

Basis GGZ

Hoofdpijnen en ontwikkeling

8 januari 2017

Onderstaande tekst geeft een feitelijk overzicht op hoofdpijnen van de Basis GGZ. Dit betekent niet dat de NVGzP de grondgedachte en uitwerking van de nieuwe Basis GGZ op alle punten onderschrijft. Integendeel: wij zijn op tal van punten kritisch hierover. Zie hierover onder andere onze reactie aan de NZa van 18 maart 2014, [klik hier](#)

Inhoud

Basis GGZ.....	- 1 -
Hoofdpijnen en ontwikkeling	- 1 -
1. Grondgedachte	- 1 -
2. Verwijzing en afbakening van huisartsenzorg, Basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.....	- 2 -
3. Inhoud en financiering Basis GGZ I: zorgproducten	- 2 -
4. Inhoud Basis GGZ II: overige prestaties.....	- 4 -
5. Wie mag zorg verlenen?	- 5 -
6. Welke zorg wordt vergoed?	- 6 -
7. Maximumtarieven	- 6 -
8. Factuurvereisten	- 8 -
9. Registratievereisten.....	- 9 -
10. Publicatie wachttijden.....	- 9 -
11. Privacy en opt-outregeling	- 9 -
12. Contractering door verzekeraars	- 10 -
13. Ongecontracteerd werken	- 10 -
14. Eigen bijdrage en eigen risico.....	- 11 -

1. Grondgedachte

De Generalistische Basis GGZ (ook wel: GB-GGZ, hierna aangeduid als Basis GGZ) is in 2014 geïntroduceerd, als onderdeel van een grootscheepse stelselwijziging van de GGZ.

Grondgedachte van de stelselwijziging van de GGZ is dat in de GGZ vaak onnodig zware en daardoor te dure zorg wordt verleend. Het streven was de zorg lichter, en dus goedkoper te maken door:

- overheveling van een deel van de specialistische GGZ naar de Basis GGZ;
- overheveling van een deel van de voormalige eerstelijnspsychologie naar de huisarts, ondersteund door de POH GGZ;
- vervanging van een deel van de huisartsenzorg door zelfzorg.

[Terug naar inhoudsopgave](#)

2. Verwijzing en afbakening van huisartsenzorg, Basis GGZ en gespecialiseerde GGZ

Hoeksteen van de stelselwijziging is een versterking van de zogenaamde poortwachtersfunctie van de huisarts. Dit betekent dat de huisarts bepaalt of een patiënt behandeld kan worden in de huisartsenzorg, dan wel moet worden doorverwezen naar de Basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Vergoeding van Basis GGZ uit het basispakket vindt alleen plaats als er sprake is van zo'n verwijzing.

NB: Vanaf 1 april 2017 is er géén doorverwijzing van de huisarts meer nodig als de patiënt wordt overgedragen van de generalistische Basis GGZ naar de gespecialiseerde GGZ en vice versa. Een melding aan de huisarts volstaat. Dat is de belangrijkste verandering die deel uitmaakt van de nieuwe afspraken die gaan over het verwijzen naar en binnen de GGZ. De [nieuwe afspraken](#), opgesteld door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het ministerie van VWS, moeten administratieve lasten verlagen en tijd en geld besparen.

Uitzonderingen: Er is geen verwijzing nodig:

- als er sprake is van een onverzekerd product (OVP, zie onder 3.);
- als de patiënt de zorg zelf betaalt;

Richtinggevend voor de afbakening van de drie echelons was een [rapport van adviesbureau HHM](#). Daarin werden vijf criteria onderscheiden op basis waarvan bepaald wordt waar de patiënt behandeld wordt. Dit zijn:

1. DSM-stoornis: is er sprake van een vermoeden van de DSM-stoornis?
2. Ernst: wat is de ernst van de problematiek?
3. Risico: Is er sprake van risico op ernstige zelfverwaarlozing, verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, huiselijk geweld ed.?
4. Complexiteit
5. Beloop van de klachten

Op basis van deze criteria wordt besloten waar een patiënt behandeld wordt. Dit is weergegeven in onderstaande tabel:

Huisarts + POH	Basis GGZ	Specialistische GGZ
Geen (vermoeden van) DSM-stoornis DSM-stoornissen met lage ernst, laag risico, lage complexiteit, beloop beantwoordt nog niet aan criteria uit de richtlijn) Stabiele chronische problematiek	Vermoeden van een DSM-stoornis waarbij: 1. ernst matig of groot 2. en/of risico matig 3. en/of complexiteit matig 4. en/of beloop beantwoordt aan criteria richtlijn	Vermoeden van een DSM-stoornis waarbij: 1. hoog risico 2. en/of hoge complexiteit

