

## **Spelregels Correct registreren en declareren**

*Versie 16 december 2020, vastgesteld door bestuurlijke commissie Zorgprestatiemodel*

De werkgroep Verantwoording en Controle formuleert veldafspraken met het oog op een correcte registratie en facturatie van zorgprestaties. Deze veldafspraken moeten helpen om beheersing van risico's zoveel mogelijk in systemen en processen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars in te richten. De veldafspraken zullen begin 2021 definitief worden gemaakt.

Onderdeel van de veldafspraken zijn spelregels over correct registreren en declareren. Deze spelregels kunnen worden ingebouwd in het systemen en bedrijfsprocessen kunnen hierop worden aangepast. In deze notitie worden drie spelregels vermeld die door het programma Zorgprestatiemodel zijn vastgesteld.

- 1. Planning = realisatie**
- 2. Minimale betrokkenheid regiebehandelaar**
- 3. Diagnostiek bij onverzekerde zorg**

## 1. Spelregel 'Planning = realisatie'

- a. Consulten binnen het Zorgprestatiemodel worden geregistreerd volgens de daadwerkelijk gerealiseerde directe tijd.
- b. Zorgaanbieders die invulling geven aan de ondergenoemde spelregels (lid c) én voldoen aan de randvoorwaarden (lid d) mogen in de consultregistratie uitgaan van geplande tijd. Gepland betekent dat starttijd en duur van het consult voor de start van het consult zijn vastgelegd en dat dit via logging is na te gaan. Dit principe kan niet worden toegepast voor ongepland zorg.
- c. De spelregels waar we ons aan houden:
  - i. Periodiek (minimaal 1 keer jaar) stelt de zorgaanbieder vast dat geplande directe tijd gemiddeld overeenkomt met gerealiseerde tijd.
  - ii. Transparant agendabeheer ('hoe'). De zorgaanbieder heeft kenbare richtlijnen voor het beheer van de agenda met uniforme aanpak die audittrail mogelijk maakt.
  - iii. Realistische agendavoering ('wat'). De zorgaanbieder heeft maatregelen genomen om een realistische agendavoering te ondersteunen
  - iv. Waarborgen controlemogelijkheid patiënt. Vooraf wordt starttijd en eindtijd/duur van het consult aan de patiënt bekend gemaakt. Starttijd van het consult wordt op de declaratie aan de zorgverzekeraar meegegeven. NB: geldt niet voor fz.
  - v. Afwijkingen detecteren. Bij afwijkingen van meer dan 15 minuten t.o.v. geplande tijd dient het consult te worden aangepast op basis van realisatie (geldt zowel naar boven als beneden).
- d. De randvoorwaarden waar we aan voldoen:
  - i. Zorgaanbieders maken transparant welke werkwijze zij hanteren bij de vastlegging van consulten
    - a. Registratie op basis van werkelijk gerealiseerde tijd, of;
    - b. Registratie op basis van planning = realisatie.
  - ii. Zorgaanbieders voeren een administratie die inzichtelijk maakt wanneer en door wie een prestatie is geleverd.
  - iii. Zorgaanbieders zorgen voor een goede informatievoorziening over de spelregels aan zorgprofessionals en patiënten.
- e. Ook voor de duur van groepsconsulten kan het principe 'planning = realisatie' worden toegepast met inachtneming van het onder 1b t/m 1d genoemde. Voor het bepalen van de groepsgrootte geldt het aantal deelnemers die op enig moment deelnemen aan een eenheid van 30 minuten.
- f. Na het eerste jaar worden de spelregels geëvalueerd.

## 2. Spelregel Minimale betrokkenheid regiebehandelaar

Het model kwaliteitsstatuut<sup>1</sup> beschrijft de rol van de regiebehandelaar in de verschillende fasen van het zorgverleningsproces. Niet alle mogelijke bepalingen in het kwaliteitsstatuut hoeven te worden geborgd via de afspraken over correct registreren en declareren.

De werkgroep stelt voor om vanuit het oogpunt van 'correct registreren en declareren' het regiebehandelaarschap te koppelen aan de diagnosefase. Dat is een duidelijk herkenbare fase, herkenbaar aan de vastlegging van diagnostiekconsulten, met een duidelijke rol voor de regiebehandelaar. Deze afspraken vanuit het oogpunt van 'correct registreren en declareren' kunnen door partijen worden aangevuld met afspraken over gepast gebruik. Van een zorgaanbieder wordt verwacht dat deze zijn proces inricht conform de minimale vereisten uit het Model Kwaliteitsstatuut.

