

Aan het bestuur van:

- Zorgverzekeraars Nederland (ZN);
- GGZ Nederland (GGZN);
- Platform MeerGGZ;
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ);
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU);
- Federatie Medisch Specialisten (FMS)
- Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP);
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP);
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP);
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF);
- Landelijk Platform GGZ (LPGGZ);
- Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinrichtingen (ForZo/JJI);
- Gevangeniswezen (GW);
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door
Directie Regulering

Telefoonnummer
088 770 87 70

E-mailadres
info@nza.nl

Kenmerk
CI/16/19c
0191403/0261753

Onderwerp
Regelgeving en release ggz en fz 2017

Datum
29 juni 2016

Geachte heer/mevrouw,

Hierbij informeren wij u over de wijzigingen in de regelgeving van de ggz en fz:

1. Release 2017
2. Verwerkte onderhoudspunten 2017
3. Niet verwerkte onderhoudspunten 2017
4. Overige wijzigingen

1. Regels die per 2017 gelden

De Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 14 juni de regelgeving vastgesteld voor de gespecialiseerde ggz, generalistische basis-ggz en de forensische zorg (fz). Dit houdt in dat de regelgeving 2017 definitief is.

Voor zowel de ggz als de fz kunt u de regelgeving 2017 (nadere regel, beleidsregel en tariefbeschikking) downloaden van www.nza.nl. De informatieproducten (gebruikersdocumenten, toelichting validatieregels en toelichting codelijsten) en de tabellen (beslisboom, kenmerkende factoren, codelijsten, en validatieregels) van zowel de gespecialiseerde ggz als de fz kunt u downloaden van <http://werkenmetdbcs.nza.nl> (onder 'ggz' resp. 'forensische zorg').

- Het gaat om de volgende regelgeving:
- NR/REG-1705: Regeling Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg;
- BR/REG-17109: Beleidsregel Prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg;

- NR/REG-1707 Regeling Verplichting aanlevering minimale dataset gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg
- BR/REG-17112 Beleidsregel tarieven nhc en nic gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg
- TB/CU-17600-01: Tariefbeschikking Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg;
- NR/REG-1706: Regeling dbbc's, zzp's en extramurale parameters forensische zorg;
- BR/REG-17110: Beleidsregel Prestaties en tarieven forensische zorg;
- NR/REG-1708: Regeling Verplichting aanlevering minimale dataset forensische zorg
- TB/FZ-17601-01: Tariefbeschikking forensische zorg.
- BR-REG-17124: Beleidsregel generalistische basis-ggz
- NR-REG-1716: Nadere regel generalistische basis-ggz
- TB-REG-17613-01: Tariefbeschikking generalistische basis-ggz

Kenmerk
CI/16/19c
0191403/0261753

Pagina
2 van 13

De documenten bevatten geen regels en informatie over de jeugd-ggz, aangezien de NZa hiervoor geen bevoegdheden heeft.

Waar vindt u de nieuwe beleidstukken van de NZa?

Op onze website www.nza.nl gaat u naar het onderwerp 'Geestelijke gezondheidszorg'. In het dossier voor Gespecialiseerde gezondheidszorg vindt u informatie voor zorgprofessional. De documenten vindt u terug onder het kopje 'Meest gevraagde actuele documenten'. Ook kunt u onze regels vinden door op het kenmerk te zoeken in het algemene zoekveld op de website.

De releasedocumenten en het 'verantwoording dbc-release 2017' kunt u vinden op <http://werkenmetdbcs.nza.nl/ggz>.

In deze circulaire lichten wij toe wat de belangrijkste wijzigingen zijn in de regelgeving 2017 ten opzichte van 2016 voor de ggz en fz. De inhoud van de regelgeving ggz en fz is in lijn met de eerder verstuurd circulaire van 4 maart 2016 (CI/16/6c)¹ en de daarop volgende besprekingen.

Wij vragen u deze informatie met uw achterban te delen.

2. Wat wijzigt er per 2017?

De volgende onderhoudspunten zijn in de cyclus richting release 2017 behandeld en leiden tot een wijziging per 2017. Per onderhoudspunt geven wij aan of het een wijziging betreft in de gespecialiseerde ggz (g-ggz), generalistische basis-ggz (gb-ggz) of de forensische zorg (fz).