[Klik hier](#) voor nadere uitleg en toelichting rapport HHM. Deze vormt de basis voor de [NZA Beleidsregel Generalistische Basis GGZ](#), waarin de verwijscriteria formeel zijn vastgelegd. [Terug naar inhoudsopgave](#)

3. Inhoud en financiering Basis GGZ I: zorgproducten

Hoeksteen van de Basis GGZ zijn vier zogenaamde integrale zorgproducten. Uitgangspunt was dat **alle** hulp die valt onder het basispakket van de zorgverzekering in de vorm van deze vier producten te worden aangeboden. Dit geldt ook als de patiënt bereid is zelf te betalen, of als de hulp wordt vergoed door een derde partij (bijv. de werkgever).

Niet alle zorg kan onder deze integrale producten worden gevat. Om daarin te voorzien worden naast de zorgproducten ook een aantal andere 'prestaties' onderscheiden. Zie hiervoor paragraaf 4.

Onderscheiden worden vier producten: kort, middel, intensief en chronisch. [Klik hier](#) voor de omschrijving van elk van deze producten in het HHM-rapport.

Producten kort, middel, intensief

Het belangrijkste verschil tussen de producten 'kort', 'middel' en 'intensief' is de duur van de behandeling. Zo staat voor het product 'kort' ca. 300 minuten, voor 'middel' ca. 500 minuten en voor 'intensief' ca. 750 minuten. Dit is de gemiddelde behandeltijd voor het betreffende product. Op deze tijd is de vergoeding gebaseerd. Voor een individuele patiënt kan de behandeling dus korter of langer duren.

N.B. In 2015 is een experiment gestart met een vijfde product, dat langduriger behandelingen in de Basis GGZ mogelijk maakt (1300-1800 minuten). Dit product mag alleen worden aangeboden door zorginstellingen, die hiervoor met een zorgverzekeraar een contract hebben afgesloten. [Klik hier](#) voor meer informatie.

De behandelaar bepaalt voor welk product een patiënt in aanmerking komt. Uitgangspunt daarvoor zijn dezelfde criteria die gelden voor verwijzing naar de Basis GGZ. Het belangrijkste onderscheidend criterium voor de drie producten is de ernst van de problematiek: 'kort' bij lichte ernst, 'middel' bij matige ernst, 'intensief' bij ernstige klachten. [Klik hier](#) voor productcriteria en de indelingen die gehanteerd worden voor ernst, risico en complexiteit.

Elk product kan bestaan uit diverse onderdelen. Deze kunnen per patiënt verschillen. We lichten dit toe aan de hand van de omschrijving van het [product 'middel'](#) in het HHM-rapport:

1. bij alle patiënten is sprake van intake, diagnostiek, ROM en verslaglegging. Hiervoor staat (gemiddeld) één sessie van 60 minuten contacttijd en 30 minuten indirecte tijd.
2. bij gemiddeld 10% van de patiënten is er noodzaak tot aanvullende anamnese, met eventueel testonderzoek en heteroanamnese. Hiervoor is 15 minuten directe tijd en 15 minuten indirecte tijd gerekend.
3. bij gemiddeld 80% van de patiënten vindt een face-to-face behandeling plaats, volgens richtlijn. Deze is berekend op gemiddeld 7 sessies van 45 minuten plus 15 minuten indirecte tijd.
4. bij gemiddeld 20% van de patiënten is sprake van een combinatie van face-to-face contact en e-health. Hierbij wordt uitgegaan van drie face-to-face sessies van 45 minuten en 4 e-health'sessies'.
5. tot slot zal bij gemiddeld 10% van de patiënten sprake zijn van consultatie van een specialist. Hiervoor is een gemiddelde tijd gerekend van 15 minuten contacttijd en 15 minuten indirecte tijd.

Product chronisch

Het product 'chronisch' is bedoeld voor risicogevoelige problematiek. Vaak zal het gaan om patiënten die eerder behandeld zijn in de specialistische GGZ. [Klik hier](#) voor opbouw en omschrijving van dit product.

