

Inhoudsopgave Q&A's

Beleid POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ.

Zie voorhangbrief

<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/05/17/voorhangbrief-poh-ggz-en-generalistische-basis-ggz.html>.

Welke verschuivingen worden er verwacht van patiëntenstromen?	3
Hoe wordt de module POH versterkt?	4
Hoe werkt de functionalisering van de POH-GGZ in de praktijk?.....	5
Hoe wordt bij functionalisering dan precies de samenhang met de huisartsenzorg geborgd?....	6
Hoe weet een huisarts of iemand wel of niet verwezen moet worden?	8
Wat is het verschil tussen de Basis GGZ en eerstelijns psychologische zorg?	9
Wanneer moet een patiënt in de Basis GGZ behandeld worden en welke behandelingen worden er gegeven?	10
Hoe weet de aanbieder in de Generalistische Basis GGZ binnen welk zorgvraagzwaarteproduct de patiënt valt?	11
Hoe zijn de vier zorgvraagzwaarteproducten samengesteld?	12
Hoe werkt de zorginkoop van de Basis GGZ in de praktijk?	14
Moet altijd vooraf bekend zijn in welke categorie iemand valt?	15
Wat gebeurt er als de huisarts iemand verwijst met een vermoeden op DSM stoornis, maar dit niet het geval blijkt te zijn?	16
Vallen de psychotherapeuten nu buiten de Basis GGZ of niet?	18
Hoe verandert de aanspraak nu de generalistische basis GGZ wordt ingevoerd?	19
Komt er een eigen bijdrage voor de Generalistische Basis GGZ?	21
Worden er DBCs geschrapt in de tweede lijn?.....	22
Wat gaat u precies monitoren?	24
Kan de patiënt een AV aanspreken als ik naast mijn reguliere behandeling in de GBGGZ mindfulness aanbied?	25
Hoe vaak mag er voor een patiënt per jaar een product in de generalistische Basis GGZ gedeclareerd worden?	26
Q. Kan in plaats van een product in de generalistische Basis GGZ gewoon zittingen in rekening worden gebracht als een patiënt alles zelf wil betalen? Moet ik dan de code OVP gebruiken en aan bepaalde voorschriften voldoen of mag ik vrij afspreken?	27
Kan ik gewoon zittingen in rekening brengen als ik zelf niet gecontracteerd ben omdat de zorgverzekeraar mij niet wil contracteren omdat ik geen hoofdbehandelaar kan zijn?	28
Waarom moet ik van te voren een zorgvraagzwaarte invullen als ik toch pas na afsluiting de factuur opstel?	29
Het transitieproduct geldt als ik als psycholoog iemand terugverwijs naar de huisarts omdat deze patiënt wegens het ontbreken van een DSM Stoornis niet in de generalistische Basis GGZ geholpen kan worden. Wat doe ik als de huisarts dat niet met mij eens is?	30
Mag ik mijn HIDHA (huisarts in dienst van een andere huisarts) een dienstverband als POHGGZ aanbieden?	31
Mag een POHGGZ naast zijn functie als POHGGZ ook in een instelling of als zelfstandige werken en mag hij/zij de behandelingen die vanuit deze hoedanigheid worden uitgevoerd ook in de setting van de huisarts/gezondheidscentrum uitvoeren?	32
Q.	33

Moet ik btw betalen als ik mijn POHGGZ via een detachteringsconstructie of als ZZP wil aantrekken?	33
Wie mag ik in de huisartspraktijk consulteren? Mag ik naast een psychiater of psycholoog ook een Kaderarts, een maatschappelijk werkende of een verslavingsarts consulteren?	34
Hoe wordt het publiek in Nederland geïnformeerd over deze veranderingen?	35
Verzekerbare zorg: welke stoornissen en welke activiteiten vallen buiten de curatieve GGZ en mogen deze patiënten wel in de huisartsenzorg behandeld worden?	36
In hoeverre is de verdeling van personeelscategorieën zoals in het rapport van HHM staat bindend of is er ruimte om binnen een product te schuiven met percentages? Is het zo dat binnen categorie 1 ook verpleegkundig specialisten ingezet kunnen worden?	37
Cliënt wordt nu door gespecialiseerde GGZ-instelling behandeld. Voor 1/1/2014 wordt deze behandeling afgerond. Is dat het dan mogelijk (ervan uitgaande dat huisarts verwijst en voldaan is aan het patiëntprofiel) dat deze cliënt instroomt in het product Basis GGZ intensief en dat vervolgens na 365 dagen cliënt (uiteeraard weer na verwijzing huisarts) kan doorstromen naar product Basis GGZ chronisch?	38
Wat betekent deze laatste zinsnede? Betekent dit dat cliënten die nu zorg ontvangen door bijvoorbeeld een poli herstelgerichte zorg van een gespecialiseerde GGZ-instelling enkel in het product Basis GGZ chronisch kunnen instromen in de Basis GGZ?	39
Als iemand van een RIBW stabiel is qua behandeling, dan past hij/ zij in de Basis GGZ product chronisch. Maar wie schrijft dan medicatie voor en wie is dan medisch eindverantwoordelijk? De behandelaar in Basis GGZ, huisarts of psychiater?	40
Hoe wordt in de Basis GGZ 2014 omgegaan met groepsbehandeling? Wordt dit aan lokaal overleg overgelaten of mogen aanbieders voor elke cliënt het volle tarief declareren (groepsbehandeling of individueel)?	41
Wie mag de generalistische Basis GGZ uitvoeren?	42
Hoe wordt innovatie en deelname aan preventieve eHealth interventies bekostigd in het nieuwe systeem?	44
Hoe en wat moet er per 2014 geregistreerd worden?	45
Hoe dient vanaf 2014 gedeclareerd te worden?	46
Zijn de profielen passend voor Kinderen en jeugd?	47
Als de jeugd- GGZ in 2015 overgaat naar de gemeente, betekent dit dan weer een aanpassing van alle (informatie)systemen? Betekent dit dat we een systeem voor één jaar optuigen?	48
Q	49
Per 2014 dient substitutie van de gespecialiseerde GGZ naar de GNGGZ plaats te vinden. Verzekeraars hanteren hierbij een verschillend beleid: van vrije substitutie tot gedwongen substitutie. Dit is een toename van de administratieve lasten, hoe organiseer ik dat in mijn praktijk?	49
Q	50
Als ik geen contract met een zorgverzekeraar heb voor de BGGZ, maar wel voor de GGGZ, mag ik dan zorg uit de BGGZ via de restitutieoptie van de naturapolis regelen/gebruik maken?	50

Q:

Welke verschuivingen worden er verwacht van patiëntenstromen?