- a. Regiebehandelaarschap (g-ggz en gb-ggz)
- b. Invoering DSM-5 (g-ggz)
- c. Heropenen db(b)c's (g-ggz en fz)
- d. Onderhoud beroepentabel (g-ggz en fz)
- e. High and intensive care (hic) (g-ggz)
- f. Definiëring van verblijfsdagen (g-ggz)
- g. Crisis-dbc's: tarieven (g-ggz)
- h. Crisis-dbc's: regelgeving (g-ggz)
- i. Toevoegen twee nieuwe zorgtitels (fz)
- j. Meerdere plaatsingsbesluiten (fz)

¹ https://www.nza.nl/regelgeving/circulaires/CI_16_6c_Regels_ggz_en_fz_2017

- k. Parallele dbc's: regelgeving (g-ggz en fz)
- l. Parallele dbc's: ect (g-ggz en fz)
- m. Bijzondere cliëntgroepen (g-ggz)
- n. Vaktherapie (g-ggz en fz)
- o. Verder aansluiten van validatieregels en nadere regel (g-ggz en fz)
- p. Onderlinge dienstverlening (g-ggz en fz)
- q. Patiënten uit de Jeugdwet (g-ggz en gb-ggz)
- r. Inzet psychiaters bij verzoek levensbeëindiging (g-ggz)
- s. Beveiligde ggz (g-ggz)
- t. Behandeling van klachten in de ggz (g-ggz en gb-ggz)

Kenmerk
CI/16/19c
0191403/0261753

Pagina
3 van 13

a. Regiebehandelaarschap (g-ggz en gb-ggz)

De veldnorm 'model-kwaliteitsstatuut ggz'² bevat onder andere een beschrijving van de taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden en deskundigheidsvereisten van de regiebehandelaar. De NZa reguleert deze onderwerpen niet. Het is aan zorgverzekeraars en ggz-aanbieders om hier onderling eventueel aanvullende afspraken over te maken.

Naar aanleiding van de veldnorm 'model-kwaliteitsstatuut ggz' is wel het begrip hoofdbehandelaar vervangen door regiebehandelaar. Dit is consequent doorgevoerd in de regelgeving van de g-ggz en de gb-ggz.

Daarbij wordt op verzoek (zoals volgt uit het model-kwaliteitsstatuut ggz) onderscheid gemaakt tussen vrijgevestigden en instellingen. Hierbij is ook onderscheid gemaakt tussen de g-ggz en de gb-ggz. De wijze waarop dit is doorgevoerd in de regelgeving is onderstaand toegelicht voor beide sectoren:

Onderscheid regiebehandelaarschap gespecialiseerde ggz:

Regiebehandelaar: De regiebehandelaars in de gespecialiseerde ggz zijn BIG-geregistreerd en hebben een ggz-specifieke opleiding gevolgd. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen vrijgevestigden en instellingen.

Vrijgevestigden

De volgende beroepen kunnen als vrijgevestigde voorkomen als regiebehandelaar:

- psychiater
- klinisch psycholoog
- klinisch neuropsycholoog
- psychotherapeut

Instellingen

De volgende beroepen kunnen binnen een instelling voorkomen als regiebehandelaar:

- psychiater
- klinisch psycholoog
- klinisch neuropsycholoog
- psychotherapeut
- specialist ouderengeneeskunde
- verslavingsarts in profielregister KNMG
- gz-psycholoog

² <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-ggz/Paginas/Home.aspx>

- klinisch geriater
- verpleegkundig specialist ggz

Kenmerk
CI/16/19c
0191403/0261753

Onderscheid regiebehandelaarschap generalistische basis-ggz:

De regiebehandelaars in de generalistische basis-ggz zijn BIG-geregistreerd en hebben een ggz-specifieke opleiding gevolgd. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen vrijgevestigden en instellingen.

Pagina
4 van 13

Vrijgevestigden

De volgende beroepen kunnen als vrijgevestigde voorkomen als regiebehandelaar:

- klinisch psycholoog
- klinisch neuropsycholoog
- psychotherapeut
- gz-psycholoog

Instellingen

De volgende beroepen kunnen binnen een instelling voorkomen als regiebehandelaar:

- klinisch psycholoog
- klinisch neuropsycholoog
- psychotherapeut
- gz-psycholoog
- specialist ouderengeneeskunde
- verslavingsarts in profielregister KNMG
- klinisch geriater
- verpleegkundig specialist ggz

Deze beroepen zijn aangewezen als regiebehandelaar in het model-kwaliteitsstatuut ggz. Het model-kwaliteitsstatuut ggz is een veldnorm die ingeschreven is als professionele standaard in het register van het Zorginstituut Nederland (ZIN) en in werking treedt per 1 januari 2017.

Voor het onderscheid tussen vrijgevestigden en instellingen wordt aangesloten op classificatiecodes die vastliggen in het AGB-register. Dit onderscheid in beroepen die in aanmerking komen voor de rol van regiebehandelaar voor vrijgevestigden en instellingen is verwerkt in de regelgeving, maar wordt niet afgevangen in de validatieregels.

