

Ingevolge artikel 57, eerste lid, aanhef, en onder b en c, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

Kenmerk
BR/CU-7047
11D0050211

1. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op eerstelijns psychologische zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw), met uitzondering van zorg die wordt geleverd door huisartsen.

Voor zover geen sprake is van zorg als omschreven in de vorige zin, is deze beleidsregel van toepassing op handelingen¹ of werkzaamheden² op het terrein van eerstelijns psychologische zorg geleverd door of onder verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3, dan wel 34, van de Wet BIG.

2. Doel van de beleidsregel

Het doel van deze beleidsregel is vastlegging van het beleid met betrekking tot de diverse prestatiebeschrijvingen en tarieven voor eerstelijns psychologische zorg, met uitzondering van zorg welke wordt geleverd door huisartsen.

3. Begripsbepaling

Eerstelijns psychologische zorg:

Onder eerstelijns psychologische zorg wordt verstaan kortdurende generalistische behandeling van een cliënt met lichte tot matig ernstige niet complexe psychische problematiek, inclusief daarbij behorende diagnostiek. Deze definitie is in de toelichting bij deze beleidsregel nader uitgewerkt.

Consult

Een consult betreft een onafgebroken tijdsspanne waarin de zorgaanbieder de patiënt voor één of meerdere indicaties begeleidt, adviseert en/of behandelt.

Bestaande behandelrelatie

Er is sprake van een bestaande behandelrelatie met een cliënt wanneer tenminste één van de volgende consulten met deze cliënt in het kader van de behandeling heeft plaatsgevonden: individueel eerstelijns psychologisch consult, consult relatietherapie, consult gezinstherapie, consult groepstherapie.

1) Het betreft hier de handelingen bedoeld in artikel 1, sub b, nr. 2°, van de Wmg.

2) Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, aanhef, en sub d, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer Wmg.

4. Prestaties

Voor zorgaanbieders die eerstelijns psychologische zorg leveren, met uitzondering van huisartsen, gelden de volgende te declareren prestaties:

30001	Individueel eerstelijns psychologisch consult
30002	Individueel kort eerstelijns psychologisch consult
30003	Telefonisch consult bij bestaande behandelrelatie
30004	E-mail consult bij bestaande behandelrelatie
30005	Consult relatietherapie
30006	Consult gezinstherapie één ouder
30007	Consult gezinstherapie twee ouders
30008	Consult groepstherapie 4 t/m 8 personen
30009	Consult groepstherapie 9 t/m 12 personen
30010	Dubbel consult relatietherapie
30011	Dubbel consult gezinstherapie één ouder
30012	Dubbel consult gezinstherapie twee ouders
30013	Dubbel individueel eerstelijns psychologisch consult
30014	Dubbel consult groepstherapie 4 t/m 8 personen
30101	Individueel eerstelijns psychologisch consult aan huis
30113	Dubbel individueel eerstelijns psychologisch consult aan huis
30102	Individueel kort eerstelijns psychologisch consult aan huis
30105	Consult relatietherapie aan huis
30110	Dubbel consult relatietherapie aan huis
30106	Consult gezinstherapie één ouder aan huis
30111	Dubbel consult gezinstherapie één ouder aan huis
30107	Consult gezinstherapie twee ouders aan huis
30112	Dubbel consult gezinstherapie twee ouders aan huis
30114 t/m	
30200	Internetbehandeltraject
30201 t/m	
30300	Facultatieve prestatie

5. Specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen

Bij de in paragraaf 4 genoemde prestatiebeschrijvingen zijn de volgende specifieke bepalingen van toepassing.

30001 Individueel eerstelijns psychologisch consult

Een individueel eerstelijns psychologisch consult duurt standaard 60 minuten, waarvan 45 minuten direct contact (face-to-face) met de cliënt en 15 minuten voor activiteiten die uit dit contact voortvloeien (voorbereiding/uitwerking).

Ter informatie:

Een individueel eerstelijns psychologisch consult weegt in de aanspraak op de basisverzekering dan wel aanvullende verzekering als een hele zitting.

30002 Individueel kort eerstelijns psychologisch consult

Korte consulten vinden plaats in het kader van de behandeling en zijn gericht op ondersteuning en voortgangscntrole.