A:

Er zal een verschuiving plaatsvinden van de specialistische zorg naar de Generalistisch Basis GGZ en naar de huisartsenzorg (met POH-GGZ). De huisarts krijgt meer mogelijkheden om patiënten adequaat te behandelen door uitbreiding van de module POH-GGZ. In het Bestuurlijk Akkoord GGZ is overeengekomen dat minimaal 20% van de patiënten die op dit moment in de huidige tweedelijns GGZ worden behandeld, patiënten zijn met lichte – en milde problematiek, die vanaf 2014 in de Generalistische Basis GGZ kunnen worden behandeld. Ook zwaardere problematiek kan in de Generalistische Basis GGZ behandeld worden dan - gemiddeld gezien – op dit moment gebeurt in de eerstelijns psychologische zorg. Daarmee kan een deel van de patiënten uit de huidige tweedelijns GGZ in de toekomst in de Generalistische Basis GGZ worden behandeld. Ook stabiele chronische problematiek in de Generalistische Basis GGZ: in stabiele situaties kan een patiënt vanuit de FACT-teams worden overgedragen aan de huisarts of de Generalistische Basis GGZ. In geval van crisis moet meteen worden opgeschaald naar de gespecialiseerde GGZ.

Q:

Hoe wordt de module POH versterkt?

A:

Op dit moment kent de module POH-GGZ een opslag per ingeschreven patiënt op het inschrijftarief van de huisarts. Daarnaast kan er een consult gedeclareerd worden.

In 2014 wordt de opslag verruimd van 9 uur POH-GGZ per huisarts naar 12 uur. Per 2014 is het ook mogelijk met de module om bijvoorbeeld de psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog en/ of (eerstelijns) GZ-psycholoog te consulteren of de patiënt een e-mental health programma aan te bieden. Daarnaast wordt het per 2014 ook mogelijk gemaakt voor andere zorgaanbieders om de module te contracteren, op basis van het aantal ingeschreven patiënten in de huisartsenpraktijk. De voorwaarde dat de huisarts eindverantwoordelijk is voor de patiënt blijft in stand. Tussen hoofdcontractant en huisarts moeten afspraken gemaakt worden over de werkzaamheden en de geldstromen.

Zie advies NZa welke door de minister van VWS is overgenomen.

http://www.nza.nl/104107/139830/740611/Advies_Bekostiging_POH-GGZ.pdf

Q:

Hoe werkt de functionalisering van de POH-GGZ in de praktijk?

A:

Door het functioneel maken van de module POH-GGZ kunnen ook andere zorgaanbieders (in brede zin) deze module contracteren en organiseren. De voorwaarde is dat deze zorg in de huisartsenpraktijk onder verantwoordelijkheid van de huisarts blijft aangeboden. Hiermee blijft ook de relatie tussen psyche en somatiek geborgd. De huidige opslag wordt daarom omgevormd tot een opzichzelfstaande prestatie: het 'inschrijftarief module POH-GGZ'. Dit betekent dat de huisarts de organisatie van deze zorg aan andere aanbieders kan overlaten, maar wel inhoudelijk verantwoordelijk is voor deze functie. De huisarts blijft dus eindverantwoordelijk voor de patiënt. De huisarts verwijst ook de patiënt naar de Generalistische Basis GGZ of gespecialiseerde GGZ indien nodig. De POH GGZ is niet bevoegd om te verwijzen. Tussen hoofdcontractant, huisarts en de zorgverzekeraar moeten afspraken gemaakt worden over de werkzaamheden en de geldstromen.

http://www.nza.nl/104107/139830/740611/Advies_Bekostiging_POH-GGZ.pdf

Q:

Hoe wordt bij functionalisering dan precies de samenhang met de huisartsenzorg geborgd?

A:

De samenhang met de huisartsenzorg wordt onder andere geborgd doordat de functie POH-GGZ ook vanaf 2014 onder verantwoordelijkheid van de huisarts blijft vallen. Er vindt op dit vlak dan ook geen wijziging plaats ten opzichte van eerdere jaren. Dus ook al organiseert een andere aanbieder dan de huisarts de zorg in de huisartsenpraktijk, de zorg blijft onder de verantwoordelijkheid van de huisarts vallen. De borging met de huisartsenzorg wordt door de volgende andere punten versterkt:

- de functie POH-GGZ valt onder de aanspraak huisartsenzorg en betreft daarmee zorg die een huisarts pleegt te bieden;
- de functie POH-GGZ kan alleen tot stand komen als zorgverzekeraar, huisarts en de aanbieder van de POH-GGZ met elkaar een afspraak hebben gemaakt;
- de inzet van de functie POH-GGZ vindt plaats op initiatief van de huisarts;
- de POH-GGZ functionaris geeft een terugkoppeling aan de huisarts en schakelt deze direct in bij alarmsignalen;

- bij eventuele doorverwijzing moet de huisarts hiermee formeel instemmen.

Q:

Hoe weet een huisarts of iemand wel of niet verwezen moet worden?

A:

Het inschatten van de ernst en aard van de klachten waarmee een patiënt op het spreekuur komt, is het vak van de huisarts. Om adequaat te kunnen verwijzen maakt de huisarts gebruik van de NHG standaarden en richtlijnen. Daarnaast kan de huisarts gebruik maken van een verwijzingsmodel dat – in opdracht van VWS - is ontwikkeld door het bureau HHM. In bijeenkomsten met experts zijn vijf objectieve criteria opgesteld voor een verwijzingsmodel voor de huisarts. Deze criteria hebben tevens als basis gediend voor de vormgeving van de Generalistische Basis GGZ. U kunt de nadere informatie daarover terug vinden in het rapport van HHM 'Generalistische Basis GGZ'.

http://www.nza.nl/104107/138040/HHM_rapportage_generalistische_basis_GGZ.pdf

Als binnen de huisartsenzorg de patiënt niet kan worden geholpen, dan wordt de patiënt doorverwezen naar de Generalistische Basis GGZ (voor patiënten met lichte en matige problematiek) of de Gespecialiseerde GGZ (voor patiënten met (zeer) complexe aandoeningen).