Gezien de belangrijke rol van de regiebehandelaar in de diagnostische fase, moet worden voorkomen dat de zorg te lang loopt zonder zijn of haar betrokkenheid. Behandeling zonder diagnostiek moet dus worden vermeden. Gegeven die doelen is er een spelregel opgesteld ten behoeve van Correct Registreren & Declareren.

### Spelregel:

*Bij een nieuwe zorgvraag wordt binnen 42 dagen na het uitvoeren van het eerste consult (doorgaans de intake) minimaal 1 consult uitgevoerd door de regiebehandelaar.<sup>2</sup> Deze termijn mag overschreden worden zolang er maximaal 4 consulten voorafgaan aan het consult met de regiebehandelaar. Na deze termijn zijn de declaraties van consulten onrechtmatig tot het consult met de regiebehandelaar heeft plaatsgevonden.*

### Standaarduitzonderingen

Van deze spelregel kan op patiëntniveau in uitzonderingsituaties worden afgeweken. Er zijn uitzonderingen die altijd mogelijk zijn. Die staan hieronder beschreven. Wanneer er sprake is van zo'n standaarduitzondering, moet dit uit het EPD blijken. Om de uitzondering kenbaar te maken wordt een kenmerk meegestuurd aan de zorgverzekeraar in de factuur van het consult.<sup>3</sup>

### Overige uitzonderingen

Voor overige uitzonderingen is de beoordeling maatwerk. De zorgaanbieder kan daarover met motivering, voorafgaand aan facturatie, in overleg gaan met de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder stuurt dan niet het standaardkenmerk mee met

<sup>1</sup> Het Zorginstituut werkt aan de module 'Indiceren en coördineren van zorg in de GGZ'. Deze module zou impact kunnen hebben op deze spelregel.

<sup>2</sup> Wanneer dit eerste diagnostiekconsult wordt uitgevoerd door de regiebehandelaar is ook voldaan aan deze spelregel.

<sup>3</sup> Of dit eenmalig is, of voor een bepaalde periode wordt nog uitgewerkt.

de declaratie, maar een kenmerk dat er sprake is van een overige uitzondering. De reden wordt in het EPD vastgelegd<sup>4</sup>.

### *Gepast Gebruik*

Bovenstaande spelregel betreft Correct Registreren & Declareren. Verder wordt van Zorgaanbieders in het kader van Gepast Gebruik verwacht dat zij hun processen inrichten conform de minimale vereisten van het model kwaliteitsstatuut<sup>5</sup>. Dit betekent dat een regiebehandelaar op een aantal vaste momenten betrokken is bij de behandeling en diagnostiek en hier de verantwoordelijkheid voor draagt. Ook is de regiebehandelaar verantwoordelijk om de problematiek te bespreken in een multidisciplinaire setting waar psychiater en klinisch psycholoog bij worden betrokken (geldt niet voor ambulante sectie II).

### Standaard uitzonderingen

#### *A) Wijziging financiering*

Diagnostiek heeft (aantoonbaar) onder een andere financiering plaatsgevonden.

Mogelijke wijzigingen van financiering:

- Van Jeugdwet naar Zvw bij dezelfde zorgvraag
- Van forensische zorg naar Zvw bij dezelfde zorgvraag
- Van Wlz naar Zvw bij dezelfde zorgvraag
- Van niet- of anders-verzekerd<sup>6</sup> naar Zvw (reguliere zorgverzekering) bij dezelfde zorgvraag.

NB: de verwachting is dat bij een overplaatsing naar een ander team en een nieuwe regiebehandelaar, de regiebehandelaar de patiënt binnen redelijke termijn ziet. Dit is gepast gebruik.

#### *B) Wijziging zorgvraag*

Er zijn twee opvolgende zorgvragen. De inzet van de regiebehandelaar voor de nieuwe zorgvraag is onderdeel van de afronding van de voorgaande zorgvraag. De consulten van de regiebehandelaar zijn geregistreerd in dat zorgtraject en de inzet moet herleidbaar zijn uit het dossier. Dit geldt dan als een overeengekomen uitzondering.

#### *C) Overgangsregeling*

Patiënten die al in zorg zijn op 1-1-2022 en waarvan de directe tijd van de regiebehandelaar onderdeel was van de op 31-12-2021 hard afgesloten DBC/product gb-ggz. De inzet moet herleidbaar zijn uit het dossier.

