



Spelregels correct registreren en
declareren

Zorgprestatiemodel GGZ & FZ

26 juli 2021



In het programma zorgprestatiemodel werken deze partijen samen:



Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	4
2	Spelregel Planning = realisatie	5
3	Spelregel Minimale betrokkenheid regiebehandelaar	6
3.1	<i>Spelregel.....</i>	6
3.2	<i>Standaarduitzonderingen</i>	6
4	Spelregel Diagnostiek voorafgaand aan onverzekerde zorg	8
4.1	<i>Uitgangspunten</i>	8
4.2	<i>Spelregel.....</i>	9
4.3	<i>Toelichting.....</i>	9
5	Spelregel Groepsconsulten	10
6	Spelregel Reistijd.....	12
6.1	<i>Definitie reistijd in beleidsregel.....</i>	12
6.2	<i>Registratie.....</i>	12

1 Inleiding

Spelregels

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 medio 2021 definitief worden gemaakt.

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

1. Planning = realisatie
2. Minimale betrokkenheid regiebehandelaar
3. Diagnostiek voorafgaand aan onverzekerde zorg
4. Groepsconsulten
5. Reistijd

Opmerking: de wijzigingen in dit document ten opzichte van de april-versie zijn geel gearceerd.

Functionele beschrijvingen van geautomatiseerde controles

Om de spelregels te vertalen naar concrete toepassingen in het EPD zijn functionele beschrijvingen van geautomatiseerde controles opgesteld. Deze staan in een apart document.

2 Spelregel Planning = realisatie

- a. Consulten binnen het Zorgprestatie model 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 afwijking van lid a bij de consultregistratie uitgaan van geplande tijd. Gepland betekent dat starttijd en duur van het consult **vóór de geplande** start van het consult zijn vastgelegd en dat dit via logging is na te gaan. Dit principe kan **dus** niet worden toegepast voor ongeplande zorg.
- c. De spelregels waar zorgaanbieders zich aan houden:
 - i. Periodieke vergelijking
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 een uniforme aanpak die een audittrail mogelijk maakt.
 - iii. Realistische agendavoering ('wat').
De zorgaanbieder heeft maatregelen genomen om een realistische agendavoering te ondersteunen
 - iv. Waarborgen controlebaarheid patiënt.
Vooraf worden **geplande** starttijd en eindtijd/duur van het consult aan de patiënt bekend gemaakt. **Geplande** 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. Zie hiervoor de spelregel Groepsconsulten.
- f. Na het eerste jaar worden de spelregels geëvalueerd.

3 Spelregel Minimale betrokkenheid regiebehandelaar

Het model/landelijk kwaliteitsstatuut beschrijft de rol van de regiebehandelaar in de verschillende fasen van het zorgverleningsproces. Van een zorgaanbieder wordt verwacht dat deze zijn proces inricht conform de minimale vereisten uit dit kwaliteitsstatuut.¹

Gezien de belangrijke rol van de regiebehandelaar, moet worden voorkomen dat de zorg te lang loopt zonder zijn of haar betrokkenheid. Daarom is er een spelregel opgesteld ten behoeve van correct registreren en declareren.

Deze spelregel kan door partijen worden aangevuld met afspraken over gepast gebruik. In het programma zijn partijen met elkaar in gesprek over veldafspraken over gepast gebruik.

3.1 Spelregel

Bij een nieuw **zorgtrajectnummer** wordt binnen 42 dagen na het uitvoeren van het eerste consult (doorgaans de intake) minimaal 1 consult uitgevoerd door de regiebehandelaar.² Deze termijn mag overschreden worden zolang er maximaal 4 consulten voorafgaan aan het consult met de regiebehandelaar³. Na deze termijn zijn de declaraties van consulten onrechtmatig tot het consult met de regiebehandelaar heeft plaatsgevonden.

3.2 Standaarduitzonderingen

Van deze spelregel kan in uitzonderingssituaties op patiëntniveau 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

¹ 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/landelijk kwaliteitsstatuut.