Q:

Wat is het verschil tussen de Basis GGZ en eerstelijns psychologische zorg?

A:

De eerstelijns psychologische zorg wordt onderdeel van de Generalistische Basis GGZ. De huidige vijf zittingen eerstelijns psychologische zorg en de eigen bijdrage die hiervoor geldt komen daarmee per 2014 te vervallen. Tevens wordt een deel van de populatie uit de huidige tweedelijns GGZ (waarvoor op dit moment DBCs worden gedeclareerd) ook onderdeel van de Generalistische Basis GGZ. De zorgvraagzwaarteproducten die zijn ontwikkeld voor de Generalistische Basis GGZ bieden dan ook de mogelijkheid om zorg aan te bieden voor patiënten met zwaardere psychische problematiek dan in de huidige eerstelijns psychologische zorg gemiddeld gezien wordt geboden. De objectieve criteria (zie

http://www.nza.nl/104107/138040/HHM_rapportage_generalistische_basis_GGZ.pdf) die zijn ontwikkeld kunnen de

zorgaanbieders in de Generalistische Basis GGZ helpen bij het vaststellen van de zorgvraagzwaarte van de patiënt. Om deze zorg adequaat te kunnen aanbieden in de Generalistische Basis GGZ, zal het bij sommige patiënten nodig zijn om binnen het ingezette behandeltraject in de Generalistische Basis GGZ ook consultatie of behandeling door de gespecialiseerde ggz in te zetten.

Q:

Wanneer moet een patiënt in de Basis GGZ behandeld worden en welke behandelingen worden er gegeven?

A:

De Generalistische Basis GGZ is alleen via de huisarts of andere hulpverlener (jeugdarts, bedrijfsarts) toegankelijk.¹ Alleen als er sprake is van een (vermoeden van een) DSM-stoornis mag de patiënt behandeld worden in de Generalistische Basis GGZ of gespecialiseerde GGZ.² Indien blijkt dat er sprake is van complexe of acute problematiek kan de huisarts ervoor kiezen om een patiënt (rechtstreeks) door te verwijzen naar de gespecialiseerde GGZ. Vanaf 2014 kunnen de vier zorgvraagzwaarteproducten die ontwikkeld zijn voor de Generalistische Basis GGZ gedeclareerd worden. Op basis van de opgestelde objectieve criteria (DSM-stoornis, ernst problematiek, risico, complexiteit, beloop klachten) kan worden bezien of een patiënt binnen één van deze integrale producten van de Generalistische Basis GGZ kan worden behandeld. Binnen deze integrale prestaties wordt de ruimte geboden om een adequate behandeling in te zetten, afhankelijk van de zorgvraagzwaarte van de patiënt. Dit kunnen ook e-health behandelingen zijn of de consultatie of behandeling van een psychiater. Deze behandelingen moet wel passen binnen de aanspraak van de Zorgverzekeringswet.

¹ In het Bestuurlijk Akkoord GGZ is afgesproken dat verzekeraars dit opnemen in hun polissen.

² Dit geldt op dit moment ook in de eerstelijnspsychologische zorg

Q:

Hoe weet de aanbieder in de Generalistische Basis GGZ binnen welk zorgvraagzwaarteproduct de patiënt valt?

A:

Voor de Generalistische Basis GGZ worden in 2014 vier producten onderscheiden; (1) kort, (2) middel, (3) intensief of (4) chronisch. Op basis van vijf objectieve criteria (DSM-stoornis, ernst problematiek, risico, complexiteit, beloop klachten) kan worden bekeken welk product het beste past bij de zorgvraag van de patiënt. Het zorgvraagzwaarteproduct is daarmee een combinatie van diverse zorgvraagzwaartecriteria. Dit betekent dat het zorgvraagzwaarteproduct niet alleen iets zegt over de ernst van de stoornis, maar ook over de mate van score op alle vijf de criteria. Aan de hand van de gestelde objectieve criteria kan worden gezien welk product volstaat om de patiënt adequaat te behandelen. U kunt de gedetailleerde informatie vinden in het rapport van HHM over Generalistische Basis GGZ.

http://www.nza.nl/104107/138040/HHM_rapportage_generalistische_basis_GGZ.pdf

Q:

Hoe zijn de vier zorgvraagzwaarteproducten samengesteld?

A:

De vier zorgvraagzwaarteproducten die zijn ontwikkeld, vormen integrale producten per patiënt. Dit betekent dat verschillende behandelcomponenten kunnen worden aangeboden binnen het integrale product, alsmede dat desgewenst verschillende deskundigheden kunnen worden ingezet in het behandeltraject. Behandelcomponenten zijn bijvoorbeeld zorggerelateerde preventie, e-health behandeling, consultatie en / of gedeeltelijke behandeling door de gespecialiseerde GGZ. Deze componenten zullen niet meer afzonderlijk worden bekostigd in de toekomst, maar via vier integrale tarieven voor de producten 'kort, middel, intensief of chronisch'. Aan de hand van de gestelde objectieve criteria kan worden gezien welk product volstaat om de patiënt adequaat te behandelen. De NZa heeft een maximumtarief per zorgvraagzwaarteproduct vastgesteld. Binnen dit maximumtarief spreken verzekeraars en aanbieders voor elk product een prijs af. Het is aan de aanbieders zelf om binnen de bestaande regelgeving (Zorgverzekeringswet, Wet BIG³, de Wmg etc.) te innoveren op het zorgproces en te bezien welk behandelaanbod past bij welke patiënt. In het rapport dat is opgesteld door HHM worden

³ Voor de Generalistische Basis GGZ zullen net als voor de gespecialiseerde GGZ veldnormen ontwikkeld worden ten aanzien van het hoofdbehandelaarschap.

de verschillende behandelcomponenten / behandel mogelijkheden weergegeven. Dit dient ter indicatie voor het veld om in de toekomst mee te gaan werken. Dit geldt ook voor het 'verwijsmodel van de huisarts'. Het idee is dat het een lerend systeem wordt, dat de komende jaren nog verder kan worden verfijnd en doorontwikkeld. Hiervoor wordt een monitor opgezet.