Combinatie van producten

De producten kort, middel en intensief kunnen niet tegelijkertijd aangeboden worden aan één patiënt. Bij de intake moet dus een keuze gemaakt worden welke stoornis behandeld gaat worden, en welk product daarbij past. Als daarna een andere behandeling nodig is, dient hiervoor opnieuw een verwijzing van de huisarts te komen. Er geldt geen wettelijke beperking van het aantal behandelingen dat een patiënt in één jaar kan krijgen, mits er telkens sprake is van

verwijzing. Dat betekent dat een patiënt ook meerdere malen voor dezelfde stoornis behandeld kan worden. Zie ook [Veel gestelde vragen en antwoorden Basis GGZ](#) van de NZa, vraag 37. N.B. Verzekeraars kunnen in hun inkoopcontracten beperkingen opleggen aan het aantal producten dat een zorgaanbieder bij een patiënt per jaar kan declareren. Heeft een patiënt een nieuwe behandeling nodig, dan dient deze plaats te vinden bij een andere behandelaar. Zie hiervoor de contractvoorwaarden van de afzonderlijke verzekeraar. Het product chronisch kan wel gecombineerd worden met één van de andere producten. Dus een patiënt die een onderhoudsbehandeling heeft voor bijv. een psychotische stoornis, kan daarnaast een tweede behandeling krijgen voor bijv. een acute angststoornis.

Wijziging van product

Als de situatie van de patiënt verandert, kan de behandelaar het product aanpassen. Hij dient de patiënt hierover dan wel te informeren. Dit kan bijv. als zich tijdens de behandeling een tweede stoornis ontwikkelt, waardoor de behandeling complexer wordt.

Als de situatie zodanig verandert, dat behandeling in de Basis GGZ niet meer mogelijk is, kan de behandelaar de patiënt doorverwijzen naar de gespecialiseerde GGZ. Vanaf 1 april 2017 is hiervoor geen verwijzing van de huisarts meer noodzakelijk; een melding volstaat.

[Terug naar inhoudsopgave](#)

4. Inhoud Basis GGZ II: overige prestaties

Niet alle zorg kan onder de integrale producten worden gevat. Om daarin te voorzien worden daarnaast een aantal andere 'prestaties' onderscheiden.

4.1. Prestatie onvolledig behandeltraject

Bij de invoering van de Basis GGZ in 2014 was er sprake van een transitieprestatie voor situaties die het gevolg zijn van de overgang naar de nieuwe Basis GGZ. Deze prestatie is per 1 januari 2015 omgedoopt tot 'Prestatie onvolledig behandeltraject'. Deze prestatie wordt gebruikt in de volgende situaties:

1. als er geen sprake blijkt te zijn van een DSM-stoornis, en dus terugverwezen moet worden naar de huisarts.
2. als vroeg in de behandeling (binnen 120 minuten) blijkt dat de patiënt behandeld moet worden binnen de gespecialiseerde GGZ. (als dit later in de behandeling gebeurt, kan de volledige afgesproken behandeling worden gedeclareerd).
3. als de patiënt in een vroegtijdig stadium (binnen 120 minuten) besluit de behandeling te stoppen (als dit in een later stadium gebeurt mag de volledige prestatie worden gedeclareerd).

Vanaf 2016 kan de prestatie onvolledig behandeltraject ook worden gebruikt indien de behandelaar in een vroegtijdig stadium besluit te behandeling af te sluiten, bij voorbeeld als hij gedurende de behandeling constateert dat hij niet de juiste expertise heeft om de patiënt adequaat te kunnen behandelen

Zie [NZa Beleidsregel Generalistische basis GGZ 2017](#), artikel 4.3

4.2. Onverzekerde prestatie (OVP)

De **onverzekerde prestatie** betreft zorg die niet uit het basispakket wordt gefinancierd. Hierbij kan het bijv. gaan om behandeling van stoornissen die niet vergoed worden, zoals aanpassingsstoornissen. Of om behandeling met methoden die door Zorginstituut Nederland zijn uitgesloten van vergoeding, zoals neurofeedback en psychoanalyse. Zie par. 6.a hieronder voor de

lijst van stoornissen waarvoor hulp niet vergoed wordt uit het Basispakket en voor de lijst van uitgesloten behandelvormen.

Vanaf 2017 mag de onverzekerde prestatie ook gebruikt worden voor de declaratie van de behandeling van klachten, waarbij geen sprake is van een DSM-stoornis. Voorheen was behandeling van deze klachten in de Basis GGZ niet toegestaan.

N.B. Het is niet toegestaan om zorg die tot het basispakket behoort te bestempelen als OVP-consult, ook niet als de patiënt deze zorg zelf wil betalen.

Voor een onverzekerd product is geen verwijzing door een huisarts nodig.