Ter informatie:

Een individueel eerstelijns psychologisch consult weegt in de aanspraak op de basisverzekering dan wel aanvullende verzekering als een halve zitting.

Kenmerk
BR/CU-7047
11D0050211

30003 Telefonisch consult bij bestaande behandelrelatie

Een telefonisch consult betreft een inhoudelijk telefonisch overleg in het kader van de voortgang van de behandeling met de cliënt. Telefonische consulten kunnen slechts voor dit deel dienen als vervanging van een individueel (kort) eerstelijns psychologisch consult.

Pagina
3 van 8

Deze prestatie kan enkel worden gedeclareerd indien:

- de cliënt nadrukkelijk is geïnformeerd over het doel van het telefonisch consult en over het feit dat er kosten zijn verbonden aan het telefonische consult.
- de inhoud van het telefonische consult wordt vastgelegd in het dossier.

Ter informatie:

Een telefonisch consult bij bestaande behandelrelatie weegt in de aanspraak op de basisverzekering dan wel aanvullende verzekering als een kwart zitting.

30004 E-mail consult bij bestaande behandelrelatie

Een e-mail consult betreft een inhoudelijk eerstelijns psychologisch overleg met de cliënt via internet in het kader van de voortgang van de behandeling met de cliënt. E-mail consulten kunnen slechts voor dit deel dienen als vervanging van een individueel (kort) eerstelijns psychologisch consult. E-mail consulten hebben tot doel in de periode tussen face-to-face consulten zorginhoudelijke vragen van de cliënt te beantwoorden en/of feedback te geven op huiswerkopdrachten.

Deze prestatie kan enkel worden gedeclareerd indien:

- aan de meest recente KNMG-richtlijnen "richtlijnen online arts-patiënt contact" wordt voldaan.
- de cliënt nadrukkelijk is geïnformeerd over het doel van het e-mail consult en over het feit dat er kosten zijn verbonden aan het e-mail consult.
- de inhoud van het e-mail consult wordt vastgelegd in het dossier.

Ter informatie:

Een e-mail consult bij bestaande behandelrelatie weegt in de aanspraak op de basisverzekering dan wel aanvullende verzekering als een kwart zitting.

30005 Consult relatietherapie

Relatietherapie heeft betrekking op twee partners. Een consult relatietherapie duurt standaard 60 minuten, waarvan 45 minuten direct contact (face-to-face) met de cliënten en 15 minuten voor activiteiten die uit dit contact voortvloeien (voorbereiding/uitwerking).

Ter informatie:

Een consult relatietherapie weegt in de aanspraak op de basisverzekering dan wel aanvullende verzekering als een halve zitting per partner.

30006 Consult gezinstherapie één ouder

Gezinstherapie één ouder heeft betrekking op gezinnen met één of meer kinderen en één ouder. Een "consult gezinstherapie één ouder" duurt standaard 60 minuten, waarvan 45 minuten direct contact (face-to-face) met de cliënt en 15 minuten voor activiteiten die uit dit contact voortvloeien (voorbereiding/uitwerking).

Ter informatie:

Een consult "Gezinstherapie één ouder" weegt in de aanspraak op de basisverzekering dan wel aanvullende verzekering als een hele zitting voor de ouder.

Kenmerk
BR/CU-7047
11D0050211

30007 Consult gezinstherapie twee ouders

Gezinstherapie twee ouders heeft betrekking op gezinnen met één of meer kinderen en twee ouders. Een consult gezinstherapie twee ouders duurt standaard 60 minuten, waarvan 45 minuten direct contact (face-to-face) met de cliënt en 15 minuten voor activiteiten die uit dit contact voortvloeien (voorbereiding/uitwerking).

Pagina
4 van 8

Ter informatie:

Een consult "Gezinstherapie twee ouders" weegt in de aanspraak op de basisverzekering dan wel aanvullende verzekering als een halve zitting per ouder.

30008 Consult groepstherapie 4 t/m 8 personen

Een consult groepstherapie 4 t/m 8 personen duurt standaard 90 minuten, waarvan 60 minuten direct contact (face-to-face) met de cliënten en 30 minuten voor activiteiten die uit dit contact voortvloeien (voorbereiding/uitwerking).

