek bij aan het sturen op gepaste en doelmatige zorg?
- Is het verzoek flexibel te combineren met doorontwikkeling zorgvraagtypering?

Verder kijkt de NZa naar de volgende criteria

- Valt de toe te voegen prestatie onder de reikwijdte van de Wmg?
- Is het een verzekerde aanspraak?
- Voldoet het aan de privacy vereisten?
- Is de voorgestelde prestatieomschrijving duidelijk en voldoende onderscheidend?
- Is er een solide/motiveerbare tariefsbepaling mogelijk?
- Wat is de impact op de uitvoeringspraktijk (onder andere qua ICT)?
- Is de prestatie voldoende herkenbaar voor de praktijk?
- Valt het al onder een andere prestatie?
- Is een kostenverschil dusdanig dat het een aparte prestatie rechtvaardigt?
- Komt het vaak genoeg voor dat het een aparte prestatie rechtvaardigt?
- Zijn er lichtere alternatieven mogelijk?
- Delen aanbieders en verzekeraars beide de wens om de prestatie toe te voegen?
- Zijn we het systeem niet zo ver aan het verfijnen dat de nadelen van toevoegen groter zijn dan de voordelen?
- Is er een maatschappelijke noodzaak een aparte prestatie toe te voegen?
- Voor hoelang is de prestatie zinvol?
- Zijn er andere criteria die afgewogen moeten worden?

Specifiek voor tarieven neemt de NZa de volgende criteria mee in haar beoordeling.

- Wat is de reden dat het tarief nu niet meer redelijkerwijs kostendekkend is?
- Op welke tarieven zou de wijziging invloed kunnen hebben?
- Wat zijn de macro meerkosten?
- Waarom was dit punt niet duidelijk tijdens het laatste kostprijsonderzoek?
- Is het voldoende om dit onderwerp op de onderhoudslijst te zetten voor een nieuw uit te voeren kostprijsonderzoek?

8 Slotbepalingen

8.1 Intrekken oude beleidsregel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze Beleidsregel prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg, met kenmerk BR/REG-27111, wordt de Beleidsregel prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg, met kenmerk BR/REG-26134b, ingetrokken.

8.2 Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel

De beleidsregel genoemd in artikel 8.1 blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking heeft op de periode waarvoor die beleidsregel gold.

8.3 Inwerkingtreding / Bekendmaking

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2027. Ingevolge artikel 5, aanhef en onderdeel e, van de Bekendmakingswet, zal deze beleidsregel in de Staatscourant worden geplaatst.

De beleidsregel ligt ter inzage bij de NZa en is te raadplegen op www.nza.nl.

8.4 Citeertitel

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: Beleidsregel prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg.



TOELICHTING

Algemeen

De afbakening van de aanspraak door het Zorginstituut is leidend.

Artikelsgewijs

Toelichting Artikel 1.1 Begripsbepalingen

Consult

In de definitie van consult is opgenomen dat een interactie ononderbroken is en dat met ononderbroken wordt bedoeld dat het niet is toegestaan om zonder zorginhoudelijke reden consulten op te knippen. Het halen van bijvoorbeeld een kopje koffie, een sanitaire stop of een korte pauze geldt niet als onderbreking.

Toelichting Hoofdstuk 2

Het is mogelijk om per patiënt meerdere consulten op een dag te declareren.

Toelichting artikel 2.1 Consulten diagnostiek en behandeling

Toelichting Diagnostiek

Deze activiteit kan in de vorm zijn van het opstellen van een verpleegkundige diagnose, een psychologische probleemanalyse en/of een psychiatrische structuurdiagnose, en een diagnostische classificatie volgens het vigerende psychiatrische classificatiesysteem.