Q:

Hoe werkt de zorginkoop van de Basis GGZ in de praktijk?

A:

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zullen per 2014 hun contractafspraken moeten afstemmen op basis van de ontwikkeling in de Generalistische Basis GGZ. Dit betekent dat aanbieders die zorg leveren voor patiënten die volgens de gestelde objectieve criteria vallen onder de Generalistische Basis GGZ daarvoor de nieuwe zorgvraagzwaarteproducten en bijbehorende afgesproken prijzen moeten declareren per 2014. Dit geldt ook voor de huidige GGZ-instellingen die nu nog DBCs declareren voor deze patiëntenpopulatie; vanaf 2014 zou dat op basis van de nieuwe prestatiebeschrijvingen niet meer mogen⁴.

Daarbij worden ook kwaliteitsafspraken gemaakt, bijvoorbeeld over de wijze van diagnosticeren (geprotocolleerd) en het toepassen van Routine Outcome Monitoring (ROM).

Aan de hand van adequate informatie over praktijkvariatie tussen zorgaanbieders zouden verzekeraars met de zorgaanbieders in gesprek kunnen over de verschillen en eventuele gevolgen daarvan voor het inkoopbeleid.

⁴ Uitgezonderd voor de al geopende DBC's in 2013.

Q:

Moet altijd vooraf bekend zijn in welke categorie iemand valt?

A:

Op basis van de zorgvraagzwaartecriteria kan vooraf binnen de Generalistische Basis GGZ worden bepaald welk product het meest aansluit bij de zorgvraag. Als tijdens de behandeling geconstateerd wordt dat een patiënt toch een langere of meer intensieve behandeling nodig heeft en – op basis van de betreffende zorgvraagzwaartecriteria – in hogere zorgvraagzwaartecategorie valt, dan kan de aanbieder de langere behandeling ook aanbieden.

Dit betekent in de praktijk dat aan het eind van het behandeltraject een zwaardere categorie wordt gedeclareerd voor de patiënt.

Het is aan de aanbieder en de verzekeraar om vooraf goede afspraken te maken over de te verwachten patiëntpopulatie en de te verwachten verdeling van de zorgvraagzwaarteproducten kort, middel, intensief en chronisch die zullen worden gedeclareerd.

Q:

Wat gebeurt er als de huisarts iemand verwijst met een vermoeden op DSM stoornis, maar dit niet het geval blijkt te zijn?

A:

De huisarts heeft de mogelijkheid om via de module POH-GGZ per 2014 een psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog en (eerstelijns) GZ-psycholoog te consulteren, om te kunnen overleggen over patiënten die naar de huisarts komen met psychische problematiek.

Hiermee wordt de huisarts zoveel mogelijk ondersteund in de behandeling of eventuele verwijzing van mensen met psychische problematiek.

Bij het vermoeden van een DSM stoornis door de huisarts, waarbij de huisarts de patiënt niet zelf kan behandelen, zal de huisarts doorverwijzen naar de Generalistische Basis GGZ.

Indien tijdens de diagnostiek/ behandeling in de Generalistische Basis GGZ blijkt dat er toch geen sprake is van een DSM stoornis, wordt de behandeling stopgezet.

Eventueel wordt de patiënt terug verwezen naar de huisarts of een andere hulpverlener zoals de maatschappelijk werker.

De zorg die wel is verleend voor de patiënt, valt gewoon onder de verzekerde zorg, mits herkenbaar is op de declaratie dat dit traject bewandeld is. Hiervoor is een transitieprestatie door NZa

vastgesteld. Zie http://www.nza.nl/141224/193327/NR-CU-530_Generalistische_basis_GGZ.pdf

Q:

Vallen de psychotherapeuten nu buiten de Basis GGZ of niet?

A:

Dat is afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt die door de psychotherapeut wordt behandeld.

Als de zorgvraag van de patiënt die door de psychotherapeut wordt behandeld binnen de objectieve criteria past die zijn ontwikkeld voor de Generalistische Basis GGZ, zal de psychotherapeut een zorgzwaarteproduct en bijbehorend tarief van de Generalistische Basis GGZ moeten declareren voor die patiënt. Psychotherapeuten, ook vrijgevestigde, kunnen hoofdbehandelaar zijn in de Generalistische Basis GGZ. Bij complexe problematiek kan er een DBC gedeclareerd worden. De DBC moet getypeerd worden door de hoofdbehandelaar. Psychotherapeuten, ook vrijgevestigde, kunnen hoofdbehandelaar zijn in de gespecialiseerde GGZ.

Q:

Hoe verandert de aanspraak nu de generalistische basis GGZ wordt ingevoerd?

A:

Binnen de eerstelijns psychologische zorg (EPZ), zoals wettelijk omschreven, kunnen op dit moment (in 2013) ten laste van de Zvw patiënten met psychische stoornissen worden behandeld, inclusief geïndiceerde preventie. Daarbij worden vijf zittingen volgens de aanspraak vergoed.

Door het onderscheid dat het CVZ heeft gemaakt tussen psychische klachten en stoornissen blijft het behandelen van psychische klachten gerekend tot het domein van de huisartsenzorg⁵.

Dit betekent dat de behandeling van klachten, ook als het geïndiceerde preventie betreft, binnen de EPZ niet onder de verzekerde GGZ valt. Behandeling van ernstige complexe stoornissen vindt in principe niet plaats binnen EPZ.

Met de invoering van de Generalistische Basis GGZ per 2014 is de huidige EPZ niet langer een afzonderlijk onderscheiden zorgprestatie binnen de geneeskundige GGZ in de Zorgverzekeringswet.

Dit betekent dat de nu geldende bepalingen in het Besluit Zorgverzekering ten aanzien van de EPZ, komen te vervallen.

⁵ CVZ, Rapport Geneeskundige GGZ (deel 1), Diemen, 6 april 2012.

Het gaat hierbij om de beperking tot vijf zittingen per kalenderjaar en de eigen bijdrage per zitting.

