



ZORG
PRESTATIE
MODEL GGZ & FZ



Verwijstypen en zorglabels

Zorgprestatie model GGZ & FZ

Augustus 2021

In het programma zorgprestatie model werken deze partijen samen:



1 Verwijstypen

Zorglabels worden gebruikt om extra informatie aan prestaties te koppelen. Omdat verschillende labels te maken hebben met de overgang van patiënten van de ene naar een andere bekostiging, gaan wij hieronder eerst in op de verwijzing, die meestal de aanleiding is voor zo'n overgang.

Het hebben van een geldige verwijzing is een voorwaarde voor toegang tot geneeskundige ggz. Soms kan uit de AGB-code van de verwijzer al informatie over de verwijzing worden afgeleid. Dit werkt echter niet in alle gevallen, bijvoorbeeld als de AGB-code ontbreekt. Als geen AGB-code is ingevuld, is niet zonder onderzoek duidelijk of het gaat om een zelfverwijzer, om een verwijzer zonder AGB-code of om bemoeizorg aan iemand van wie de huisarts (nog) niet bekend is. Daarom is het nuttig om (ook) een verwijstypecode te hebben. In het programma is besloten om verwijstypes te blijven gebruiken, naast de AGB-code van de verwijzer. De verwijstypen voor het zorgprestatiemodel zijn:

Nr.	Verwijstype	Vermelding op factuur onder 'AGB-verwijzer'	Proces/voorwaarde
01	Verwijzing aanwezig	AGB van de initiële verwijzer	Betreft erkende verwijzer volgens de verwijsafspraken.
02	Doorverwijzing	AGB van verwijzende regiebehandelaar	Betreft verwijzing volgens de verwijsafspraken.
03	Geen verwijzing aanwezig vanwege uitzondering, verlate correspondentie	Geen AGB tot moment dat huisarts is geïnformeerd. Uiterlijk na 60 dagen: AGB-huisarts.	Huisarts informeren over in behandeling nemen. Vanaf moment melden aan huisarts AGB-code huisarts vermelden op factuur (uiterlijk 60 dagen na start traject).
04	Geen verwijzing aanwezig vanwege uitzondering, door patiënt geen correspondentie toegestaan	Geen AGB, omdat patiënt geen toestemming geeft voor correspondentie.	Deze code wordt als gebruikt als huisarts niet geïnformeerd mag worden.
05	Geen verwijzing	Geen AGB	Factuur mag niet naar zorgverzekeraar
06	Geen verwijzing, andere rechtmatigheidsgrond	Geen AGB	Alleen voor fz

Geel gearceerd: wijziging ten opzichte van de april-versie

2 Zorglabels

Zorglabels worden gebruikt om prestaties te oormerken waarvoor een (tijdelijke) uitzonderingssituatie geldt. Hierdoor is het bijvoorbeeld mogelijk om bepaalde controleregels niet of anders toe te passen.

Er zijn verschillende soorten zorglabels:

- Publieke zorglabels
Deze labels zijn verankerd in de NZa-regelgeving en gelden voor alle zorgaanbieders. Deze zorglabels hebben een code die begint met een N.

- Private zorglabels
 - Generiek
Deze labels zijn verankerd in de veldafspraken en gelden voor alle zorgaanbieders. Deze zorglabels hebben een code die begint met een G.
 - Specifiek
Deze labels zijn verankerd in contacten tussen 1 of meerdere zorgaanbieders en 1 of meer verzekeraars en gelden alleen voor die contractpartijen. Deze zorglabels hebben een code die begint met een S.

De NZa publiceert de tabel met alle zorglabels. Publieke labels worden inhoudelijk gedefinieerd door de NZa. Private zorglabels worden gedefinieerd door het veld en kunnen bij de NZa worden aangemeld volgens een nog nader af te stemmen aanmeldproces. In onderstaande tabel zijn de publieke en private labels opgenomen.

Geel gearceerd: wijziging ten opzichte van de april-versie. G01 vervalt vanwege vereenvoudiging spelregel 'minimale betrokkenheid regiebehandelaar'.