Er kan ook sprake zijn van een of meerdere specifieke aanvullende (neuro)psychologische onderzoeken volgens een gestructureerde en gevalideerde testmethode, zoals een intelligentieonderzoek, een persoonlijkheidsonderzoek, een onderzoek naar specifieke psychiatrische beelden of ontwikkelingsstoornissen als er hieromtrent vermoedens gerezen zijn vanuit diagnostisch onderzoek, een neuropsychologisch onderzoek of in het geval van de forensische zorg van verdiepingsdiagnostiek. De diagnostiek resulteert in een intakeverslag en/of een diagnostisch rapport, dat resulteert in een behandelplan en/of toetsbare, significante en directe aanpassing en/of bijstelling van het behandelplan, alswel een toetsbare en directe evaluatie ervan.

Diagnostiekactiviteiten kunnen ook onderdeel zijn van behandelconsulten, maar alleen consulten die enkel als doel hebben het uitvoeren van diagnostiek mogen als een diagnostiekconsult gedeclareerd worden. Een consult is een ononderbroken contact en kan niet deels als diagnostiekconsult en deels als behandelconsult worden gedeclareerd.

Toelichting artikel 2.4 Consulten setting

Algemene omschrijving en verantwoording van settings

Zie de brief VWS d.d. 2 juli 2019: www.zorgprestatie.nl/shared/content/uploads/2019/09/CZ-192343.pdf

Voorafgaand aan de diagnostiekfase een inschatting maken welke setting het best past bij de zorgvraag van de cliënt, kan bijvoorbeeld op basis van de verwijzing.

Toelichting setting Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie III – monodisciplinair

De kwaliteitscriteria voor instellingen zijn onder andere opgenomen in het Kwaliteitsstatuut. Daarnaast hebben veldpartijen de volgende operationalisering afgesproken van aanbieders die voldoen aan sectie III van het kwaliteitsstatuut. Deze operationalisering betreft een minimumgrens.

- De aanbieder beschikt over een passende AGB-code met gekoppelde Wtza-vergunning
- Een psychiater of klinisch psycholoog is aantoonbaar op afroep beschikbaar

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) controleert of zorgaanbieders aan deze verplichtingen voldoen. Diagnostiek kan in deze setting worden uitgevoerd door een andere zorgverlener dan de behandeling.

Toelichting Setting Outreachend

Voorbeelden van locaties zijn thuis, kantoor, of elders zoals het park. Beschikbaarheid van zorg buiten kantoortijden kan oftewel door het outreachende team zelf of door samenwerking met een klinische afdeling of crisisdienst. Het betreft vaak onplanbare zorg. Voorbeelden van outreachende zorg zijn FACT (Flexible Assertive Community Treatment) en IHT (intensive hometreatment).

Toelichting Artikel 3.4 Zzp's en extramurale parameters voor de forensische zorg

Naast consulten en verblijfsdagen bestaan in de fz zzp's en extramurale parameters. Het is mogelijk om parallel aan zzp's andere prestaties te declareren. Ook kan een prestatie in rekening worden gebracht terwijl de patiënt niet aanwezig is.

Toelichting artikel 4.1 Toeslagen op consulten

Toelichting prestatie Toeslag repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie (rTMS) (ggz en fz)

Consult declarerende beroepen binnen de ggz/fz maken voor het declareren van een rTMS behandeling gebruik van een consult met een toeslag voor rTMS. Geaccrediteerde rTMS-Technicians die geen consult mogen declareren binnen de ggz/fz kunnen gebruik maken van de overige prestatie ten behoeve van de rTMS-Technician.

Toelichting artikel 5.1 Overige prestaties

Toelichting prestatie Onderlinge dienstverlening

Bij een betaling voor onderlinge dienstverlening moet altijd gebruik worden gemaakt van een door de NZa vastgestelde prestatie. Voor het in rekening brengen van zorg heeft een opdrachtnemende zorgaanbieder twee mogelijkheden:

- Directe declaratie van een reguliere prestatie door een opdrachtnemende zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar (alleen voor Zvw). Hiervan is sprake als de opdrachtnemende zorgaanbieder de vergoeding voor de zorgprestatie die hij in opdracht heeft geleverd direct bij de zorgverzekeraar in rekening brengt. Wanneer de zorg die wordt geleverd wel in rekening kan worden gebracht op basis van een reguliere prestatie, dan moet deze prestatie dus ook worden gebruikt. Deze prestaties kunnen worden gebruikt voor zowel declaratie aan de zorgverzekeraar als voor een betaling voor onderlinge dienstverlening. De bepalingen in de omschrijvingen en het geldende max-tarief zijn van toepassing, ook wanneer de reguliere prestaties worden gebruikt voor een betaling voor onderlinge dienstverlening. In de forensische zorg is deze route niet mogelijk.
- Betaling voor onderlinge dienstverlening als er geen reguliere prestatie is. Van een betaling voor onderlinge dienstverlening is sprake wanneer de opdrachtgevende zorgaanbieder een vergoeding uitkeert aan de opdrachtnemende zorgaanbieder voor (het onderdeel van) de zorgprestatie die de opdrachtnemende zorgaanbieder heeft uitgevoerd. De prestatie onderling dienstverlening is vormvrij (aanbieders spreken onderling af om welke zorg het gaat) en kent een vrij tarief.

De contractrelatie (of het gebrek daaraan) van de aanbieder die bij de verzekeraars declareert is van toepassing.

Toelichting prestatie Informatieverstrekking

Het verzoek. Verzoeken kunnen afkomstig zijn van onder meer bedrijfs- of verzekeringsartsen, advocaten, justitie/politie.

Op grond van het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer Wmg wordt onder 'zorg' niet verstaan bedrijfsgeneeskundige zorg en verzekeringsgeneeskundige zorg. Bedrijfsgeneeskundige zorg en verzekeringsgeneeskundige zorg vallen dus niet onder de prestatie- en tariefregulering van de NZa. Deze prestatie mag dus gebruikt worden als een zorgaanbieder in de zin van de Wmg een informatieverzoek ontvangt van een bedrijfs- of verzekeringsarts. Echter, wanneer een bedrijfs- of verzekeringsarts een informatieverzoek ontvangt, bijvoorbeeld van een (letselschade)advocaat, mag deze prestatie niet worden gebruikt. Bedrijfsgeneeskundige zorg en verzekeringsgeneeskundige zorg zijn immers uitgezonderd van de prestatie- en tariefregulering van de Wmg.

Schriftelijke verstrekking. Digitale verstrekking, zoals e-mails al dan niet met bijlagen, staat gelijk aan een schriftelijke verstrekking.

Toestemming patiënt. De toestemming van de patiënt kan zowel direct als indirect plaatsvinden. De patiënt kan dus zelf rechtstreeks schriftelijk toestemming verlenen aan de zorgaanbieder om de informatie (aan een derde) te verstrekken. Daarnaast kan de patiënt schriftelijk toestemming geven

aan de derde, die het verzoek namens deze persoon indient bij de zorgaanbieder en deze schriftelijke toestemming meestuurt met het verzoek.

Geen andere prestatiebeschrijvingen. Naast de declaratie van de prestatiebeschrijving 'informatieverstrekking aan derden' mag geen andere prestatiebeschrijving in rekening worden gebracht. Zo mag er bijvoorbeeld geen consult in rekening worden gebracht als er contact met de patiënt heeft plaatsgevonden in het kader van het informatieverzoek.

Kosteloze verstrekking. Artikel 88 Zvw bepaalt bijvoorbeeld dat verzoeken om de verstrekking van inlichtingen en gegevens (= informatie) van zorgverzekeraars aan zorgaanbieders, die nodig is ter uitvoering van de zorgverzekeringen, kosteloos moet worden verstrekt. En artikel 12, vijfde lid, van de Algemene Verordening Gegevensbescherming bepaalt bijvoorbeeld dat informatieverzoeken die (louter) betrekking hebben op de verstrekking van kopieën uit het medisch dossier van een betrokkene (patiënt) kosteloos dienen te worden verstrekt, ongeacht van wie dit verzoek afkomstig is. De prestatiebeschrijving 'informatieverstrekking aan derden' mag onder meer in deze situaties dus niet in rekening worden gebracht.