4.3. Overige prestaties

Vanaf 1 januari 2015 is het mogelijk om in de Basis GGZ ook keuringen en onderzoek in opdracht van werkgevers of verzekeringen te verrichten en te declareren. Zie [NZa Beleidsregel Generalistische-basis-GGZ 2017](#), artikel 7.

[Terug naar inhoudsopgave](#)

5. Wie mag zorg verlenen?

5.1 Kwaliteitsstatuut

Per 1 januari 2017 geldt als eis dat elke aanbieder van GGZ moet beschikken over een kwaliteitsstatuut, dat voldoet aan de eisen van het model-kwaliteitsstatuut en als zodanig is goedgekeurd.

Het model-kwaliteitsstatuut kent aparte varianten voor vrijgevestigden en voor instellingen en voor basis ggz en gespecialiseerde ggz. [Klik hier](#) voor meer informatie.

5.2 Regiebehandelaarschap

Per 1 januari 2017 is de regeling voor het hoofdbehandelaarschap vervangen door een regeling voor het regiebehandelaarschap. Zorg wordt alleen vergoed als er sprake is van een regiebehandelaar die een deel van de zorg daadwerkelijk zelf verleent.

Het regiebehandelaarschap is voorbehouden aan bepaalde beroepsgroepen.

In de vrijgevestigde Basis GGZ kunnen alleen als regiebehandelaar optreden: de gz-psycholoog, de klinisch psycholoog, de klinisch neuropsycholoog en de psychotherapeut.

Binnen instellingen kunnen daarnaast ook de specialist ouderengeneeskunde, de verslavingsarts KNMG, de klinisch geriater en de verpleegkundig specialist ggz als regiebehandelaar.

Als er sprake is van patiënten van wie de zorg voorheen vergoed werd krachtens de Jeugdwet, mogen bij voortzetting van de zorg na het 18de levensjaar ook de kinder- en jeugdpsycholoog en de orthopedagoog-generalist optreden als regiebehandelaar.

5.3 Medebehandelaren

De regiebehandelaar heeft de vrijheid om een deel van de behandeling uit te laten voeren door anderen. In de bepaling van de maximumtarieven is hier ook rekening mee gehouden. Zo gaat de NZA ervan uit dat bij de producten kort, middel en lang een deel van de zorg verleend wordt door ondersteunend personeel op HBO- of WO-niveau. Bij het product chronisch wordt zelfs het merendeel van de zorg verleend door zo'n ondersteunende zorgverlener.

Aanvankelijk was er sprake van dat de medebehandelaar een zorgaanbieder moest zijn uit de zogenaamde beroepentabel voor de GGZ. Deze bepaling is sinds 2014 vervallen. Dat betekent dat de hoofdbehandelaar wettelijk gezien vrij in zijn keuze van medebehandelaren. Wel moet hij zich overtuigen van de bevoegdheid en de bekwaamheid van de medebehandelaar die hij inschakelt en toetsen of de activiteiten van de medebehandelaren bijdragen aan de behandeling van de patiënt en passen binnen het door de hoofdbehandelaar vastgestelde behandelplan.

[Terug naar inhoudsopgave](#)

6. Welke zorg wordt vergoed?

6.1 Basispakket

De Minister bepaalt welke zorg vergoed wordt uit het basispakket. Zij wordt hierin geadviseerd door het Zorginstituut Nederland.

Voorwaarde voor vergoeding uit het basispakket is dat er sprake is van een verwijzing door een huisarts of een andere zorgverlener, op basis van een vermoeden van een DSM-stoornis.

De afgelopen jaren is een aantal behandelingen in het kader van de Basis GGZ uitgesloten van vergoeding uit het basispakket. Dit betreft onder andere:

1. geïndiceerde preventie van depressie, paniek- en angst en problematisch alcohol gebruik;
2. relatieproblematiek;
3. arbeidsgelateerde problematiek (tenzij er sprake is van een DSM-stoornis);
4. behandeling van aanpassingsstoornissen, behalve als deze het gevolg zijn van kindermisbruik of -mishandeling;
5. behandeling van enkelvoudige fobieën, delier, en een aantal seksuele stoornissen.

De minister stelt jaarlijks het pakket aan vergoede zorg vast, op basis van een advies door het Zorginstituut. Sinds 1 januari 2017 wordt hierbij de DSM-5 als uitgangspunt gehanteerd.