² Wanneer dit eerste **consult** wordt uitgevoerd door de regiebehandelaar is ook voldaan aan deze spelregel.

³ Wanneer een consult plaatsvindt met 2 behandelaars, telt het als 2 consulten.

EPD blijken. Om de uitzondering kenbaar te maken wordt een zorglabel meegestuurd aan de zorgverzekeraar in de factuur van het consult.⁴

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-verzekerd⁵ 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. 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.

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 de declaratie, maar een kenmerk dat er sprake is van een overige uitzondering. De reden wordt in het EPD vastgelegd⁶.

⁴ In de eerdere versie van dit document was het zorglabel 'wijziging zorgvraag' opgenomen. Omdat deze spelregel inmiddels niet meer gekoppeld is aan een unieke zorgvraag, maar aan het zorgtrajectnummer, is deze uitzonderingsgrond niet meer nodig.

⁵ Te denken valt aan andere nationaliteit, gemoedsbezwaarden, onverzekerbare vreemdelingen, asielzoekers etc.

⁶ Hoe dit (bij een zorgverzekeraar) wordt ingericht is nog onderwerp van bespreking.

4 Spelregel Diagnostiek voorafgaand aan onverzekerde zorg

4.1 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 één generieke spelregel te maken.
- 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.
- De spelregel doet er niet aan af dat de vaststelling dat het gaat om onverzekerde zorg moet worden gedaan zodra dat redelijkerwijs mogelijk is.
- Deze spelregel geldt niet voor de forensische zorg.

4.2 Spelregel

Voor alle settings geldt: Bij een nieuw zorgtraject die leidt tot een of meer diagnoses op de lijst onverzekerde diagnoses worden niet meer dan 4 diagnostiekconsulten⁷ uit de basisverzekering vergoed.

4.3 Toelichting

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars ervaren dit als een redelijke grens in aantal consulten. Daarnaast geldt dat als er vóór het 4^e consult geconstateerd wordt dat er sprake is van onverzekerde de zorg, de diagnostiekconsulten vanaf dat moment niet in rekening worden gebracht bij de verzekeraar. De spelregel is nadrukkelijk geen vrijbrief om altijd 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 maximumaantal 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.

⁷ Ongeacht duur daarvan. Consulten met twee behandelaren tellen als twee consulten.

5 Spelregel Groepsconsulten

Groepsconsulten	Arts - specialist (Wet Big artikel 14)	Klinisch (neuro) psycholoog (Wet Big artikel 14)	Verpleegkundig specialist ggz (Wet Big artikel 14)	Arts (Wet Big artikel 3)	Gezondheids- zorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	Psychotherapeut (Wet Big artikel 3)	Verpleegkundige (Wet Big artikel 3)	Overige beroepen
Groepsgrootte 2 personen	30	30	30	30	30	30	30	30
Groepsgrootte 3 personen	30	30	30	30	30	30	30	30
Groepsgrootte 4 personen	30	30	30	30	30	30	30	30
Groepsgrootte 5 personen	30	30	30	30	30	30	30	30
Groepsgrootte 6 personen	30	30	30	30	30	30	30	30
Groepsgrootte 7 personen	30	30	30	30	30	30	30	30
Groepsgrootte 8 personen	30	30	30	30	30	30	30	30
Groepsgrootte 9 personen	30	30	30	30	30	30	30	30
Groepsgrootte ≥ 10 personen	30	30	30	30	30	30	30	30