Daarbij is rondom het regiebehandelaarschap een ontheffingsmogelijkheid gecreëerd voor patiënten bij overgang vanuit de Jeugdwet (bij de gespecialiseerde ggz herkenbaar via zorgtype 147). Deze ontheffingsmogelijkheid is vooralsnog beperkt tot de kinder- en jeugdpsycholoog en de orthopedagoog-generalist, en ziet op de behandeling direct volgend op de 18e verjaardag. Tenslotte wordt experimenteerruimte geboden voor BIG-geregistreerde beroepen die (nog) niet zijn opgenomen in de lijsten met toegestane regiebehandelaars. Dit geldt alleen voor initiatieven waarbij een zoals in het model-kwaliteitsstatuut benoemde derde (onafhankelijke) partij een tweezijdig verzoek tot uitbreiding van het regiebehandelaarschap ontvangt en goedkeurt. De exacte uitwerking wordt vormgegeven samen met vertegenwoordigers van ggz-aanbieders en zorgverzekeraars.

b. Invoering DSM-5 (g-ggz)

De minister heeft besloten³ om per 1 januari 2017 DSM-5 te gebruiken voor de afbakening van de verzekerde aanspraken ggz en de klinische praktijk. Gegeven dit besluit en conform ons advies⁴ heeft de NZa DSM-5 volgens de meest beperkte variant geïmplementeerd in de uitwerking naar de bekostiging. Hierbij wordt DSM-5 gebruikt voor de classificatie van de diagnose. De DSM-5 diagnose wordt in een conversietabel automatisch vertaald naar een DSM-IV diagnose, zodat de huidige dbc-systematiek intact blijft. Deze variant komt tegemoet aan de noodzaak om de meest actuele DSM te kunnen hanteren zonder partijen met een te grote wijziging in de productstructuur te belasten.

Kenmerk
CI/16/19c
0191403/0261753

Pagina
5 van 13

Het Zorginstituut heeft per DSM-5 diagnose aangegeven of er sprake is van aanspraak op verzekerde zorg. Onder de inhoudelijke experts is overeenstemming over de inhoud van de conversietabel en over de wijze waarop de aanspraak is geïdentificeerd. Zo veel mogelijk DSM-5 diagnoses zijn vertaald naar bestaande DSM-IV diagnoses. Hierdoor is er slechts een beperkt aantal nieuwe diagnoses waaraan een nieuwe zorgvraagwaarde subscore moet worden toegekend. Deze subscore wordt in de b-release toegevoegd in de codelijsten.

Nu onder DSM-IV lopende dbc's kunnen in 2017 gewoon worden afgerond. Dbc's die geopend worden in 2017 moeten geïdentificeerd worden in DSM-5. Dit betekent dat alle lopende zorgtrajecten in 2017 worden afgesloten. Het gevolg hiervan is dat de daarop volgende dbc per definitie een initiële dbc is.

Als het gaat om een lopende behandeling die in 2017 wordt voortgezet met een nieuw zorgtraject en een initiële dbc door de overgang naar DSM-5 moet zorgtype 150 gebruikt worden. Net als bij een patiënt afkomstig uit de Jeugdwet (zorgtype 147) geldt bij een initiële dbc door de overgang naar DSM-5 de eis van verplicht directe tijd van de regiebehandelaar niet. Wij benadrukken dat zorgverzekeraars op basis van contractafspraken kunnen vragen om een minimumhoeveelheid directe tijd. Het niet hieraan voldoen is dan geen overtreding van de nadere regel, maar wel van de contractafspraken.

c. Heropenen db(b)c's (g-ggz en fz)

Tot en met 2016 waren er twee mogelijkheden wanneer een patiënt niet-gepland terug in zorg komt: heropenen van de reeds afgesloten dbc en openen van een vervolgd-bc. Dit leverde discussie op tussen aanbieders en zorgverzekeraars. Per 2017 is daarom als regel ingevoerd dat heropenen verplicht is als de patiënt binnen 34 dagen terug in zorg komt voor dezelfde primaire diagnose. Dit wordt met een validatiereguleering afgevangen.

d. Onderhoud beroepentabel (g-ggz en fz)

Conform het advies van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz zijn de beroepen 'hbo-pedagoog' en 'ervaringsdeskundige ggz' toegevoegd aan de db(b)c beroepentabel. Voor de ervaringsdeskundige is ook een aantal criteria opgenomen waaraan die inzet moet voldoen om tijd te mogen registreren. De door deze beroepen geschreven tijd leidt in 2017 nog niet

³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/03/31/kamerbrief-over-toepassing-dsm-5-voor-het-pakket-en-de-bekostiging-ggz>

⁴ <https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ggz/Nieuws/1354102/>

af naar de dbc. Dit gebeurt per 2018 als de tarieven herijkt worden, mits aan alle criteria is voldaan. Er zijn veel vragen over hoe de niet-tijdschrijvende (ondersteunende) beroepen worden bekostigd. Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz vraagt hier ook aandacht voor. In de beroepentabel is daarom een voorbeeld opgenomen. De kern is dat de kosten van de ondersteunende beroepen zijn verdisconteerd in de kostprijs/uur van de tijdschrijvende beroepen.