Zie voor gedetailleerde nadere informatie over wel- en niet-vergoede zorg:

- [de lijst uit het rapport van het CVZ](#) uit 2013 over geneeskundige GGZ, gebaseerd op de DSM IV;
- het rapport van het Zorginstituut Nederland over [vergoeding van 'nieuwe' DSM-5 stoornissen](#);
- het herzien [standpunt](#) van het Zorginstituut over de zogenaamde 'andere gespecificeerde stoornissen'.

Daarnaast is er al jarenlang discussie over behandelmethoden die wel en niet voor vergoeding in aanmerking komen. Uitgangspunt hierbij is dat behandelingen moeten voldoen aan "de stand van de wetenschap en de praktijk". Tot voor kort bestond hiervoor een [lijst met behandelingen die wel en niet aan dit criterium voldoen](#). Deze lijst is inmiddels ingetrokken. Elke verzekeraar moet nu zelf beoordelen welke behandelingen conform de stand van de wetenschap en de praktijk zijn, en op basis daarvan wel, respectievelijk niet voor vergoeding in aanmerking komen. Raadpleeg dus bij twijfel de polis van de verzekerde.

6.2 Aanvullende verzekeringen

Verzekeraars bepalen de samenstelling van aanvullende pakketten. Sommige verzekeraars hebben in hun aanvullende verzekeringen behandelingen ondergebracht die niet uit het basispakket vergoed worden, zoals bijv. relatietherapie.

[Terug naar inhoudsopgave](#)

7. Maximumtarieven

De maximumtarieven die gelden binnen de Basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ worden vastgesteld door de NZA. Dit zijn de tarieven die de behandelaar maximaal aan de patiënt in rekening mag brengen. Dit geldt dus zowel voor verzekerde als voor onverzekerde zorg. Het geldt ook voor zorg die vergoed wordt door een externe partij, bijv. de werkgever. Voor de Basis GGZ heeft de NZA de volgende maximumtarieven vastgesteld:

[table caption="Maximumtarieven Basis GGZ" width="600px" class="table-condensed" colwidth="50%|20%|20%|10%" colalign="left|center|center"]

Prestatie, Tarief in EUR 2016, Tarief in EUR 2017,
 Kort, 457\,43, 472\,65,
 Middel, 779\,40, 805\,34,
 Intensief, 1.222\,15, 1.262\,82,
 Chronisch, 1.127\,95, 1.165\,48,
 Onverzekerd product Consult (OVP), 95\,89, 98\,00,
 Onvolledig behandeltraject, 186\,71, 192\,92,
 [/table]

Met ingang van 2015 is er de mogelijkheid van een verhoogd maximumtarief, dat 10% hoger is dan het gewone maximumtarief. Dit tarief mag alleen gebruikt worden als hierover vooraf door zorgverzekeraar en zorgaanbieder afspraken zijn gemaakt.

Voor de producten kort, middel, intensief en chronisch is uitgegaan van een personeelsinzet zoals geformuleerd in het HHM-rapport. Daarbij gaat de NZA ervan uit dat een deel van de verrichtingen wordt uitgevoerd door een medebehandelaar op HBO- of WO-niveau. Alle tarieven van de NZA zijn gebaseerd op kostprijsberekeningen. Deze omvatten niet alleen salariskosten, maar alle directe en indirecte kosten die uit het tarief moeten worden gedekt, dus ook huisvestingskosten, kantoorkosten, gederfd rendement op kapitaal, etc.

Het OVP-tarief is gebaseerd op een consult van 60 minuten, inclusief indirecte patiëntgeboden tijd zoals bijwerken van het dossier. (zie voor omschrijving art. 3.14 [NZA Regeling Generalistische Basis GGZ](#)).

Voor 'overige prestaties', zoals keuringen en onderzoek t.b.v. verzekeraars en werkgevers, gelden afzonderlijke maximumtarieven. Voor rapporten aan een bedrijfsarts, verzekeringsarts of (via de patiënt) aan het CBR bedraagt het maximumtarief € 79,73.

Voor rijbewijskeuringen is er een afzonderlijk tarief. Dit bedraagt € 81,94 voor 15 minuten onderzoek en 15 minuten rapportage, met een opslag van maximaal twee keer € 40,96 per 15 minuten extra tijd.

