



ZORG
PRESTATIE
MODEL GGZ & FZ



Spelregels correct registreren en
declareren

Zorgprestatiemodel GGZ & FZ

29 juni 2022

In het programma zorgprestatie model werken deze partijen samen:



Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	4
2	Spelregel Planning = realisatie	5
3	Spelregel Minimale betrokkenheid regiebehandelaar	7
3.1	<i>Spelregel.....</i>	7
3.2	<i>Standaarduitzonderingen</i>	7
4	Spelregel Diagnostiek voorafgaand aan onverzekerde zorg	10
4.1	<i>Uitgangspunten</i>	10
4.2	<i>Spelregel.....</i>	11
4.3	<i>Toelichting.....</i>	11
5	Spelregel Groepsconsulten	12
6	Spelregel Reistijd.....	14
6.1	<i>Definitie reistijd in beleidsregel.....</i>	14
6.2	<i>Registratie.....</i>	14

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.

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 Zorgprestatie model zijn vastgesteld.

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

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 zich houden aan de spelregels (lid c) én voldoen aan de randvoorwaarden (lid d) mogen bij de consultregistratie in plaats van gerealiseerde tijd (lid a) uitgaan van geplande tijd. Gepland betekent dat de starttijd en de duur van het consult vóór de geplande start van het consult zijn vastgelegd. De spelregel kan dus niet worden toegepast voor ongeplande zorg.

Spelregels

- c. De spelregels waar zorgaanbieders zich aan moeten houden:
 - i. Periodieke vergelijking
Periodiek (minimaal 1 keer jaar) stelt de zorgaanbieder vast dat de geplande directe tijd gemiddeld overeenkomt met de gerealiseerde tijd.¹ De manier waarop de zorgaanbieder deze periodieke vergelijking invult is vrij. Wanneer de zorgaanbieder constateert dat de geplande directe tijd gemiddeld niet overeenkomt met gerealiseerde tijd, worden de agendavoering en registratie van consulten door de zorgaanbieder vanaf dat moment (zonder terugwerkende kracht) aangepast.
 - 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 controle-mogelijkheid patiënt
Vooraf worden geplande starttijd en duur van het consult aan de patiënt bekend gemaakt. De geplande starttijd van het consult wordt op de declaratie aan de zorgverzekeraar meegegeven. NB: geldt niet voor forensische zorg.
 - v. Afwijkingen detecteren
Bij afwijkingen van meer dan 15 minuten t.o.v. de geplande tijd dient het consult te worden aangepast op basis van de daadwerkelijk bestede tijd (geldt zowel naar boven als beneden). Het is de verantwoordelijkheid van de behandelaar om een afwijking te signaleren en de registratie van het consult aan te passen.

¹ De NZa berekent tarieven op basis van gerealiseerde tijd. De periodieke vergelijking is bedoeld om de NZa meer zekerheid te geven dat geplande tijd gemiddeld overeenkomt met gerealiseerde tijd.

Randvoorwaarden

- d. De randvoorwaarden waar zorgaanbieders aan moeten voldoen:
 - i. Zorgaanbieders maken transparant (voor patiënten en zorgverzekeraars²) 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.De informatie mag een generiek karakter hebben en kan bijvoorbeeld bij de algemene informatie over facturering staan op de website van een zorgaanbieder.
 - 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. Jaarlijks worden de spelregels geëvalueerd.

² In de forensische zorg geldt deze verplichting niet ten opzichte van patiënten.

3 Spelregel Minimale betrokkenheid regiebehandelaar

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut beschrijft de rol van de regiebehandelaar in de ggz. Zorgaanbieders moeten hun proces inrichten volgens de minimale eisen uit dit kwaliteitsstatuut.³ In het zorgprestatie-model hebben partijen een veldafspraken over de tijdelijke invulling van het regiebehandelaarschap gemaakt.

In de forensische zorg is het Kwaliteitskader FZ van toepassing. Deze spelregel geldt ook voor de forensische zorg.