Ter informatie:

Een consult groepstherapie 4 t/m 8 personen weegt in de aanspraak op de basisverzekering dan wel aanvullende verzekering als een kwart zitting per deelnemer van de groep.

30009 Consult groepstherapie 9 t/m 12 personen

Een consult groepstherapie 9 t/m 12 personen duurt standaard 120 minuten, waarvan 90 minuten direct contact (face-to-face) met de cliënten en 30 minuten voor activiteiten die uit dit contact voortvloeien (voorbereiding/uitwerking).

Ter informatie:

Een consult groepstherapie 9 t/m 12 personen weegt in de aanspraak op de basisverzekering dan wel aanvullende verzekering als een vijfde zitting per deelnemer van de groep.

30010 Dubbel consult relatietherapie

Relatietherapie heeft betrekking op twee partners. Een dubbel consult relatietherapie duurt standaard 120 minuten, waarvan 90 minuten direct contact (face-to-face) met de cliënten en 30 minuten voor activiteiten die uit dit contact voortvloeien (voorbereiding/uitwerking).

Ter informatie:

Een dubbel consult relatietherapie weegt in de aanspraak op de basisverzekering dan wel aanvullende verzekering als een hele zitting per partner.

30011 Dubbel consult gezinstherapie één ouder

Gezinstherapie één ouder heeft betrekking op gezinnen met één of meer kinderen en één ouder. Een dubbel consult gezinstherapie één ouder duurt standaard 120 minuten, waarvan 90 minuten direct contact (face-to-face) met de cliënt en 30 minuten voor activiteiten die uit dit contact voortvloeien (voorbereiding/uitwerking).

Ter informatie:

Een dubbel consult gezinstherapie één ouder weegt in de aanspraak op de basisverzekering dan wel aanvullende verzekering als twee zittingen voor de ouder.

Kenmerk
BR/CU-7047
11D0050211

30012 Dubbel consult gezinstherapie twee ouders

Gezinstherapie twee ouders heeft betrekking op gezinnen met één of meer kinderen en twee ouders. Een consult gezinstherapie twee ouders duurt standaard 120 minuten, waarvan 90 minuten direct contact (face-to-face) met de cliënt en 30 minuten voor activiteiten die uit dit contact voortvloeien (voorbereiding/uitwerking).

Pagina
5 van 8

Ter informatie:

Een dubbel consult gezinstherapie twee ouders weegt in de aanspraak op de basisverzekering dan wel aanvullende verzekering als een hele zitting per ouder.

30013 Dubbel individueel eerstelijns psychologisch consult

Een dubbel individueel eerstelijns psychologisch consult duurt standaard 120 minuten, waarvan 90 minuten direct contact (face-to-face) met de cliënt en 30 minuten voor activiteiten die uit dit contact voortvloeien (voorbereiding/uitwerking). Het dubbel individueel eerstelijns psychologisch consult kan enkel in rekening worden gebracht bij behandelmethode EMDR en diagnostiek bij kinderen en jeugdigen.

Ter informatie:

Een dubbel individueel eerstelijns psychologisch consult weegt in de aanspraak op de basisverzekering dan wel aanvullende verzekering als twee zittingen.

30014 Dubbel consult groepstherapie 4 t/m 8 personen

Een consult groepstherapie 4 t/m 8 personen duurt standaard 180 minuten, waarvan 120 minuten direct contact (face-to-face) met de cliënten en 60 minuten voor activiteiten die uit dit contact voortvloeien (voorbereiding/uitwerking).

Ter informatie:

Een dubbel consult groepstherapie 4 t/m/8 personen weegt in de aanspraak op de basisverzekering dan wel aanvullende verzekering als een halve zitting per deelnemer van de groep.

30114 t/m 30200 Internetbehandeltraject

Een internetbehandeltraject betreft een therapie die via internet aangeboden wordt. Het zorgaanbod betreft eerstelijns psychologische zorg zoals omschreven wordt in artikel 3 van deze beleidsregel.

Declaratie van de prestatie "internetbehandeltraject" kan enkel plaatsvinden:

- indien hiertoe door de zorgaanbieder een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de patiënt is aangegaan waarin zorginhoud en prijs is vastgelegd of
- indien de zorgverzekeraar van een verzekerde uitsluitend restitutiepolissen aanbiedt, onder voorwaarde dat er een overeenkomst is voor het internetbehandeltraject met minimaal een (1) andere zorgverzekeraar.