Kenmerk
CI/16/19c
0191403/0261753
Pagina
6 van 13

Naar aanleiding van vragen over de tabel met ondersteunende beroepen (voorheen alleen toegevoegd aan de tariefbeschikking, vanaf 1-1-2016 ook aan de dbc-beroepentabel) is in twee voetnoten bij de beroepen maatschappelijk werker en psychomotorisch therapeut toegevoegd dat deze beroepen alleen tijd mogen schrijven in de ggz als ze over een ggz-differentiatie beschikken. Omdat we vanuit het veld horen dat het onduidelijk is dat de voetnoot die bij de ondersteunerstabel staat, niet bij de dbc-beroepentabel staat, is hij nu toegevoegd aan de dbc-beroepentabel.

Wij ontvangen signalen dat sommige ondersteunende beroepen vervangen worden door tijdschrijvende beroepen vanuit bedrijfseconomische overwegingen. Wij benadrukken dat de ondersteunende beroepen wel degelijk bekostigd worden vanuit de dbc-tarieven. Bij de opbouw van de tarieven is rekening gehouden met een mix van tijdschrijvende en niet-tijdschrijvende beroepen die vanuit zorginhoud gebruikelijk en wenselijk is.

Daarnaast gaat de redenering niet altijd op dat de inzet van meer tijdschrijvende beroepen beter is voor het financiële resultaat. Niet alleen zijn de ondersteunende beroepen doorgaans goedkoper, ook is het bereiken van een hogere tijdsklasse niet altijd goed mogelijk. Wij roepen aanbieders daarom op deze afweging zo te maken dat de patiënt door de juiste beroepmix de beste zorg krijgt. Wij nemen dit aspect mee in de bekostiging voor 2018, maar horen ook graag als hier vragen over zijn.

e. High and intensive care (hic) (g-ggz)

Er is een achtste verblijfsprestatie toegevoegd, de verblijfsprestatie h (hic). Dit betekent dat bij nieuw te openen dbc's met verblijf in 2017 de deelprestatie h (hic) geregistreerd kan worden. Voor patiënten voor wie in 2016 een dbc met verblijf op een hic afdeling is geopend, wordt als deelprestatie één van de huidige verblijfsprestaties geregistreerd. Bij de deelprestatie h (hic) geldt een maximumtarief. Deze vindt u in de tariefbeschikking gespecialiseerde ggz 2017 (TB/REG-17600).

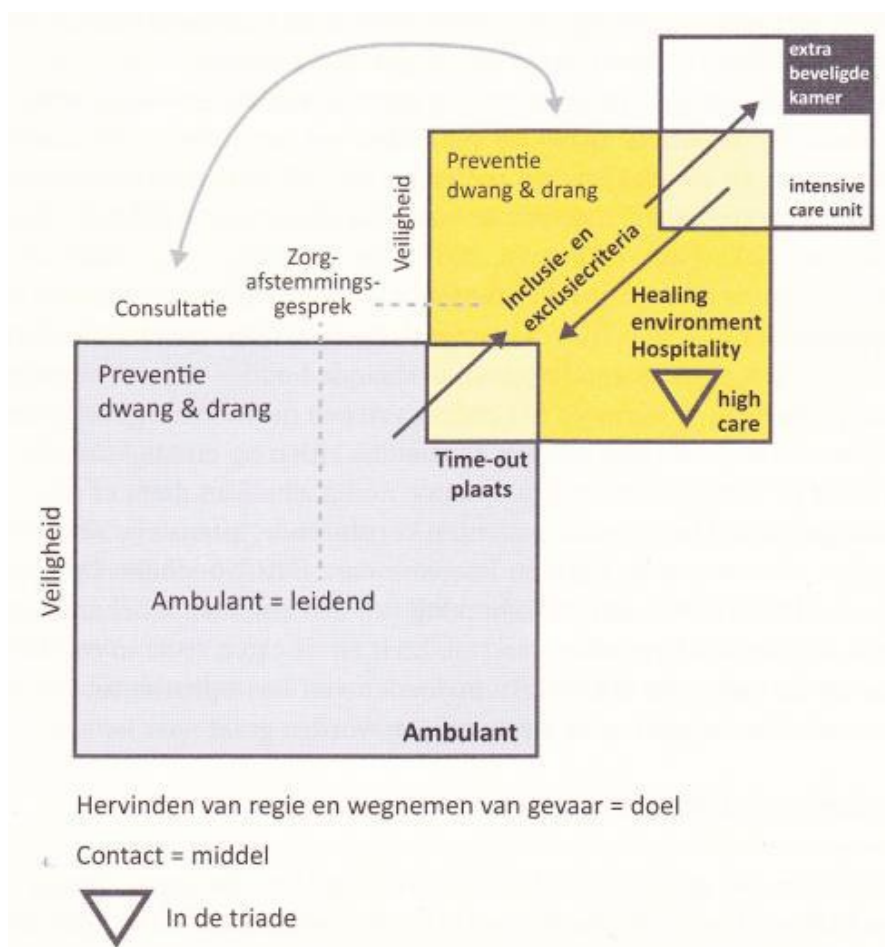
Hic is een nieuw concept voor kortdurende klinische opname in de geestelijke gezondheidszorg. De hic is een acute opnameafdeling voor patiënten die een ernstige psychiatrische crisis doormaken en voor wie een gesloten opnamesetting nodig is. In een hic is de highcarefunctie (hc) en de intensivecarefunctie (ic) gecombineerd. Behandeling op een hic zal in veel gevallen een intermezzo zijn binnen een ambulante zorgtraject. Doel is het hervinden van stabiliteit en de eigen regie in een klimaat waarbij de mogelijke schadelijke invloeden van een opname tot het minimum worden beperkt en er weer stappen worden gezet naar herstel.