Toelichting prestatie Niet-basispakketzorg consult (ggz)

Het tarief en de eenheid van deze prestatie is *per* 15 minuten directe en indirecte tijd. Dit betekent dat als een aanbieder minder dan 15 minuten tijd (direct plus indirect) heeft besteed aan het niet-basispakketzorg consult er nog geen prestatie in rekening gebracht kan worden. Indien de totale tijdsbesteding 48 minuten is geweest mag de prestatie 3 x in rekening gebracht worden.

Toelichting prestatie Spravato

Het Zorginstituut heeft geadviseerd over o.a. de effectiviteit en de kosteneffectiviteit van Spravato. Onderdeel van dit advies is een advies over de plaats van Spravato binnen de aanspraak: www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2020/09/30/pakketadvies-esketamine-neusspray-spravato

Toelichting prestatie Facultatieve prestatie

Het zorgprestatiemodel biedt op zichzelf al ruimte voor innovatieve en digitale zorg. Het contact tussen zorgverlener en patiënt kan op alle digitale manieren plaatsvinden en is declarabel door middel van de consulten. Daarnaast geeft het vervallen van de disciplinemix meer ruimte om behandelmethodieken in te zetten met een andere dan de gemiddelde disciplinemix en biedt het max-max tarief ruimte om een extra vergoeding voor innovatieve zorg overeen te komen.

De facultatieve prestatie is een instrument om innovatieve zorgvormen te faciliteren. De facultatieve prestatie is bedoeld voor de bekostiging van zorg met een innovatief karakter. Het kan ook gaan om een innovatieve manier van organiseren van zorg zolang deze binnen de reikwijdte van het ggz-/fz-domein valt. Het is een laagdrempelige manier om te starten met initiatieven die niet in de reguliere prestaties van het zorgprestatiemodel te vangen zijn. Voorbeelden zijn: 1. Initiatieven waarbij de inzet behandelaren (voor een deel) wordt vervangen door digitale toepassingen waarbij geen direct contact met de patiënt plaatsvindt, 2. Integrale vormen van bekostiging of 3. Nieuwe innovatieve zorg binnen ggz-/fz-domein.

Toelichting prestatie Tbs-patiënt (fz)

De settings forensische en beveiligde zorg – klinische zorg en niet klinische of ambulante zorg zijn van toepassing voor alle forensisch klinische en ambulante zorg (waaronder verblijfszorg) inclusief tbs. Het percentage indirecte tijd bij de behandeling van patiënten met een tbs-titel ligt hoger dan het gemiddelde binnen deze settings. Het verschil is verwerkt in deze prestatie.

Toelichting prestatie Consultatiefunctie ggz door sociaaldomein

Op grond van de aanwijzing van 30 augustus 2023 van Minister voor Langdurige Zorg en Sport (Kenmerk 3636527-1051016-PZO) gaat het bij de consultatiefunctie ggz om de situatie van rechtstreekse consultatieve raadpleging van de *zorgverlener* in de ggz door een professional in het sociaal domein. De beantwoording van de vraag kan via een overleg (indirect). Deze consultatie is vooral gericht op de verdere aanpak of het voorkomen van zwaardere zorg en biedt zo extra handvatten voor een professional in het sociaal domein om diens taak goed te kunnen vervullen. Het gaat dus om inwoners die al worden begeleid vanuit het sociaal domein en waarbij de beschikbaarheid van ggz-expertise zwaardere zorg kan voorkomen. Het Zorginstituut Nederland duidt deze consultatiefunctie ggz door sociaal domein als zorg die ten laste van de Zorgverzekeringswet (Zvw) kan worden gebracht, omdat sprake is van geneeskundige zorg of een grote verwevenheid daarmee. Zie hiervoor het Standpunt Domein overstijgende consultatiefunctie GGZ van het Zorginstituut Nederland. Geeste-