Bron: [Tariefbeschikking generalistische basis GGZ 2017](#)

Bij de berekening van de salariskosten is de NZA uitgegaan van een 'disciplinemix'. Als basis dient het niveau gz-psycholoog. Daarbij wordt enerzijds een deel van de behandeling uitbesteed aan een medebehandelaar op HBO/WO-niveau. Anderzijds kan sprake zijn van consultatie van een (duurdere) specialist. Bij de verschillende producten ziet deze disciplinemix er als volgt uit:

Procentuele aandelen van categorieën per productcategorie	Product kort	Product middel	Product intensief	Product chronisch
HBO/WO(SPV, Master-psycholoog)	15%	10%	10%	60%
WO + 2 jr postdoc (gz-psycholoog)	80%	85%	80%	25%
Specialist (klinisch psycholoog, psychiater)	5%	5%	10%	15%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Voor onderlinge dienstverlening, zoals consultatie, geldt een vrij tarief. De kosten maken deel uit van het totale tarief. Zij moeten dus door de hoofdbehandelaar worden vergoed aan de geconsulteerde specialist.

[Terug naar inhoudsopgave](#)

8. Factuurvereisten

Naast de maximumtarieven heeft de NZA eisen gesteld waaraan de factuur of declaratie moet voldoen. Op de factuur dienen te worden vermeld:

1. Naam, geboortedatum, geslacht, postcode, burgerservicenummer, UZOVI-nummer
2. Geleverde prestatie
3. Prijs
4. Startdatum en einddatum van het behandeltraject
5. AGB-code van het zorgaanbieder die de prestatie levert
6. AGB-code van de regiebehandelaar (op persoonsniveau) en diens beroep
7. Indien van toepassing: AGB-code van de tweede regiebehandelaar (op persoonsniveau) en diens beroep
8. Betrokken medebehandelaars en diens beroep
9. Het type verwijzer
 1. Verwezen patiënt vanuit de eerste lijn (o.a. huisarts, bedrijfsarts)
 2. Verwezen patiënt vanuit een (andere) GGZ-instelling, instelling voor medisch specialistische zorg of GGZ-praktijk
 3. Verwezen patiënt vanuit de crisis zorg of S.E.H.
 4. Eigen patiënt
 5. Verwezen patiënt, maar verwijzer heeft geen AGB-code (bijvoorbeeld in geval van een verwijzing naar de crisis zorg, buitenlandse zorgaanbieder, bureau Jeugdzorg)
 6. Zelfverwijzer
 7. Bemoeizorg
10. AGB-code verwijzer (op persoonsniveau), indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder a tot en met d
11. Directe en indirecte patiëntgebonden tijd van de regiebehandelaar (onder f. en g.)
12. Directe en indirecte patiëntgebonden tijd van iedere medebehandelaar en diens beroep
13. Totaal bestede directe en indirecte patiëntgebonden tijd (som k. en l.)
14. Indeling in prestatie op basis van zorgvraagwaarde na intake en diagnostiek (niet bij prestatie Onvolledig Behandeltraject).

([NZA Regeling Generalistische basis GGZ](#), art. 8.1)

De factuurvereisten gelden zowel voor gecontracteerde als voor ongecontracteerde zorg. De factuurvereisten gelden niet voor de OVP Consult.

Facturering vindt plaats nadat een behandeling is afgesloten. Bij ongecontracteerde zorg is het toegestaan de patiënt tussentijds een voorschotfactuur te sturen.

OVP's kunnen ook in onderdelen in rekening worden gebracht, bijvoorbeeld per consult.

[Terug naar inhoudsopgave](#)

9. Registratievereisten

Naast de informatie op de factuur dienen zorgverleners vanaf 1 januari 2014 registratiegegevens over de door hen verleende zorg aan te leveren aan DIS. Dit betreft de zogenaamde Minimale Dataset Basis GGZ.

Tot de aan te leveren gegevens behoren onder andere de personalia van de patiënt en details over de geleverde behandeling en de betrokken behandelaren. Zie [NZA Regeling generalistische Basis GGZ, art. 6](#) voor de complete lijst van aan te leveren gegevens.

De gegevens moeten maandelijks worden aangeleverd. Vrijgevestigde zorgverleners mogen de gegevens per kwartaal aanleveren.

Ook de registratievereisten zijn niet van toepassing bij onverzekerde prestaties (OVP).

[Terug naar inhoudsopgave](#)

10. Publicatie wachttijden

Vanaf 1 april 2016 moeten ook aanbieders van Basis GGZ hun wachttijden publiceren op hun website. Dit moet het voor patiënten en verwijzers inzichtelijker te maken hoe lang zij moeten wachten voordat ze bij een zorgverlener terecht kunnen. De NZa heeft gedetailleerde regels opgesteld voor de manier waarop de wachttijden berekend en gepubliceerd moeten worden. Hieronder een korte samenvatting. [Klik hier](#) voor de integrale tekst van de NZa-regeling.