De patiënt verblijft in principe op een highcareafdeling. Wanneer de situatie daar om vraagt, kan er opgeschaald worden naar één-op-één begeleiding. Dit gebeurt in de ic-afdeling. Een-op-een begeleiding wordt ingezet met als doel (verergering van) crisissituaties, agressie en dwang en drang te voorkomen. Bij verdere escalatie kan nog worden opgeschaald naar een extra beveiligde kamer (ebk). Kenmerkend voor de ic en ebk is dat zij in beginsel niet bezet maar beschikbaar zijn voor het geval dat opschaling noodzakelijk is.

Kenmerk
CI/16/19c
0191403/0261753

Pagina
7 van 13

Zie figuur 1 hieronder voor toelichting op de gebruikte terminologie.



Figuur 1: Gebruik terminologie

f. Definiëring van verblijfsdagen (g-ggz)

Er zijn geregeld vragen over het toepassen van de verschillende typen verblijfsdagen (A t/m G). Die vragen gaan onder meer over het al dan niet op- en afschalen van patiënten van wie de zorgvraag wijzigt en over het al dan niet met verlof mogen gaan van patiënten voor wie verblijfscategorie E t/m G wordt gedeclareerd. Om te verhelderen hoe de verblijfsdagen bedoeld zijn, is het volgende opgenomen in de nadere regel:

- De initiële zorgvraag bepaalt de plaatsing van de patiënt.
- De aanbieder moet in het behandeldossier vastleggen welke keuzes gemaakt zijn rondom het inschalen van de patiënt op één van de

prestaties van verblijf, rondom het herbeoordelen van de patiënt bij een gewijzigde zorgvraag en rondom het al dan niet beëindigen van het verblijf van de patiënt. Het herbeoordelen van de patiënt gaat over het mogelijk op- en afschalen van de patiënt, wijzigen van afspraken over verlof en wijzigen van afspraken over beveiliging.

Kenmerk
CI/16/19c
0191403/0261753
Pagina
8 van 13

De patiënt hoeft dus niet op elke dag exact de zorgvraag te hebben die bij de verblijfsdag hoort, mits de aanbieder een transparant beleid voert om patiënten periodiek te herbeoordelen en dat ook toepast. De exacte invulling is verder aan aanbieders en verzekeraars.

Verder ontvangt de NZa geregeld vragen over hoe de fte in de prestatiebeschrijving verblijf berekend zijn. Bij de introductie van de verblijfsprestaties heeft (toenmalig) DBC-O een uitvraag gedaan. In de uitvraag is gevraagd het aantal ingeroosterde fte's op te geven. Bij inroostering is er sprake van netto aantal uren. Het verschil tussen bruto fte en netto zit in verlofuren (en ziekteverzuim). Bij de inroostering wordt er rekening gehouden met verlof. Als voorbeeld: in een setting met veel langdurig zieken is er wel sprake van kosten, maar niet van roostering. De inzet van deze zieke werknemers loopt dan niet mee, de kosten wel.

g. Crisis-dbc's: tarieven (g-ggz)

De tarieven van crisis-dbc's en de hoogte van de beschikbaarheidscomponent crisis (bcc) zijn per 2017 gewijzigd. Aanleiding hiervoor waren signalen over de passendheid van de tarieven. De tarieven tot en met 2016 waren bepaald op basis van gesimuleerde behandelprofielen, vanwege een wijziging in de manier waarop crisis in de dbc-systematiek werd opgenomen per 2013. De nieuwe tarieven zijn gebaseerd op daadwerkelijke profielen van crisis-dbc's in het jaar 2014. Over 2014 zijn er minder crisis-dbc's gedeclareerd dan verwacht, maar deze zijn wel zwaarder. Gevolg is dat de tarieven van crisis-dbc's (licht) stijgen, maar dat het tarief van de beschikbaarheidscomponent crisis wel aanzienlijk stijgt. De tariefbeschikking wordt uiterlijk 1 juli 2016 gepubliceerd.