De Generalistische Basis GGZ wordt hiermee onderdeel van de aanspraak zoals ook geldt voor de gespecialiseerde GGZ

Q:

Komt er een eigen bijdrage voor de Generalistische Basis GGZ?

A:

Voor de Generalistische Basis GGZ zal geen eigen bijdrage gaan gelden.

In de motie - Bouwmeester / Rutte (33 400-XVI, nr. 60) wordt de regering verzocht ten behoeve van 2014 in overleg te treden met zorgaanbieders in eerste- en tweedelijns GGZ over alternatieven voor de eigen bijdrage binnen het budgettaire kader GGZ.

Hiervoor is afgesproken met partijen dat de benodigde 30 mln voor het schrappen van de eigen bijdrage GGZ in 2014 in mindering worden gebracht op het GGZ-kader, zoals dat is afgesproken in het bestuurlijk akkoord GGZ.

Verzekeraars kunnen hier bij hun inkoop voor 2014 rekening mee houden zodat de totale uitgaven binnen het budgettaire kader curatieve GGZ blijven.

Q:

Worden er DBCs geschrapt in de tweede lijn?

A:

Nee. De verzekeraar zal minder DBCs moeten inkopen bij de Gespecialiseerde GGZ. Naar verwachting zal de substitutie voornamelijk plaatsvinden met de DBCs met een lager aantal minuten, maar dat betekent niet dat er voor een lager aantal minuten geen gespecialiseerde GGZ kan worden geleverd. In principe zijn de vijf criteria die zijn opgesteld leidend voor substitutie naar de generalistische Basis GGZ en niet het aantal minuten. Met de introductie van de Generalistische Basis GGZ wordt het mogelijk gemaakt dat de Gespecialiseerde GGZ zich meer kan richten op patiënten met ernstige psychische problemen. De Gespecialiseerde GGZ kenmerkt zich door een hoge mate van complexiteit van behandeling waarbij een zwaar beroep op gespecialiseerde kennis gedaan zal worden.

Q

Worden er ook zorgvraagzwaarte-criteria ontwikkeld in de gespecialiseerde GGZ?

A

In de gespecialiseerde GGZ is inmiddels ook door een werkgroep van zorgaanbieders en zorgverzekeraars (de werkgroep zorgvraagzwaarte) een eerste versie van een zorgvraagzwaarte-indicator ontwikkeld. Door middel hiervan kan in het algemeen een (vooralsnog ruwe) indicatie worden gegeven van de te verwachten behandelinzet bij een cliënt in de gespecialiseerde ggz, in de zin van de lengte van de behandeling die een cliënt nodig heeft en het eventueel benodigde aantal verblijfsdagen. De tot nu toe vastgestelde criteria op basis waarvan de waarde van de indicator (een heel getal dat qua waarde kan variëren van 1 tot en met 7) wordt bepaald, sluiten goed aan bij de criteria die zijn opgesteld voor de Generalistische Basis GGZ. Dit najaar (2013) zal de ministeriële regeling worden vastgesteld op basis waarvan de zorgvraagzwaarte-indicator, binnen de randvoorwaarden die zijn gesteld door het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en met inachtneming van het rapport van de werkgroep zorgvraagzwaarte, per 1 januari 2014 op de ggz-factuur kan worden vermeld.

Q:
Wat gaat u precies monitoren?

A:

Met partijen is afgesproken om gezamenlijk te inventariseren waar een monitor precies aan zou moeten voldoen. Het is bijvoorbeeld van belang te toetsen of de objectieve criteria die zijn geformuleerd ten behoeve van de Basis GGZ en de bijbehorende producten aansluiten bij de daadwerkelijke patiëntenpopulatie. Tevens kunnen met een monitor de ontwikkelingen in de keten goed worden gevolgd. De ontwikkelingen waar aan gedacht worden zijn: (1) verwijsgedrag huisarts (2) patiëntvolgend systeem: hoe doorlopen GGZ-patiënten de keten?

Op macroniveau zal inzicht verkregen moeten worden in de verschuivingen die optreden tussen de verschillende echelons en de verdeling over de verschillende zorgvraagzwaarteproducten en DBCs. De monitor start eind 2013 (of begin 2014) en loopt in 2014 en 2015 door.

Er komt een website www.invoeringbasisggz.nl die eind december gereed is. Daarop kunt u zien hoe de monitor zal worden opgezet. Op dit moment (oktober 2013) loopt er nog een Europese aanbesteding om de monitor uit te besteden aan een bureau.

Q.

Kan de patiënt een AV aanspreken als ik naast mijn reguliere behandeling in de GBGGZ mindfulness aanbied?

A.

Indien de patiënt aanvullend verzekerd is met een polis waarin mindfulness is opgenomen, dan kan de mindfulness behandeling volgens de voorwaarden van die aanvullende verzekering worden vergoed. Daartoe kan de zorgaanbieder een aparte declaratietitel gebruiken (OVP consult). Zie hiervoor de regelgeving van de NZa.

Q.

Hoe vaak mag er voor een patiënt per jaar een product in de generalistische Basis GGZ gedeclareerd worden?

A.

Er zijn geen beperkingen opgelegd ten aanzien van het aantal producten dat per jaar in rekening kan worden gebracht. De zorgaanbieder declareert de prestatie met het patiëntprofiel dat aansluit bij de zorgvraagzwaarte van de patiënt. Wanneer tijdens het behandeltraject blijkt dat de patiënt op basis van (een verandering in) zorgvraagzwaarte een andere prestatie nodig heeft dan bij de start van het behandeltraject verwacht werd, wordt het product hierop aangepast. Het product moet uiteraard dan wel blijven voldoen aan het zorgzwaarteprofiel in de Basis GGZ. Er wordt dan dus één prestatie gedeclareerd. Bij overgang naar een andere prestatie dient de patiënt hierover te worden geïnformeerd. Er kunnen niet meerdere prestaties tegelijkertijd worden gedeclareerd bij dezelfde patiënt.

Uitzondering is een combinatie van één van de prestaties BK, BM of BI met de prestatie BCZ; en de integrale prestaties in combinatie met de OVP's. Mocht de patiënt onverhoopt opnieuw in zorg komen in het zelfde kalenderjaar en een behandeling nodig hebben dan kan hiervoor een nieuwe prestatie gedeclareerd worden. Er dient wel steeds een nieuwe verwijzing van de huisarts aan een nieuw behandeltraject ten grondslag te liggen.