- elke zorgverlener moet op zijn website twee wachttijden vermelden: de aanmeldingswachttijd en de behandelingswachttijd. Deze gegevens moeten elke maand worden geactualiseerd.
- de aanmeldingswachttijd is het aantal weken tussen het maken van een eerste afspraak en het moment dat die afspraak plaatsvindt. Om geflatteerde wachttijden te voorkomen mag hierbij niet worden uitgegaan van de eerste beschikbare mogelijkheid in de agenda van de zorgaanbieder. Uitgangspunt voor de berekening is de derde mogelijkheid in de agenda. Daarbij moet worden uitgegaan van de agenda op het moment van publicatie van de wachttijden.
- de behandelingswachttijd is het aantal weken tussen de intake en de start van de behandeling. Dit is de gemiddelde wachttijd over de laatste twee maanden. Als er geen sprake is van een behandelingswachttijd, moet dit expliciet vermeld worden.
- bij de berekening moeten weken naar boven toe worden afgerond.
- als de wachttijd afhankelijk is van de verzekeraar waarbij de patiënt verzekerd is, moet de wachttijd per verzekeraar worden vermeld. Als de wachttijd niet afhankelijk is van de verzekering van de patiënt, moet dit expliciet worden aangegeven.

Bij elk publicatie van wachttijden moet op de website de volgende tekst worden vermeld:

“Wanneer u de wachttijd te lang vindt, kunt u altijd contact opnemen met de zorgaanbieder, of uw zorgverzekeraar vragen om wachtlijstbemiddeling. Uw zorgverzekeraar kan u ondersteunen, zodat u binnen 4 weken vanaf uw eerste contact met een zorgaanbieder een intake gesprek krijgt, en dat binnen 10 weken vanaf de intake, de behandeling is gestart. Dit zijn de maximaal aanvaardbare wachttijden die door zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk zijn overeengekomen (de treeknormen).”

[Terug naar inhoudsopgave](#)

11. Privacy en opt-outregeling

In de tweedelijns GGZ bestaat al langer de verplichting tot vermelding van de diagnose op de factuur, en aanlevering van behandelinformatie aan DIS. Hier is vanuit het oogpunt van

privacybescherming bezwaar tegen aangetekend. Dit heeft geleid tot de zogenaamde **opt-outregeling**. De cliënt moet hiervoor een door de NZa opgestelde privacyverklaring ondertekenen bij de behandelend psycholoog of psychotherapeut. Een kopie van deze privacyverklaring moet worden opgestuurd naar de zorgverzekeraar van de cliënt, waarna de therapeut declaraties bij de zorgverzekeraar kan indienen zonder daarop informatie te vermelden die verwijst naar de diagnose. Ondertekening van de privacyverklaring door de cliënt maakt tevens dat er geen informatie aan het DIS hoeft te worden aangeleverd.

Ook voor de Basis-GGZ is er een opt-outregeling getroffen. Deze geldt alleen voor de aanlevering van informatie aan DIS. Voor de facturering aan zorgverzekeraars is een opt-outregeling volgens de NZa niet nodig, omdat de factuur voor de Basis-GGZ geen diagnose-informatie bevat.

Aanvankelijk gold de opt-outregeling alleen voor diagnosegevoelige informatie, maar vanaf 2015 is de regeling uitgebreid tot alle gegevens. Dit betekent dat van patiënten die een privacyverklaring hebben getekend helemaal geen gegevens aan DIS meer mogen worden aangeleverd.

Voorwaarde voor de opt-outregeling is dat de patiënt en de zorgaanbieder gezamenlijk de privacyverklaring van de NZa hebben ondertekend. Dit moet gebeuren voordat de gegevens aan DIS worden aangeleverd.

[Klik hier](#) om de privacyverklaring Basis GGZ te bekijken en te downloaden.

N.B. Volgens de [Stichting KDVP](#) is de privacyverklaring van de NZa onjuist en onvolledig. De Stichting adviseert een alternatieve privacyverklaring te gebruiken. [Klik hier](#) voor nadere informatie.

Als er sprake is van een privacyverklaring mogen verzekeraars geen informatie over de diagnose of het behandelplan opvragen. De Autoriteit Persoonsgegevens heeft hiervoor een juridisch kader opgesteld, [klik hier](#) voor meer informatie.