Nr.	Labelnaam	Omschrijving	Doel	Gevolg	Verplicht indien van toepassing
N01	Uitzondering toegestane regiebehandelaar bij overgang jeugd-ggz	Voor patiënten die van Jeugdwet overgaan naar Zvw, zolang een regiebehandelaar verantwoordelijk is die wel in de Jeugdwet, maar niet in de Zvw regiebehandelaar kan zijn. Dit label wordt vermeld bij elke zorgprestatie zolang deze uitzondering geldig is, tot maximaal één jaar na overgang.	Voorkomen afwijzing declaratie vanwege niet-erkende regiebehandelaar.	De declaratie wordt niet afgewezen enkel omdat de regiebehandelaar niet voorkomt op de lijst met toegestane regiebehandelaars.	Ja op basis regelgeving
N02	Overgang oude bekostiging <u>met direct tijd</u> naar Zorgprestatiemodel	Voor patiënten die in 2021 gespecialiseerde ggz, generalistische basis-ggz of forensische zorg hebben ontvangen, die in 2022 wordt voortgezet. In de prestatie die in 2021 is afgesloten, is <u>wel directe tijd</u> van de regiebehandelaar geregistreerd. Dit label wordt vermeld bij elke zorgprestatie zolang deze uitzondering geldig is, tot maximaal één jaar na overgang.	Herkenbaar maken van patiënten die onder dbc-systematiek een consult met de regiebehandelaar hebben gehad, ook ten behoeve van het overgangsregime zorgvraagtypering.	A) De spelregel minimale betrokkenheid regiebehandelaar is <u>niet</u> van toepassing. B) De afspraken overgangstermijn zorgvraagtypering zijn van toepassing.	Ja op basis regelgeving
N03	Overgang oude bekostiging <u>zonder direct tijd</u> naar Zorgprestatiemodel	Voor patiënten die in 2021 gespecialiseerde ggz, generalistische basis ggz of forensische zorg hebben ontvangen, die in 2022 wordt voortgezet. In de prestatie die in 2021 is afgesloten, is <u>geen directe tijd</u> van de regiebehandelaar geregistreerd. Dit label wordt vermeld bij elke zorgprestatie zolang deze uitzondering geldig is, tot maximaal één jaar na overgang.	Herkenbaar maken van patiënten die nog geen consult met de regiebehandelaar hebben gehad, ook ten behoeve van het overgangsregime zorgvraagtypering.	A) De spelregel minimale betrokkenheid regiebehandelaar is <u>wel</u> van toepassing. B) De afspraken overgangstermijn zorgvraagtypering zijn van toepassing.	Ja op basis regelgeving
N04	Toeslag inzet tolk	Als de prestatie toeslag inzet tolk wordt gedeclareerd, wordt via dit label aangegeven of het gaat om een talentolk of om een gebaren tolk. Mogelijke waarden: talentolk, gebarentolk.	Herkenbaar maken of er een talentolk is ingezet of een gebaren tolk.		Ja op basis regelgeving
G01	Uitzondering spelregel minimale betrokkenheid regiebehandelaar: wijziging zorgvraag	Er is sprake van twee opvolgende zorgvragen bij deze patiënt. De inzet van de regiebehandelaar voor de nieuwe zorgvraag was onderdeel van de afronding van de voorgaande zorgvraag. De consulten van de regiebehandelaar zijn geregistreerd onder de	Herkenbaar maken van patiënten die door een consult met de regiebehandelaar hebben gehad voor de direct voorafgaande zorgvraag.	De spelregel minimale betrokkenheid regiebehandelaar hoeft voor de nieuwe zorgvraag niet nogmaals te worden toegepast.	Ja op basis veldafpraak

		<p>voorgaande zorgvraagtypering en zijn herleidbaar uit het dossier.</p> <p>Dit label wordt vermeld bij elke zorgprestatie zolang deze uitzondering geldig is, tot maximaal één jaar na overgang.</p>			
G02	Uitzonder spelregel minimale betrokkenheid regiebehandelaar: wijziging financiering	<p>De minimale betrokkenheid van de regiebehandelaar is in een andere zorgwet geborgd.</p> <p>Voor patiënten die met eenzelfde zorgvraag overkomen naar de Zvw, vanuit de Jeugdwet, Wet forensische zorg, Wet langdurige zorg of van niet- of anders-verzekerd.</p> <p>Dit label wordt vermeld bij elke zorgprestatie zolang deze uitzondering geldig is, tot maximaal één jaar na overgang.</p>	Herkenbaar maken van patiënten waarbij betrokkenheid regiebehandelaar geregeld is vanuit andere financiering.	De spelregel minimale betrokkenheid regiebehandelaar hoeft niet te worden toegepast.	Ja op basis veldafpraak
G03	Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg	<p>Dit zorglabel identificeert patiënten die geïncludeerd zijn in de <u>levenslooppaanpak</u> van de Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg. De zorg van de ze patiënten wordt vaak geleverd in meerdere behandelsettings en financiering kan vanuit meerdere financiers komen (Zvw, FZ, Wlz).</p> <p>Dit label wordt vermeld bij elke zorgprestatie zolang deze patiënt is geïncludeerd in de levenslooppaanpak.</p>	Herkenbaar maken van patiënten die geïncludeerd zijn in de levensloopfunctie van de Ketenveldnorm, zodat we aparte, controleerbare inhoudelijke en financiële afspraken kunnen vastleggen in contracten tussen aanbieder en financier.	Hiermee kunnen in de declaraties patiënten geïdentificeerd worden waarvoor aparte inhoudelijke en financiële contractuele afspraken gemaakt worden.	Ja op basis veldafpraak
G04	Acute ggz buiten budget	<p>Acute ggz, die buiten de eerste drie budget gefinancierde dagen valt, geleverd door aangewezen zorgaanbieders.</p> <p>NB: vastlegging alleen als dit geautomatiseerd mogelijk is.</p>	Inzicht in duur en omvang van de acute ggz buiten budget.	Verzekeraar kan declaraties herkennen en afspraken volgen.	Ja op basis veldafpraak
S01	Digitale zorg	Over deze digitale zorg zijn private afspraken gemaakt.	Herkenbaar maken van digitale zorg waarover zorgverzekeraar en zorgaanbieder inhoudelijke en/of financiële afspraken hebben gemaakt, zodat deze afspraken gevolgd kunnen worden.	Deze zorg telt mee voor de gemaakte afspraken.	Nee (tenzij contract-afpraak)
S02	Basis-ggz UMAMI	Private afspraak over basis-ggz. Dit label wordt vermeld bij elke zorgprestatie zolang deze uitzondering geldig is.	Herkenbaar maken van patiënten die onder UMAMI-regeling vallen.	Verzekeraar weet dat deze prestatie onder aanvullende afspraken valt.	Nee (tenzij contract-afpraak)
S03	Basis-ggz ELEO	Private afspraak over basis-ggz. Dit label wordt vermeld bij elke	Herkenbaar maken van patiënten die onder ELEO-regeling vallen.	Verzekeraar weet dat deze prestatie onder	Nee (tenzij contract-afpraak)

		zorgprestatie zolang deze uitzondering geldig is.		aanvullende afspraken valt.	
--	--	---	--	-----------------------------	--