---

<sup>4</sup> Hoe dit (bij een zorgverzekeraar) wordt ingericht is nog onderwerp van bespreking.

<sup>5</sup> In dit model staat aangegeven wat zorgaanbieders in de ggz geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve geestelijke gezondheidszorg in het kader van de zorgverzekeringswet te kunnen verlenen. We bedoelen nadrukkelijk niet het eigen kwaliteitsstatuut, maar het model kwaliteitsstatuut.

<sup>6</sup> Te denken valt aan andere nationaliteit, gemoedsbezwaarden, onverzekerbare vreemdelingen, asielzoekers etc.

### 3. Spelregel Diagnostiek bij onverzekerde zorg

#### *Uitgangspunten*

- Zorginstituut Nederland heeft aangegeven dat het consult (de consulten) waarin wordt vastgesteld dát de zorgvraag zal leiden tot onverzekerde zorg mag worden vergoed als verzekerde zorg, maar dat het aan het veld is om hier een begrenzing in aan te brengen. Het mag namelijk niet zo zijn dat diagnostische consulten worden gebruikt om een onverzekerde diagnose te behandelen.
- Enkel zorg waarop de patiënt redelijkerwijs is aangewezen en die voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk komt voor vergoeding in aanmerking. De lijst van onverzekerde diagnoses valt niet onder de stand van wetenschap en praktijk.
- De inrichting van de diagnostische fase verschilt per zorgaanbieder. Er kan bijvoorbeeld een ‘diagnostiekstraat’ zijn (verschillende testen en consulten op 1 dag) maar ook losse consulten met 1 zorgverlener of losse consulten met 2 zorgverleners. We gaan ervan uit dat zorgaanbieders te goeder trouw handelen en de diagnostiek zo inrichten dat het vaststellen of zorg onverzekerd is zo kort mogelijk duurt.
- Omdat het niet mogelijk is om met alle situaties rekening te houden, kiezen we ervoor om het aantal spelregels inzake Correct Registreren & Declareren te beperken tot 2 (afhankelijk van setting).
- Omdat we binnen het Zorgprestatiemodel niet afrekenen in trajecten is een grens in tijd onlogisch. Een grens in aantal consulten ligt meer voor de hand.
- Deze spelregel geldt niet voor de forensische zorg.

#### *Spelregel*

Het maximumaantal consulten dat voor diagnostiek bij zorg die onverzekerd blijkt in rekening mag worden gebracht, verschilt per setting.

#### *A. Setting ‘Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie II’ en ‘Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie III – monodisciplinair’*

Bij een nieuwe zorgvraag die leidt tot één van de diagnoses op de lijst onverzekerde diagnoses, worden niet meer dan 2 diagnostiekconsulten<sup>7</sup> uit de basisverzekering vergoed.

#### *B. Alle andere settings*

Bij een nieuwe zorgvraag die leidt tot een of meer diagnoses op de lijst onverzekerde diagnoses worden niet meer dan 4 diagnostiekconsulten<sup>1</sup> uit de basisverzekering vergoed.

---

<sup>7</sup> Ongeacht duur daarvan. Consulten met twee behandelaren tellen als twee consulten.

### *Toelichting*

In de settings genoemd onder B is vaker sprake van multidisciplinaire inzet van professionals. Dit maakt dat voor B gekozen is voor een hoger aantal diagnostiekconsulten bij onverzekerde diagnoses.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars ervaren dit voor de beide situaties als een redelijke grens in aantal consulten. Daarnaast geldt dat als er vóór het 2<sup>e</sup> of het 4<sup>e</sup> consult geconstateerd wordt dat er sprake is van onverzekerde de zorg, de diagnostiekconsulten vanaf dat moment niet in rekening worden gebracht bij de verzekeraar. Dit is nadrukkelijk geen vrijbrief om altijd 2 of 4 diagnostiekconsulten te registreren voordat geconstateerd kan worden dat er sprake is van een onverzekerde diagnose.

Behandelconsulten bij een van de diagnoses op de lijst onverzekerde diagnoses worden in het geheel niet vergoed uit de basisverzekering.

Indien een aanbieder stelselmatig (meer dan) het maximaal aantal diagnostiekconsulten (en geen behandeling) registreert, kan dit aanleiding zijn voor een controle. Aanbieder richt ten behoeve van zijn beheersing een proces in hoe wordt omgegaan met diagnostiek en met diagnostiek bij het vermoeden van een onverzekerde diagnose.