- Groepsconsulten worden geregistreerd in eenheden vanaf 30 minuten per behandelaar per patiënt, waardoor er meerdere eenheden per groepsafpraak geregistreerd kunnen worden. Indien een groepsconsult 1 uur duurt, dan worden er per behandelaar per patiënt 2 prestaties geregistreerd, en zo verder. Met andere woorden: één groepsafpraak in de agenda van een zorgverlener wordt uiteindelijk geregistreerd in meerdere prestaties groepsconsult.
- De prestatiecode (en daarmee het tarief) wordt bepaald door de groepsgrootte en door de beroeps categorie waarbinnen de behandelaar valt.
- **Groepsgrootte:** de groepsgrootte wordt per blok bepaald, aan de hand van het aantal op enig moment aanwezige patiënten. Hierbij geldt:
 - Niet-aanwezige patiënten tellen niet mee.
 - Bij het bepalen van de groepsgrootte tellen patiënten van alle financieringsstromen (dus ook niet-Zvw/Wlz) **en alle settings** mee, omdat die mede bepalend zijn voor de gemiddelde tijd die aan iedere patiënt wordt besteed.
 - Voor elke eenheid van 30 minuten beoordeelt elke behandelaar of elke geplande patiënt op enig moment binnen de 30 minuten

aanwezig is geweest. Indien de patiënt niet op enig moment van de eenheid van 30 minuten aanwezig is, geldt dit als no-show. De afwezige telt dan ook niet mee voor de berekening van de groepsgrootte voor andere deelnemers.

- **Planning vs. realisatie:** Bij groepsconsulten wordt het principe ‘planning = realisatie’ gehanteerd. De voorwaarden uit die spelregels zijn van toepassing. Geplande eenheden van 30 minuten gelden als gerealiseerde eenheden. Een behandelaar moet de geplande eenheid (voor zolang deze duurt) aanwezig zijn om deze te kunnen registreren. Wanneer realisatie meer dan 15 minuten afwijkt van de geplande tijd, dient het aantal eenheden van 30 minuten hierop te worden aangepast (geldt zowel naar boven als beneden).
- Indien een zorgaanbieder toch wil afwijken van planning is realisatie dan mag een prestatie groepsconsult alleen worden geregistreerd als een eenheid van 30 minuten helemaal is vol gemaakt. De behandelaar dient dan de volledige 30 minuten aanwezig zijn om het als een eenheid te kunnen registreren.

6 Spelregel Reistijd

6.1 Definitie reistijd in beleidsregel

De tijd die de zorgverlener, in het kader van een consult, werkelijk besteedt aan het reizen van en naar de patiënt die buiten een locatie van zorgaanbieder behandeling, begeleiding of verpleging ontvangt.

Voor reistijd kennen we de volgende prestaties:

- Geestelijke gezondheidszorg - Reistijd tot 25 minuten
- Geestelijke gezondheidszorg - Reistijd vanaf 25 minuten
- Forensische zorg - Reistijd tot 45 minuten
- Forensische zorg - Reistijd vanaf 45 minuten

6.2 Registratie

Registratie van reistijd vindt plaats op basis van werkelijke tijd. Het gaat om totaal afgelegde (dus werkelijk bestede) reistijd voor de heen en terugreis.

Bij het doorreizen naar verschillende patiënten geldt de basisregel dat reistijd niet dubbel in rekening mag worden gebracht. Er zijn twee manieren om dit in te richten:

- De volgende aanpak wordt aanbevolen:

Zorgaanbieder → reistijd (bij patiënt A) → Patiënt A → reistijd (bij patiënt B) →
Patiënt B → reistijd (bij patiënt C) → Patiënt C → reistijd (bij patiënt C) →
zorgaanbieder.

De 'heen en terug'-reis wordt dan als het ware toegekend aan patiënt C.

- De regelgeving staat ook de volgende variant toe:

Zorgaanbieder → reistijd (bij patiënt A) → Patiënt A → reistijd (bij patiënt A) →
Patiënt B → reistijd (bij patiënt B) → Patiënt C → reistijd (bij patiënt C)
→zorgaanbieder.

De 'heen en terug'-reis wordt dan als het ware toegekend aan patiënt A.

Mag je bij een no-show wel reistijd declareren bij de zorgverzekeraar?

Nee. Reistijd is een toeslag en in de beleidsregel staat dat je een toeslag niet zelfstandig kunt declareren, maar alleen bij een consult. Bij een no-show is er geen consult.