h. Crisis-dbc's: regelgeving (g-ggz)

Voor 2017 hebben we de volgende aanpassingen in de regelgeving/toelichting voor crisis-dbc's doorgevoerd:

- Er is in de toelichting op de regelgeving 2017 een aantal voorbeelden opgenomen waarin er maar één crisis-dbc mag worden geopend.
- Er is in de regelgeving 2017 opgenomen dat het na een crisis-dbc met opname van 28 dagen niet toegestaan is om daaropvolgend opnieuw een crisis-dbc met opname te openen. In dat geval moet een reguliere dbc geopend worden. Een validatieregel vangt dit af.
- Bij de tekst over crisis-dbc's met opname is bij de omschrijving van de crisis-zorgtypes toegevoegd dat er alleen een crisis-dbc kan worden geregistreerd door een instelling die voldoet aan de omschrijving van instelling met 24-uurs crisisdienst met regionale functie.

i. Toevoegen twee nieuwe zorgtitels (fz)

Het is vanaf 2017 mogelijk om de strafrechtelijke titels 'bevel voorlopige verpleging' (art 509i SV) en 'bevel aanhouding' (509h SV) te registreren als zorgtype binnen de dbbc-systematiek.

Deze nieuwe zorgtypen kunnen worden gebruikt als een persoon die is veroordeeld tot een tbs met voorwaarden of waarbij de tbs voorwaardelijk is beëindigd, de voorwaarden overtreedt. Voorafgaand aan een omzetting dan wel hervatting kan de veroordeelde met tussenkomst van de officier van justitie op grond van een bevel voorlopige verpleging of een bevel aanhouding in een tbs-kliniek worden geplaatst.

Kenmerk
CI/16/19c
0191403/0261753
Pagina
9 van 13

j. Meerdere plaatsingsbesluiten (fz)

Sluitreden 2 ('reden voor afsluiten bij behandelaar / om inhoudelijke redenen') wordt toegepast voor het sluiten van de lopende dbbc als de behandelaar de patiënt voor de behandeling van dezelfde primaire diagnose terug- dan wel doorverwijst naar een andere instelling. Vanaf 2017 kan deze sluitreden ook gebruikt worden als er een nieuw plaatsingsbesluit is afgegeven door een veranderende zorgvraag, maar de zorg geleverd blijft worden door dezelfde zorgaanbieder.

De uitbreiding van de toepassing van sluitreden 2 maakt het mogelijk om een dbbc bij een nieuw afgegeven plaatsingsbesluit af te sluiten, ook als de looptijd minder dan 365 dagen bedraagt. Het nieuw afgegeven plaatsingsbesluit kan worden geregistreerd in een vervolg-dbbc van het lopende zorgtraject.

Sluitreden 2 kan voortaan ook gebruikt worden voor de volgende twee situaties:

- Bij afschaling van een klinische naar een ambulante zorgvraag bij eenzelfde zorgaanbieder (binnen eenzelfde zorgtraject).
- Bij afschaling van een klinische zorgvraag naar beschermd wonen met behandeling bij eenzelfde zorgaanbieder (binnen eenzelfde zorgtraject).

k. Parallele dbc's: regelgeving

In de release ggz 2017 is verduidelijkt op welke wijze een dbc, zzp en ozp kunnen samenlopen binnen de g-ggz. Daarnaast is beschreven onder welke voorwaarden zorg binnen de g-ggz en de fz naast elkaar kan worden geleverd. Tenslotte is in de afbakening van de verschillende zorgsoorten aangegeven op welke manier een samenloop van behandeling binnen de Wet langdurige zorg en de Zorgverzekeringswet mogelijk is.

l. Parallele dbc's: ect (g-ggz en fz)

Zorgaanbieders die op grote schaal elektroconvulsietherapie (ect) uitvoeren, lopen tegen problemen aan in de contractering, registratie en declaratie wanneer ect via onderlinge dienstverlening wordt verleend. Als uitzondering op de regels rondom paralleliteit wordt vanaf 2017 toegestaan dat er twee dbc's gelijktijdig openstaan in geval van behandeling met ect. Dit zorgt er voor dat de zorgaanbieders die de ect uitvoeren zelfstandig een dbc kunnen openen en declareren. Daarnaast blijft het mogelijk deze zorg via onderlinge dienstverlening te bieden. Voor ect wordt deze uitzondering gemaakt omdat de zorg zeer geconcentreerd wordt aangeboden, het knelpunt relatief groot is bij specifieke zorgaanbieders en dit type zorg duidelijk herleidbaar is in de declaraties.

m. Bijzondere cliëntgroepen (g-ggz)

Voor enkele specifieke cliëntgroepen in de gespecialiseerde ggz heeft de NZa signalen dat de bekostiging knelpunten kent. Dit betreft in het bijzonder de ggz voor doven en slechthorenden, en jongvolwassenen in zowel de Wlz als de zzp's Zvw. Momenteel is de NZa in overleg om aanpassingen in de productstructuur door te voeren om de problemen in de bekostiging voor deze specifieke knelpunten op te lossen. Het gaat hierbij om een toeslag voor de 'tolk gebarentaal/ communicatiespecialist' en een leeftijdsgebonden toeslag voor zzp's voor patiënten van 18 tot en met 22 jaar. Besluitvorming hierover is gepland medio juli aanstaande. Uiterlijk 2 weken na het besluit wordt hierover gecommuniceerd. Het resultaat wordt verwerkt in de 2017b-release (zie hieronder: 'vervolg b-release').