Daarbij kan declaratie enkel plaatsvinden indien;

- de cliënt nadrukkelijk is geïnformeerd over het doel van dit behandeltraject en over de kosten die zijn verbonden aan het behandeltraject.

Ter informatie:

De weging in de aanspraak op de basisverzekering wordt per behandeltraject door de zorgverzekeraar bepaald, afhankelijk van de kosten voor het gehele traject.

Kenmerk
BR/CU-7047
11D0050211

30201 t/m 30300 Facultatieve prestatie

De NZa kan een prestatiebeschrijving vaststellen voor de in artikel 1 aangeduide zorg die afwijkt van de hiervoor vermelde prestatiebeschrijvingen, indien tenminste één zorgaanbieder en tenminste één ziektekostenverzekeraar gezamenlijk daarom verzoeken. Andere verzoeken dan gezamenlijke worden zonder inhoudelijke beoordeling afgewezen.

Pagina
6 van 8

De door de NZa vastgestelde prestatie kan in rekening worden gebracht door een zorgaanbieder indien hier een schriftelijke overeenkomst met een ziektekostenverzekeraar aan ten grondslag ligt.

Aanvraagprocedure

1. De aanvraag dient:
 - schriftelijk te worden ingediend;
 - door zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar gezamenlijk en;
 - te zijn voorzien van een handtekening van deelnemende partijen.
2. De aanvraag dient het volgende te bevatten:
 - een voorstel voor een concrete en duidelijke prestatiebeschrijving
 - een toelichting waarom de voorgestelde prestatiebeschrijving binnen de werkingssfeer van deze beleidsregel valt

De NZa beoordeelt de aanvraag op de volgende onderdelen:

- Voldoet de aanvraag aan de gestelde voorwaarden onder 1 en 2.
- Valt de voorgestelde prestatiebeschrijving(en) onder de reikwijdte van deze beleidsregel.

Indien de aanvraag niet voldoet aan de gestelde voorwaarden zal de NZa de beoordeling ervan aanhouden totdat de benodigde gegevens zijn ontvangen. Bij een complete aanvraag voor een nieuwe prestatie zal de NZa binnen 4 weken na ontvangst van de schriftelijke aanvraag een besluit nemen.

6. Consulten aan huis

Indien een cliënt om medische reden niet of slechts zeer moeizaam naar de praktijk kan komen, kan de behandelaar binnen de duur van de medische beperking een consult aan huis verrichten.

Indien in de diagnostische fase observatie van de thuissituatie nodig is, kan de behandelaar bij behandeling van een gezin of een kind een consult aan huis verrichten.

De prestaties die onder één van deze voorwaarden aan huis kunnen worden gedeclareerd, zijn:

- 30101 Individueel eerstelijns psychologisch consult aan huis**
- 30113 Dubbel individueel eerstelijns psychologisch consult aan huis**
- 30102 Individueel kort eerstelijns psychologisch consult aan huis**
- 30105 Consult relatietherapie aan huis**
- 30110 Dubbel consult relatietherapie aan huis**
- 30106 Consult gezinstherapie één ouder aan huis**
- 30111 Dubbel consult gezinstherapie één ouder aan huis**

30107 Consult gezinsterapie twee ouders aan huis
30112 Dubbel consult gezinsterapie twee ouders aan huis

Voor deze prestaties gelden dezelfde bepalingen zoals beschreven bij de gerelateerde prestaties in artikel 5. Dit geldt tevens voor de aanspraak op de basisverzekering dan wel de aanvullende verzekering.

Kenmerk
BR/CU-7047
11D0050211

Pagina
7 van 8

7. Tarieven

Voor de prestaties zoals vastgelegd in deze beleidsregel in artikel 4 gelden vrije tarieven.

8. Intrekking oude beleidsregel(s)

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel BR/CU-7013 ingetrokken.

9. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2012. Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub b, van de Wmg wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2011 treedt de beleidsregel in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2012.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'Beleidsregel eerstelijns psychologische zorg'.