De regiebehandelaar heeft een belangrijke rol. Partijen willen voorkomen dat de zorg te lang doorgaat zonder dat de regiebehandelaar is betrokken. Daarom is deze spelregel over correct registreren en declareren opgesteld.

3.1 Spelregel

Zorg dat uw patiënt binnen 42 dagen een regiebehandelaar ziet

Opent u een nieuw zorgtrajectnummer? Dan moet de regiebehandelaar binnen 42 dagen een consult registreren. De termijn begint te lopen bij het eerste consult van de patiënt.

Wordt dit eerste consult gedaan door de regiebehandelaar? Dan voldoet u aan de spelregel.

Soms mag dit ook ná 42 dagen

Zijn er in de 42 dagen minder dan 5 consulten geregistreerd? Dan mag u over de 42 dagen heen gaan. Het 5^e consult moet dan met de regiebehandelaar zijn.

Een consult door twee behandelaren telt als twee consulten. Wordt het 5^e consult gedaan door de regiebehandelaar en een andere behandelaar? Dan voldoet u aan de spelregel.

Wat als ik niet aan de spelregel voldoe?

³ 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 Landelijk Kwaliteitsstatuut.

Lukt het de regiebehandelaar niet om de patiënt op tijd te zien? Dan worden de consulten **na** de 42 dagen (of vanaf het 5^e consult) niet vergoed. U mag deze consulten niet declareren. Vanaf het eerstvolgende consult door de regiebehandelaar zijn de consulten weer declarabel.

Komt een patiënt terug in zorg en vallen de prestaties onder hetzelfde zorgtrajectnummer? Dan hoeft u niet opnieuw aan deze spelregel te voldoen. Wanneer de regiebehandelaar wordt betrokken is aan de zorgprofessional en hangt af van het beleid van de organisatie.

Met 'consult' bedoelen we in deze spelregel ook een groepsconsult (ongeacht duur) en de overige prestatie 'Consult acute ggz binnen budget'.

3.2 Standaarduitzonderingen

Soms hoeft u niet aan de spelregel te voldoen

In een aantal situaties hoeft u niet aan de spelregel te voldoen. Die uitzonderingen sommen we hieronder op. Is er sprake van zo'n uitzondering? Dan moet dit blijken uit het EPD. U zet dan het bijpassende zorglabel op de factuur naar de zorgverzekeraar.

A. Wijziging financiering

De patiënt kreeg zorg welke uit een andere financieringsstroom werd vergoed en krijgt nu zorg uit de Zvw. De patiënt houdt dezelfde zorgvraag.

- De patiënt gaat van Jeugdwet over naar Zvw
- De patiënt gaat van forensische zorg over naar Zvw
- De patiënt gaat van Wlz over naar Zvw
- De patiënt was niet verzekerd of anders-verzekerd⁴ en valt nu onder Zvw

We verwachten in deze situaties wel dat de regiebehandelaar binnen redelijke termijn de patiënt ziet.

Vermeld bij deze uitzondering het zorglabel G02 'Uitzondering spelregel minimale betrokkenheid regiebehandelaar: wijziging financiering' bij de prestatie op de factuur.

⁴ Te denken valt aan andere nationaliteit, gemoedsbezwaarden, onverzekerbare vreemdelingen, asielzoekers etc.

C. Overige uitzonderingen

Onder 'overige uitzondering' wordt verstaan een uitzondering die de zorgaanbieder en zorgverzekeraar gezamenlijk zijn overeengekomen. De zorgaanbieder en zorgverzekeraar overleggen samen of er sprake is van zo'n overige uitzondering. Dit gebeurt voordat de zorgaanbieder de prestaties declareert. De uitzondering moet worden vastgelegd in het EPD.

Vermeld bij een overige uitzondering het zorglabel G01 'Uitzondering spelregel minimale betrokkenheid regiebehandelaar: overige uitzonderingen' bij de prestatie op de factuur.