Kenmerk
CI/16/19c
0191403/0261753
Pagina
10 van 13

n. Vaktherapie (g-ggz en fz)

De definitie van vaktherapie is aangepast en de vijf 'klassieke' categorieën vaktherapie die Zorginstituut Nederland noemt als verzekerde zorg, zijn afzonderlijk benoemd in de nadere regel en de codelijsten. Dat zijn beeldende, dans-, drama-, muziek-, en psychomotorische therapie. Het advies van Zorginstituut Nederland over de bekostiging van vaktherapie en dagbesteding heeft geen gevolgen voor 2017.

o. Verder aansluiten van validatieregels en nadere regel (g-ggz en fz)

Veel regels uit de nadere regel worden afgevangen in de validatieregels. Deze validatieregels zorgen ervoor dat 'onmogelijke' registratiegegevens niet kunnen leiden tot een te declareren dbc. Om meer fouten te voorkomen, is gekeken naar een betere aansluiting tussen nadere regel en validatieregels. In een aantal gevallen is de nadere regel nauwkeuriger geformuleerd, in andere gevallen is – na akkoord van partijen – een nieuwe validatieregule opgenomen. Belangrijkste inhoudelijke wijziging is dat er gevalideerd wordt op directe tijd van de regiebehandelaar. In een later stadium voeren wij dezelfde exercitie uit voor de fz.

p. Onderlinge dienstverlening (g-ggz en fz)

Uit de reacties van veldpartijen is gebleken dat onderlinge dienstverlening duidelijk staat beschreven in de regelgeving. Voor de registratie en declaratie van zorg die via onderlinge dienstverlening wordt uitgevoerd gelden dezelfde registratie eisen als voor zorg die regulier door een zorgaanbieder zelf wordt uitgevoerd. Ten opzichte van de regelgeving 2016 is verduidelijkt wanneer er sprake is van onderlinge dienstverlening en wanneer een overig zorgproduct (ozp) kan worden gedeclareerd (zie ook onderdeel paralleliteit).

q. Patiënten uit de Jeugdwet (g-ggz en gb-ggz)

Hoofregel voor initiële dbc's is dat de hoofdbehandelaar directe tijd moet hebben besteed. Per 2016 is een uitzondering gemaakt voor patiënten die uit de jeugdwet komen (bij de gespecialiseerde ggz herkenbaar via zorgtype 147). Deze uitzondering wordt ook toegepast voor de regiebehandelaar per 2017 en verder.

r. Inzet psychiaters bij verzoek levensbeëindiging (g-ggz)

Per 2017 bestaat er een nieuw overig zorgproduct (ozp) voor consultatie bij een euthanasieverzoek op grond van psychisch lijden, conform de NVvP richtlijn 'omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis'. Conform de richtlijn is een beoordeling door een onafhankelijk psychiater nodig. De ozp wordt per uur afgerekend met een maximum van 12 uur.

Kenmerk
CI/16/19c
0191403/0261753

Pagina
11 van 13

s. Beveiligde ggz (g-ggz)

Het ministerie van VWS en het ministerie van VenJ hebben signalen ontvangen dat goede toegang tot beveiligde ggz binnen de Zvw niet altijd is geborgd. In de regelgeving 2016 was opgenomen dat de zorgaanbieder die deze zorg declareerde ook altijd zelf over de voorziening moest beschikken. Dit zou het niet altijd mogelijk maken dat deze zorg in onderlinge dienstverlening wordt geboden. Door een aanpassing in de regelgeving per 2017 wordt dit wel mogelijk gemaakt, met als doel de zorg toegankelijker te maken. Voor het leveren van de zorg blijft vereist dat de zorgaanbieder die de beveiligde zorg daadwerkelijk levert, al dan niet in opdracht van een andere zorgaanbieder, ook zorg aan VenJ levert.