Q. Kan in plaats van een product in de generalistische Basis GGZ gewoon zittingen in rekening worden gebracht als een patiënt alles zelf wil betalen? Moet ik dan de code OVP gebruiken en aan bepaalde voorschriften voldoen of mag ik vrij afspreken?

A.

Ook als iemand zelf wil betalen gelden de voorschriften van de WMG (Wet marktordening gezondheidszorg). De WMG-voorschriften hoe te declareren en welke prestatiebeschrijvingen en tarieven moeten worden gehanteerd gelden voor de zorgaanbieder. Voor de WMG maakt niet uit wie er betaalt, de verzekeraar, de patiënt of een derde. Wel geldt in de GGZ de NZa-uitzondering voor zelfbetalers dat geen diagnose-info op de declaratie hoeft te worden vermeld.

Q.

Kan ik gewoon zittingen in rekening brengen als ik zelf niet gecontracteerd ben omdat de zorgverzekeraar mij niet wil contracteren omdat ik geen hoofdbehandelaar kan zijn?

A.

Indien er geen hoofdbehandelaar betrokken is bij de behandeling, kunt u de producten van de Generalistische Basis GGZ niet declareren. De zittingen eersteelijnspsychologische zorg komen per 2014 te vervallen, dus die zijn sowieso niet meer te declareren.

Om de prestaties van de Generalistische Basis GGZ te kunnen declareren moet er sprake zijn van betrokkenheid van een hoofdbehandelaar. Ofwel, het is niet altijd de hoofdbehandelaar die vervolgens ook zou moeten declareren.

Relevant is dat de regels ook gelden voor de niet gecontracteerden en dat het declareren van losse consulten met de komst van de integrale producten niet meer is toegestaan, tenzij er sprake is van niet-verzekerde zorg in dat geval gelden de OVP's.

Q.

Waarom moet ik van te voren een zorgvraagzwaarte invullen als ik toch pas na afsluiting de factuur opstel?

A.

De zorgvraagzwaartecriteria geven u een indicatie binnen welk product u de patiënt het best kunt behandelen. De prestatie waarin u de patiënt inschat, is in principe ook de prestatie die u declareert. Tenzij er sprake is van een verandering van de zorgvraagzwaarte gedurende de behandeling. Om inzichtelijk te krijgen of een dergelijke situatie zich heeft voorgedaan, moet u dit invullen. De verzekeraar zal ook geïnteresseerd zijn in de mogelijkheid om vooraf een inschatting te kunnen maken van de behandeling die zal komen en in verschillen tussen behandelaars in de mate waarop deze inschatting in de praktijk correspondeert of afwijkt van de inschatting vooraf. Dit komt de inkoopafspraken en controle ook ten goede.

Q.

Het transitieproduct geldt als ik als psycholoog iemand terugverwijs naar de huisarts omdat deze patiënt wegens het ontbreken van een DSM Stoornis niet in de generalistische Basis GGZ geholpen kan worden. Wat doe ik als de huisarts dat niet met mij eens is?

A.

U wordt geadviseerd daarover met de huisarts in gesprek te gaan. Het is vervolgens aan de huisarts om een andere oplossing/ hulpverlener te vinden of de patiënt zelf verder te helpen. De huisarts is op dat moment weer verantwoordelijk voor de patiënt.

Q

Mag ik mijn HIDHA (huisarts in dienst van een andere huisarts) een dienstverband als POHGGZ aanbieden?

A

Ja dat mag, indien hier afspraken over zijn gemaakt met de verzekeraar en er ook adequaat door de HIDHA invulling gegeven kan worden aan de functie POH GGZ. De prestaties POH-GGZ mogen niet in rekening worden gebracht voor zorg die niet voldoet aan de prestatiebeschrijving POH-GGZ. Die prestatiebeschrijving luidt: zorginhoudelijke ondersteuning van de huisartsenzorg aan patiënten met klachten van (mogelijk) psychische, psychosociale of psychosomatische aard.

Q

Mag een POHGGZ naast zijn functie als POHGGZ ook in een instelling of als zelfstandige werken en mag hij/zij de behandelingen die vanuit deze hoedanigheid worden uitgevoerd ook in de setting van de huisarts/gezondheidscentrum uitvoeren?

A

Indien de POH GGZ daar met zijn werkgever goede afspraken over maakt, over de goede behandelcompetenties beschikt en er eveneens met de verzekeraar goede afspraken over zijn gemaakt, is er verder geen regelgeving die dat belemmert.

Q.

Moet ik btw betalen als ik mijn POHGGZ via een detachteringsconstructie of als ZZP wil aantrekken?

A

Bij detachering geldt er altijd btw afdracht.

In deze beide gevallen is er dus geen sprake van een btw-vrijstelling en dient btw betaald te worden. In gevallen waarin POHGGZ in dienst is van de huisarts zelf verricht deze zijn medische diensten voor de patiënten. Die diensten zijn vrijgesteld van btw voor zover daarbij sprake is van de medische verzorging van de mens. Als POHGGZ niet bij de huisarts in dienst is, maar bij bijvoorbeeld een GGZ-instelling of werkzaam is als ZZP'er, is er sprake van een extra rechtsverhouding. Deze rechtsverhouding tussen de huisarts en degene bij wie het ondersteunende personeel (formeel) in dienst is leidt ertoe dat de prestatie aan de heffing van btw is onderworpen. Dat is niet anders als de persoon medisch is geschoold en bij de zorgverlener onder diens leiding en toezicht medische handelingen verricht.

Q.

Wie mag ik in de huisartspraktijk consulteren? Mag ik naast een psychiater of psycholoog ook een Kaderarts, een maatschappelijk werkende of een verslavingsarts consulteren?

A

Ja dat mag.

Q.

Hoe wordt het publiek in Nederland geïnformeerd over deze veranderingen?

A.

Mensen zijn pas geïnteresseerd in een onderwerp, als ze er zelf mee te maken hebben of krijgen. Voor mensen die al een beroep doen op de geestelijke gezondheidszorg, zijn hun behandelaars de belangrijkste bron van informatie. Voor mensen die vanaf 1 januari 2014 een beroep willen doen op de geestelijke gezondheidszorg, zijn huisartsen (en zorgverzekeraars) een belangrijke bron.