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.
- Het is niet mogelijk om met alle situaties rekening te houden. Daarom kiezen we voor één generieke spelregel.
- In het zorgprestatie model rekenen we niet meer af in trajecten, daarom kiezen we niet voor een grens in tijd maar in aantal consulten.
- Deze spelregel verandert niet dat zorgaanbieders moeten vaststellen of het gaat om onverzekerde zorg zodra het redelijkerwijs mogelijk is.
- De spelregel geldt niet voor de forensische zorg.

4.2 Spelregel

Maximaal 4 diagnostiekconsulten

Opent u een nieuw zorgtrajectnummer met diagnostiekconsult(en) en stelt u een niet verzekerde diagnose? Dan worden er niet meer dan 4 diagnostiekconsulten uit de basisverzekering vergoed (ongeacht de duur van de consulten). Een consult door twee behandelaren telt als twee consulten.

4.3 Toelichting

Als er vóór het 4^e consult geconstateerd wordt dat er sprake is van een onverzekerde diagnose, mogen de diagnostiekconsulten vanaf dat moment niet in rekening worden gebracht bij de zorgverzekeraar. 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.

Als een zorgaanbieder stelselmatig 4 of meer diagnostiekconsulten (en geen behandeling) registreert, kan dit aanleiding zijn voor een controle. De zorgaanbieder richt ten behoeve van zijn beheersing een proces in hoe wordt omgegaan met diagnostiek en met diagnostiek bij het vermoeden van een onverzekerde diagnose.

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)	Gezondheidszorgpsycholoog (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

Bij een consult met twee of meer patiënten is sprake van een groepsconsult. De prestatie groepsconsult is volgens de NZa een eenheid vanaf 30 minuten contact per zorgverlener per patiënt. Een groepsafspraak in de agenda van een zorgverlener wordt dus uiteindelijk geregistreerd in één of meerdere prestaties groepsconsult. De prestatiecode (en daarmee het tarief) wordt bepaald door de groepsgrootte en door de beroeps categorie waarbinnen de behandelaar valt.

Hoe bepaal ik de groepsgrootte?

U bepaalt de groepsgrootte voor elke eenheid van 30 minuten. Voor elke eenheid kijkt u hoeveel patiënten op enig moment aanwezig waren. Hierbij geldt:

- Patiënten van alle financieringsstromen (dus ook bijvoorbeeld Wlz of Jeugdwet) en alle settings tellen mee.
- Indien een patiënt die aanwezig zou zijn 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 van die eenheid.
- Zijn er naasten van een patiënt aanwezig? Alle naasten van 1 patiënt (inclusief de eventueel aanwezig patiënt zelf) tellen als 1 deelnemer.

Hoe bepaal ik de totale duur van het groepsconsult?

Bij groepsconsulten geldt altijd het principe 'planning = realisatie'. Dat betekent:

- Geplande eenheden van 30 minuten gelden als gerealiseerde eenheden, behalve als de realisatie van het totale groepsconsult meer dan 15 minuten afwijkt van de geplande tijd. Als dat zo is, moet u opnieuw kijken hoeveel eenheden van 30 minuten zijn volgemaakt.
- Een behandelaar moet de geplande eenheid (voor zolang deze duurt) aanwezig zijn om deze te kunnen registreren.

6 Spelregel Reistijd

6.1 Definitie reistijd

Reistijd: 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 (NZa, Beleidsregel Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg).

Voor reistijd kennen we de volgende toeslagen:

- 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:



De duur van de heen- en terugreis tel je bij elkaar op. Op basis daarvan moet de juiste toeslag worden bepaald.

Hoe registreer ik reistijd bij doorreizen?

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 heen- en terugreis registreren bij de laatste patiënt (aanbevolen)



De 'heen en terug'-reis wordt toegekend aan patiënt C.

- De heen- en terugreis registreren bij de eerste patiënt



De 'heen en terug'-reis wordt toegekend aan patiënt A.

Mag ik 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, dus ook geen toeslag voor reistijd.