lijke gezondheidszorg voor jongeren onder de 18 jaar valt niet onder de Zvw maar onder de Jeugdwet. Bij consultatie tussen een professional in het sociaal domein en een ggz professional over een individu jonger dan 18 jaar is het de gemeente die de ggz professional moet bekostigen. Het gaat niet om situaties waarbij sprake is van een bemoeizorg-traject welke wordt opgestart in opdracht van de gemeente als onderdeel van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg: deze vorm van ondersteuning valt onder de Wmo 2015. De bekostiging van de consultatiefunctie ggz moet de domein overstijgende samenwerking tussen het sociaal domein en de geneeskundige ggz als onderdeel van de Zvw versterken. Voor ggz-aanbieders en zorgverzekeraars biedt deze prestatie de mogelijkheid om (lumpsum)afspraken te maken over de inzet van ggz-professionals in geval zij worden geconsulteerd door een professional uit het sociaal domein. Het gaat dan bijvoorbeeld om de situatie waarin vragen zijn over de benodigde zorg inzake inwoners die niet (meer) in zorg zijn bij de ggz, zonder dat de inwoner naar de ggz behoeft te worden verwezen. Tot dusver kwam die samenwerking vaak niet van de grond, vanwege het ontbreken van een adequate bekostiging. De *ggz-aanbieder* kan via de nieuwe prestatie de consultatieve raadpleging vergoed krijgen.

Toelichting prestatie Consultatie bij euthanasieverzoeken (ggz)

Voor euthanasie in de geneeskundige ggz is de richtlijn “Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis”[1] opgesteld. Deze medische richtlijn kent 4 fasen: Verzoekfase; beoordelingsfase; consultatiefase; uitvoeringsfase. In de medische richtlijn wordt vastgelegd hoe een arts het hele traject van de levensbeëindiging zorgvuldig kan doorlopen van het bespreken van een stervenswens van een patiënt met een psychische stoornis in de verzoekfase tot de daadwerkelijke levensbeëindiging in de uitvoeringsfase.

In het geval van euthanasie op grond van psychisch lijden zal de ‘eigen’ arts[2] (de eerste arts) van de patiënt met de stervenswens een groot deel van de activiteiten als benoemd in de fases in de richtlijn zelf uitvoeren. Als deze arts een psychiater is dienen deze activiteiten gedeclareerd te worden via de reguliere diagnostiek en behandel consulten in de ggz. Wanneer de euthanasie als gevolg van psychisch lijden niet door een psychiater wordt uitgevoerd, dan zijn de ggz prestaties niet van toepassing. Dit is bijvoorbeeld het geval bij euthanasie door de huisarts of door een medisch specialist. In dat geval zijn de huisartsen prestaties dan wel de betreffende prestaties voor specialisten ouderengeneeskunde/medisch specialisten van toepassing.

In de richtlijn zijn er ook een aantal momenten vastgelegd waarop de arts een andere arts of psychiater kan en/of moet betrekken. Dit betreft:

- a) de second opinion door een onafhankelijk psychiater in de beoordelingsfase. Dit conform de Module ‘Second opinion door onafhankelijke psychiater’
De activiteiten van deze psychiater in het kader van een rol als second opinion psychiater in de beoordelingsfase van de richtlijn dienen te worden gedeclareerd via de overige prestatie Consultatie bij euthanasieverzoeken.
- b) Alle activiteiten die door een onafhankelijk consultant worden uitgevoerd in de consultatiefase van de richtlijn “Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis”. Dit betreft in de regel een SCEN-arts (SCEN: Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland). Het betreft een derde arts (naast de eigen arts en de second-opinion psychiater). De activiteiten van deze SCEN-arts worden bekostigd via de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (BR/REG-26112 of eventuele opvolgers) Artikel 8, ad 8. en 9. Deze beleidsregel geldt voor alle SCEN-artsen (huisartsen, medisch specialisten, inclusief psychiaters en specialisten ouderengeneeskunde) en alle consultaties, ongeacht grond van euthanasie.

Toelichting artikel 5.2 Overige prestaties Acute ggz ter dekking van het budget acute ggz

De acute ggz kent een budgetkant en een opbrengstenkant. De budgetkant bestaat uit budgetparameters (aantal fte dat beschikbaar is voor acute ggz en aantal bedden dat beschikbaar is voor acute ggz). De opbrengstenkant bestaat uit consulten Acute ggz ter dekking van het budget en verblijfsdagen Acute ggz ter dekking van het budget.