Algemene informatie over de veranderingen is sowieso te vinden op:

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/basiszorg-ggz-en-zorg-dichtbij-huis>

Daarnaast wordt er voor de zorgaanbieders een website opgezet <http://www.invoeringbasisggz.nl>. De verwachting is dat deze in december in de lucht is.

Q.

Verzekerbare zorg: welke stoornissen en welke activiteiten vallen buiten de curatieve GGZ en mogen deze patiënten wel in de huisartsenzorg behandeld worden?

A.

In Nederland is de GGZ zorg gekoppeld aan het DSM IV classificatiemodel. Niet alle DSM stoornissen vallen onder verzekerde zorg. Het CVZ heeft in deelrapport 2 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg een nadere duiding gedaan over welke zorg is verzekerd en vanuit welk kader de zorg dient te worden gefinancierd. Voor GGZ geldt bijvoorbeeld dat aanpassingsstoornissen per 2012 geen verzekerde zorg meer zijn. De geïndiceerde preventie van depressie, paniekstoornis en problematisch alcoholgebruik. valt buiten de verzekerde curatieve GGZ maar mag wel door de huisarts/ POH worden behandeld. Voor meer informatie verwijst ik u naar <http://www.cvz.nl/pakket/zvw-kompas/geneeskundige+ggz/verzekerde+ggz>.

Q.

In hoeverre is de verdeling van personeelscategorieën zoals in het rapport van HHM staat bindend of is er ruimte om binnen een product te schuiven met percentages? Is het zo dat binnen categorie 1 ook verpleegkundig specialisten ingezet kunnen worden?

A.

De personeelscategorieën zijn bepaald om de maximum tarieven te kunnen vaststellen. Zo is het tarief voor product kort bepaald op Basis van een inzet van 15% categorie 1 (hier kan ook een verpleegkundig specialist onder vallen), 80% categorie 2 (bijvoorbeeld gz psycholoog) en 5% categorie 3 (psychiater). Dit is een inschatting. Niet in alle gevallen zal de inzet van bijvoorbeeld een psychiater nodig zijn. De tarieven gaan dan ook uit van een productmix, de ene keer valt de behandeling iets goedkoper uit; de andere keer iets duurder omdat de inzet van de psychiater bijvoorbeeld hoger is. Het is wel noodzakelijk dat een hoofdbehandelaar betrokken is bij de behandeling in de basis-GGZ (zie hiervoor de brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer van 2 juli 2013).

Q.

Cliënt wordt nu door gespecialiseerde GGZ-instelling behandeld. Voor 1/1/2014 wordt deze behandeling afgerond. Is dat het dan mogelijk (ervan uitgaande dat huisarts verwijst en voldaan is aan het patiëntprofiel) dat deze cliënt instroomt in het product Basis GGZ intensief en dat vervolgens na 365 dagen cliënt (uiteraard weer na verwijzing huisarts) kan doorstromen naar product Basis GGZ chronisch?

A.

Als de behandeling in 2013 is afgerond, zal een patiënt bij klachten zich melden bij de huisarts. Die bepaalt of er sprake is van GGZ problematiek en waar de benodigde zorg wordt geleverd. Dat kan zijn in de huisartsenzorg, in de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ. Binnen de generalistische GGZ kunnen hiervoor alle producten in aanmerking komen afhankelijk van de vraag van de patiënt (zorgvraagzwaarte).

Q.

NR/CU-537 (instroom in Basis GGZ)

In de regeling NR/CU-537 onder artikel 4.2 wordt bepaald: "" De registratie van het behandeltraject start op het moment dat een patiënt zich met een (nieuwe) zorgvraag bij de zorgaanbieder in de Basis GGZ meldt voor de intake en diagnostiek of in geval van een vervolgprestatie chronisch.

In geval van een situatie als bedoeld in 8.7 start de registratie op 1 januari 2014.

Wat betekent deze laatste zinsnede? Betekent dit dat cliënten die nu zorg ontvangen door bijvoorbeeld een poli herstelgerichte zorg van een gespecialiseerde GGZ-instelling enkel in het product Basis GGZ chronisch kunnen instromen in de Basis GGZ?

A.

De registratieplicht start op het moment dat een patiënt zich voor de intake en diagnostiek meldt bij een aanbieder met een (nieuwe) zorgvraag. In geval van het product chronisch kan het echter zo zijn dat een patiënt zich niet meldt voor intake en diagnostiek vanwege het feit dat het geen nieuwe zorgvraag betreft maar dat het een vervolg is op de eerdere prestatie Chronisch. De intake en diagnostiek is in dat geval als het ware al gebeurd. De registratie begint in dat geval op het moment dat de patiënt zich meldt en het nieuwe behandeltraject wordt geopend.

Deze regel zegt verder niks over het al dan niet kunnen instromen vanuit de gespecialiseerde GGZ in de Basis GGZ.

Q.

Als iemand van een RIBW stabiel is qua behandeling, dan past hij/ zij in de Basis GGZ product chronisch. Maar wie schrijft dan medicatie voor en wie is dan medisch eindverantwoordelijk? De behandelaar in Basis GGZ, huisarts of psychiater?

A.

Alle combinaties zijn mogelijk. Allereerst gaat het om de cliënt en het netwerk. Wat wil en kan de cliënt aan? Als er een goed eerstelijnszorgnetwerk is, kan de huisarts de medicatie doen. Hij kan zo nodig overleg plegen met de psychiater en de verpleegkundig specialist kan in de gaten houden of het goed gaat en bij terugval of een psychiater consulteren of naar de tweede lijn verwijzen.

In de zorg is de ene behandelaar nooit verantwoordelijk voor het handelen van de andere behandelaar. Elke behandelaar is verantwoordelijk voor wat hij zelf doet. Een Big-geregistreeerde is altijd zelf tuchtrechtelijk aanspreekbaar voor het eigen handelen. De hoofdbehandelaar is wel aanspreekbaar op de 8 taken. De hoofdbehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en de bekwaamheid van de medebehandelaar die hij inschakelt en toetst of de activiteiten van de anderen bijdragen aan de behandeling van de patiënt/cliënt en passen binnen het door de hoofdbehandelaar vastgestelde behandelplan, daarvoor is hij verantwoordelijk.