TOELICHTING***Facultatieve prestatie***

De beleidsregel biedt middels de facultatieve prestatie ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders extra ruimte doordat het mogelijk is om andere prestatiebeschrijvingen af te spreken dan de uniform geldende prestatiebeschrijvingen. Vanaf 1 januari 2012 kunnen zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars gezamenlijk een aanvraag indienen bij de NZa tot het vaststellen van een prestatiebeschrijving. Partijen kunnen hierdoor van de in deze voorliggende conceptbeleidsregel opgenomen prestaties afwijken.

Het gevolg is dat partijen hierdoor meer vrijheidsgraden en mogelijkheden krijgen om zich te onderscheiden. Het betekent ook dat er meer verantwoordelijkheid komt te liggen bij ziektekostenverzekeraar en zorgaanbieder om te komen tot een duidelijke prestatiebeschrijving en de voorwaarden waaronder een tarief in rekening mag worden gebracht. De NZa toetst in beginsel uitsluitend of de prestatie voldoende duidelijk is omschreven en valt binnen de reikwijdte van de Wet marktordening gezondheidszorg en of sprake is van een gezamenlijk verzoek. De NZa zal de facultatieve prestatie uniform toepasbaar maken, met als voorwaarde dat er sprake is van een contract tussen een zorgaanbieder en een ziektekostenverzekeraar over de betreffende prestatie.

Het is aan zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar om te voldoen aan de eerder beschreven voorwaarden. Partijen kunnen zelf nader de voorwaarden overeenkomen waaronder een tarief in rekening mag worden gebracht. Daarvoor hoeven geen voorschriften door de NZa te

worden vastgesteld. De NZa toetst de aanvraag voor een nieuwe prestatiebeschrijving dus beperkt.

Bij tarieven die vrij onderhandelbaar zijn, is het belangrijk dat de prestaties waarvoor de tarieven in rekening worden gebracht, duidelijk worden omschreven en vastgelegd. Dit is mede relevant voor de verbodsbepaling op grond van artikel 35, lid 1 Wmg waaruit volgt dat het verboden is een tarief in rekening te brengen voor een prestatie waarvoor geen prestatiebeschrijving is vastgesteld of waarvoor een andere prestatiebeschrijving is vastgesteld. Gezien deze verbodsbepaling zal door de NZa worden gelet op de precisie en duidelijkheid van de voorgestelde prestatieomschrijving. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars mogen de nieuwe prestatie declareren respectievelijk vergoeden wanneer een beschikking door de NZa is vastgesteld.

Kenmerk
BR/CU-7047
11D0050211

Pagina
8 van 8

Toelichting bij hoofdstuk 3

In de psychopathologie wordt de DSM IV (TR) als het meest gebruikte classificatiesysteem gebruikt. In de DSM worden vijf assen onderscheiden.

- As I: klinische stoornissen (zoals depressie en angststoornissen) en overige problematiek die om klinische aandacht vraagt (waaronder de zogenaamde V-codes zoals relatieproblemen).
- As II: persoonlijkheidsstoornissen en zwakbegaafdheid.
- As III: algemene lichamelijke functioneren / aandoeningen.
- As IV: psychosociale en omgevingsproblemen.
- As V: de Global Assessment of Functioning (GAF) schaal, waarop de behandelaar in een schaal van 0 tot 100 een uitspraak doet over het niveau van functioneren en van de klachten van een patiënt.

Als indicatie voor eerstelijns psychologische zorg gelden de volgende richtlijnen:

- er is sprake van ten hoogste twee probleemgebieden op de DSM IV as I, van een lichte tot matige ernst;
- er is geen co-morbiditeit met een as II stoornis. Dat wil zeggen dat er geen as II diagnose is gesteld of dat deze niet interfereert met de aanmeldingsklacht en de daarop gerichte behandeling;
- er is sprake van GAF-score van minimaal 51. Dat wil zeggen dat er sprake is van hooguit matige symptomen (bijvoorbeeld af en toe paniekaanvallen), of matige problemen in sociaal functioneren op het werk of op school.

Als aanvullende richtlijnen gelden:

- de cliënt heeft geen eerdere GGZ- behandeling gehad, tenzij deze succesvol is afgesloten;
- er is geen ernstige ontregeling of psychose te verwachten;
- de problematiek kan met kortdurende diagnostiek en behandeling en begeleiding afdoende worden behandeld.