Het belang van de toegankelijkheid van deze specifieke vorm van gespecialiseerde ggz is groot. Als zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars problemen ervaren bij het aanbieden van beveiligde ggz kunnen zij hier bij de NZa melding van maken via <https://meldformulier.nza.nl/>.

t. Behandeling van klachten in de ggz (g-ggz en gb-ggz)

Per 1 januari 2017 valt ook de behandeling van ggz klachten in termen van de bekostiging onder onverzekerde ggz en kan de behandeling van ggz klachten daardoor via een ozp gedeclareerd worden. Tot op heden was het niet mogelijk om klachten te declareren in de gespecialiseerde ggz en de generalistische basis-ggz. De reikwijdte van de ozp is per 1 januari 2017 verruimd om ggz aanbieders de mogelijkheid te bieden om patiënten met ggz klachten die daarvoor zelf willen betalen, toch in behandeling te kunnen nemen. Ggz-klachten kenmerken zich doordat er geen sprake is van een stoornis volgens het DSM-classificatiesysteem. De zorgaanbieder en de patiënt maken onderling afspraken voor wat betreft de duur en inhoud van de te leveren zorg. Zij komen een prijs overeen binnen het door de NZa bepaalde maximumtarief voor de ozp.

3. Niet verwerkte onderhoudspunten 2017

De volgende onderwerpen zijn besproken in het Technisch Branche Overleg en de adviescommissie, maar hebben niet geleid tot een wijziging in de regelgeving 2017 die we per 1 juli 2016 uitleveren:

1. Doorontwikkeling productstructuur (ggz)
2. Herijken tarieven (ggz)
3. Verkorting doorlooptijd (ggz)
4. Wet verplichte ggz (ggz)
5. Zorgtypen in relatie tot sluitreden (ggz)
6. Bewaken jaargrens Zvw/dbc's (ggz)
7. Onderlinge dienstverlening
8. Onderhoud zzp's (ggz)
9. Somatische comorbiditeit (ggz/fz)
10. Wijzigen primaire diagnose binnen een zorgtraject (ggz)

11. Video ondersteunende diagnostiek (ggz)
12. Prestatie Volledig pakket thuis (fz)
13. Consumentenomschrijvingen (ggz)

Kenmerk
CI/16/19c
0191403/0261753

Pagina
12 van 13

In het document verantwoording dbc-release 2017, te vinden op <http://werkenmetdbcs.nza.nl>, geven wij per onderwerp aan welke afweging is gemaakt om deze onderwerpen niet per 2017 op te nemen.

4. Overige wijzigingen

Onderstaande onderwerpen staan los van de release 2017, maar hebben wel invloed op de ggz in 2017. Vandaar dat wij u hierover informeren.

Transparantieverplichting kwaliteitsstatuut ggz

Momenteel wordt samen met veldpartijen gewerkt aan een transparantieverplichting, waarmee ggz-aanbieders verplicht worden om hun kwaliteitsstatuut te publiceren via hun website. Naar verwachting zal deze verplichting ingaan per 1 januari 2017. Dit is tegelijkertijd met het moment waarop ggz-aanbieders over een goedgekeurd kwaliteitsstatuut moeten beschikken. Zodra de NZa-regelgeving hierop is aangepast, zullen wij u hierover opnieuw informeren.

Macrobeheersinstrument 2014

De minister heeft op 23 juni 2016 besloten dat het macrobeheersinstrument over 2014 niet wordt ingezet. Wij verwerken dit nog in de tariefbeschikking.

Vervolg: b-release

Voor de volgende onderwerpen wordt momenteel met veldpartijen verkend hoe opname in de b-release plaatsvindt:

- bijzondere cliëntgroepen (zie eerdere tekst)
- zorgvraagwaarde i.r.t. DSM-5 (zie eerdere tekst)

Als wij een b-release uitbrengen, dan doen we dit zo snel mogelijk en waar mogelijk informeren wij u al vóór de publicatie. Wij benadrukken dat er geen reden is de zorginkoop en de ICT-bouw hierop te laten wachten.

NZa-congres Van beleid naar praktijk: donderdag 22 september 2016

Tenslotte attenderen wij u op het NZa-congres Van beleid naar praktijk dat plaatsvindt op 22 september 2016. Tijdens dit congres wordt de regelgeving 2017 nader toegelicht. Vanaf begin juli kunt u zich hiervoor aanmelden via een aanmeldingsformulier op de websites <http://werkenmetdbcs.nza.nl> en www.nza.nl.

Per 1 januari 2017 de dbc-regeltool 2017 beschikbaar. Ook wordt de dbc-leergang indien nodig aangepast.

Hebt u vragen?

Voor vragen kunt u terecht bij onze Informatielijn. De Informatielijn is op werkdagen telefonisch bereikbaar van 09.00 tot 17.00 uur op telefoonnummer 088-7708770 (lokaal tarief). U kunt uw vragen ook per e-mail stellen via info@nza.nl.

Kenmerk
CI/16/19c
0191403/0261753

Pagina
13 van 13

Wij vragen u als koepelvereniging om deze informatie te verspreiden onder uw leden.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M. van der Kraan MBA
unitmanager geestelijke gezondheidszorg