Q.

Hoe wordt in de Basis GGZ 2014 omgegaan met groepsbehandeling? Wordt dit aan lokaal overleg overgelaten of mogen aanbieders voor elke cliënt het volle tarief declareren (groepsbehandeling of individueel)?

A.

Zie hiervoor pagina 3 en 4 (voetnoot) van de nadere regel bGGZ over patiënt in de groep: "*Indien sprake is van een groepssessie wordt de bestede tijd gedeeld door het aantal aanwezige patiënten*". Samenstelling, prijs en verdere onderhandelingsaspecten worden aan lokaal overleg overgelaten.

Q.

Wie mag de generalistische Basis GGZ uitvoeren?

A.

Er mag worden gedeclareerd als er betrokkenheid is van een hoofdbehandelaar bij de behandeling. In de bijlage is de brief van de minister van 2 juli bijgevoegd met daarin de uitgangspunten voor het hoofdbehandelaarschap.

Orthopedagoog-generalisten en kinder- en jeugdpsychologen mogen tot aan de overgang van de jeugd-GGZ naar gemeenten ook hoofdbehandelaar zijn in de generalistische basis GGZ. De zorgverzekeraar is krachtens de Zorgverzekeringswet bevoegd om nadere afwegingen te maken (ten aanzien van de invulling van het hoofdbehandelaarschap) vanuit kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg en kan beperkingen aanbrengen die worden vastgelegd in de contracten met zorgaanbieders of in de polisvoorwaarden. In het onderhandelaarsresultaat GGZ 2014-2017 staat dat verzekeraars mogen afwijken van de lijn van de minister indien de regionale situatie (bijvoorbeeld met betrekking tot aantoonbare kwaliteit, toegankelijkheid, aanwezigheid van deskundigheid) daartoe aanleiding geeft. De polisvoorwaarden zijn leidend bij de restitutievergoeding. In geval van natura polissen kan in voorkomende gevallen afgeweken worden van de condities in de polisvoorwaarden indien hierover nadere afspraken worden gemaakt in de contracten met aanbieders. Er zijn geen beperkende regels over het medebehandelaarschap, tenzij de zorgverzekeraar daartoe beperkingen heeft opgelegd in zijn polisvoorwaarden of

contracten met zorgaanbieders. Voor dat laatste kan gedacht worden aan een inperking van de zogenaamde verlengde arm constructie. Hiermee kan vanuit kwaliteitsoverwegingen een minimale inzet van de hoofdbehandelaar in de behandeling worden geborgd.

De hoofdbehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van de medebehandelaars in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor zij verantwoordelijk zijn.

Q.

Hoe wordt innovatie en deelname aan preventieve eHealth interventies bekostigd in het nieuwe systeem?

A.

De inzet van preventieve ehealth in de huisartspraktijk wordt bekostigd binnen de module POH-GGZ.

Daarnaast zijn er binnen de producten van de Generalistische Basis GGZ ook mogelijkheden om afspraken te maken over e-health met de verzekeraar.

Q.

Hoe en wat moet er per 2014 geregistreerd worden?

Wat geregistreerd moet worden heeft de NZa vastgelegd in de Regeling Basis GGZ. U kunt deze lezen op de website van de NZa. De technische vormgeving van de registratie is in handen van DIS in verband met de aanlevering van gegevens door zorgaanbieders.

Zie http://www.nza.nl/141224/193327/NR-CU-530_Generalistische_basis_GGZ.pdf

Q.

Hoe dient vanaf 2014 gedeclareerd te worden?

A.

In 2014 kunt u elektronisch declareren met de zogenaamde EI standaard. De declaratiestandaard in de gespecialiseerde GGZ en de Generalistische Basis GGZ wordt gestroomlijnd. De verwachting is dat de declaratiestandaard beschikbaar is in juni 2014.

Om liquiditeitsproblemen te voorkomen bij ELP praktijken die overstappen naar de basis GGZ zullen zorgverzekeraars een individuele noodvoorschot regeling gaan treffen voor vrijgevestigden.

Q.

Zijn de profielen passend voor Kinderen en jeugd?

A.

Op dit moment gaan wij er vanuit dat de generieke producten passend zijn ook voor Kinderen en jeugd. Uit de monitor die wordt opgezet, zal moeten blijken of dit daadwerkelijk ook zo is. Orthopedagoog-generalisten en kinder- en jeugdpsychologen mogen ook hoofdbehandelaar zijn.

Q.

Als de jeugd- GGZ in 2015 overgaat naar de gemeente, betekent dit dan weer een aanpassing van alle (informatie)systemen? Betekent dit dat we een systeem voor één jaar optuigen?

A.

Gemeenten zijn vrij om dezelfde informatiesystemen te gebruiken of andere afspraken te maken met zorgaanbieders over de jeugd-GGZ. Bij het laatste betekent het inderdaad dat er vanaf 2015 weer een verandering zal plaatsvinden voor de aanbieders van de jeugd-GGZ.

Q

Per 2014 dient substitutie van de gespecialiseerde GGZ naar de GNGGZ plaats te vinden. Verzekeraars hanteren hierbij een verschillend beleid: van vrije substitutie tot gedwongen substitutie. Dit is een toename van de administratieve lasten, hoe organiseer ik dat in mijn praktijk?

A.

Verzekeraars stellen zelf vast welke criteria zij aan het zorginkoopbeleid koppelen, dit past binnen de beleidsruimte die zij hebben. Als zorgaanbieder bent u verantwoordelijk voor het naleven van de eisen die in het contract tussen u en de zorgverzekeraar zijn afgesproken in het geval u een contract bent aangegaan.

Q

Als ik geen contract met een zorgverzekeraar heb voor de BGGZ, maar wel voor de GGGZ, mag ik dan zorg uit de BGGZ via de restitutieoptie van de naturapolis regelen/gebruik maken?

A

Ja. Aanbieder die wel SGGZ contract heeft, maar geen BG GGZ, mag wel in restitutie BG GGz zorg (via verzekerde) declareren. Mits natuurlijk voldaan is aan voorwaarden.