[Terug naar inhoudsopgave](#)

12. Contractering door verzekeraars

Vanuit zorgaanbiders is veel kritiek op het contracteerbeleid van zorgverzekeraars. Dit betreft zowel volume, prijs, als condities.

- **Volume:** zorgverzekeraars bieden te kleine contracten aan, waardoor zorgververleners soms al halverwege het jaar geen nieuwe patiënten meer in behandeling kunnen nemen.
- **Prijs:** verzekeraars gaan ver onder de door de NZa berekende maximumtarieven zitten, soms wel tot 20% lager.
- **Conditie:** vooral voor kleinere aanbieders betekent contractering: 'tekenen bij het kruisje'. Verzekeraars stellen eenzijdig de voorwaarden vast, en stellen daarbij soms allerlei eisen die weinig te maken hebben met de kwaliteit van de zorg.

[Terug naar inhoudsopgave](#)

13. Ongecontracteerd werken

Naast het leveren van gecontracteerde zorg bestaat de mogelijkheid ongecontracteerd te werken. In dit geval declareert de zorgverlener aan de patiënt. Hij is hierbij gehouden aan de maximumtarieven zoals door de NZA vastgesteld. Hierbij zijn drie situaties te onderscheiden:

a. Patiënt heeft naturapolis met een verzekeraar waarmee de zorgverlener geen contract heeft

De patiënt kan de kosten declareren bij de zorgverzekeraar. In de regel zal de zorgverzekeraar echter slechts een deel van de kosten vergoeden. Daarbij geldt dat de zorgverzekeraar ook bij ongecontracteerde zorg nadere eisen mag stellen aan de verleende zorg (bij voorbeeld over het hoofdbehandelaarschap). Volgens artikel 13 van de Zorgverzekeringswet moet de vergoeding van zorgverzekeraars zodanig zijn, dat er geen sprake is van een 'hinderpaal' voor de vrije keuze van een behandelaar. In de praktijk variëren de vergoedingen tussen de 50% en 75% van het gemiddelde tarief dat de betreffende verzekeraar betaalt.

In 2014 is geprobeerd dit zogenaamde hinderpaalcriterium uit de Zorgverzekeringswet te schrappen. Dit voorstel stuitte op groot verzet van onder andere organisaties van beroepsbeoefenaren in de zorg, omdat het in strijd is met het principe van vrije keuze van behandelaar door de patiënt. Onder invloed van dit protest heeft de Eerste Kamer eind 2014 dit voorstel geblokkeerd.

b. Patiënt heeft restitutiepolis

De patiënt kan de kosten declareren bij de zorgverzekeraar. Bij een restitutiepolis betaalt de zorgverzekeraar het wettelijke NZa-tarief of een marktconforme vergoeding terug aan de patiënt.

c. Patiënt betaalt de behandeling zelf

Ook in dit geval blijven de maximumtarieven onverkort van kracht, voor zover de behandeling valt onder 'gezondheidszorg'. Ditzelfde geldt voor de factuurvereisten en de DIS-registratie, tenzij de patiënt de privacyverklaring tekent.

Als er sprake is van andere activiteiten dan 'gezondheidszorg, bijv. coaching, gelden de maximumtarieven, de factuurvereisten en de eis tot DIS-registratie niet. In dat geval 'zal in de regel echter BTW moeten worden berekend.

Informeren van patiënten

Bij ongecontracteerd werken moeten zorgverleners zorgen voor goede informatie en voorlichting aan patiënten. De eisen hiervoor zijn omschreven in de [NZA Regeling Generalistische basis GGZ, art. 8.2](#) Hierin wordt onder andere bepaald dat er een standaard prijslijst moet zijn, en dat 'consumenten' hiervan op voorgeschreven wijze kennis van kunnen nemen. Ook deze verplichtingen gelden niet indien uitsluitend sprake is een onverzekerde prestaties (OVP).

Zie voor meer informatie over ongecontracteerd werken de website zorgvoorkwaliteit.nu en de [handleiding over ongecontracteerd werken](#), uitgegeven door Zorg voor Kwaliteit.

[Terug naar inhoudsopgave](#)

14. Eigen bijdrage en eigen risico

De Basis GGZ valt wel onder het eigen risico binnen de zorgverzekering. Dit eigen risico bedraagt in 2017 € 385. Dit betekent dat, als de patiënt nog geen andere zorgkosten gemaakt heeft, hij/zij de eerste € 385 van de behandeling zelf moet betalen.

[Terug naar inhoudsopgave](#)

Relevante links: