

**Generalistische basis GGZ**

Ingevolge artikel 57, eerste lid, aanhef en onder b en c van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

Kenmerk  
BR/CU-7114

Ingevolge artikel 53 aanhef en onder b juncto artikel 52 aanhef en onder e van de Wmg stelt de NZa de tarieven en de prestatiebeschrijvingen die uit deze beleidsregel voortvloeien ambtshalve vast.

Ingevolge artikel 59, onderdeel a, Wmg heeft de Minister van VWS met de brief van 8 juli 2013, kenmerk 129679-106375-MC, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 Wmg aan de NZa gegeven.

Met de brief van 15 juli 2013 (kenmerk 130562-106549-CZ) en 6 september 2013 (kenmerk 147345-109437-CZ) heeft de Minister van VWS de NZa de opdracht gegeven de regelgeving conform het gestelde in deze brieven aan te passen.

*In deze beleidsregel zijn cursief weergegeven toelichtingen opgenomen.*

**1. Reikwijdte**

Deze beleidsregel is van toepassing op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) niet zijnde gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, maar Generalistische basis GGZ<sup>1</sup>.

Voor zover geen sprake is van zorg als omschreven in de vorige zin, is deze beleidsregel van toepassing op handelingen<sup>2</sup> of werkzaamheden<sup>3</sup> op het terrein van de Basis GGZ geleverd door of onder verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3, dan wel 34, van de Wet BIG.

**2. Doel van de beleidsregel**

Het doel van deze beleidsregel is vast te leggen op welke wijze de NZa gebruik maakt van haar bevoegdheid om de tarieven en prestatiebeschrijvingen voor de Basis GGZ vast te stellen.

**3. Begripsbepalingen**

**3.1** *Zorgaanbieder*

De natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder c van de Wmg.

**3.2** *Prestatie*

De prestaties als genoemd in artikel 4; als ook de OVP niet-basispakketzorg consult en de OVP niet-basispakketzorg verblijf als

---

<sup>1</sup> verder genoemd: Basis GGZ

<sup>2</sup> Het betreft hier de handelingen bedoeld in artikel 1, sub b, nr. 2<sup>o</sup>, van de Wmg.

<sup>3</sup> Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, aanhef, en sub d, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg.

vermeld in artikel 6; als ook de overige prestaties als vermeld in artikel 7 van deze beleidsregel.

**Kenmerk**  
BR/CU-7114  
**Pagina**  
2 van 13

### **3.3** *Basis GGZ*

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zvw, niet zijnde gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. De patiëntprofielen als bedoeld in artikel 3.4 samen vormen een afspiegeling van de totale doelgroep van de Basis GGZ en de bijbehorende zorgvraagzwaarte.

### **3.4** *Patiëntprofiel*

De beschrijving van de kenmerken waarvoor de prestatie geschikt wordt geacht. Dit profiel is een weergave van de zorgvraagzwaarte van de patiënten per prestatie. Het patiëntprofiel is gebaseerd op de volgende criteria: DSM stoornis, ernst problematiek, risico, complexiteit en beloop klachten.

### **3.5** *Zorgvraagzwaarte*

Zorgvraagzwaarte is gerelateerd aan de patiënt (de zwaarte van de zorgvraag) en onderscheidt zich daarmee van zorgzwaarte, wat gaat over de zwaarte van de behandeling.

### **3.6** *DSM stoornis*

Een stoornis als bedoeld in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (kortweg DSM), versie DSM-IV-TR. Een vermoeden van een in tot het verzekerde pakket behorende DSM stoornis is een noodzakelijke voorwaarde voor toegang tot de Basis GGZ. Voor behandeling in de Basis GGZ dient een stoornis aanwezig te zijn.

### **3.7** *Blended*

Een combinatie van face-to-face en e-health behandelingen.

### **3.8** *Onderlinge dienstverlening*

De zorg als bedoeld in artikel 1, Wmg, die door een zorgaanbieder wordt verleend als onderdeel van een door een andere zorgaanbieder uit te voeren prestatie op het gebied van de Basis GGZ. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'.

### **3.9** *Consultatie*

Raadpleging van een specialist of andere behandelaar door een behandelaar ten behoeve van de diagnostiek en/of behandeling van de patiënt.

### **3.10** *Hoofdbehandelaar*

De hoofdbehandelaars in de GGZ hebben een GGZ-specifieke opleiding gevolgd, zijnde:

1. Psychiater
2. Klinisch psycholoog
3. Klinisch neuropsycholoog
4. Psychotherapeut
5. Specialist ouderengeneeskunde
6. Verslavingsarts in profielregister KNMG
7. Klinisch geriater
8. Verpleegkundig specialist GGZ
9. GZ-psycholoog
10. Orthopedagoog generalist
11. Kinder- & Jeugdpsycholoog

De hoofdbehandelaars zijn BIG-geregistreerd met uitzondering van de orthopedagoog generalist en de kinder- & jeugdpsycholoog. De orthopedagoog generalist is ingeschreven in het register van de NVO. De kinder- & jeugdpsycholoog is ingeschreven in het register van de NIP.

**Kenmerk**  
BR/CU-7114  
**Pagina**  
3 van 13

Voor wat betreft de taken en verantwoordelijkheden wordt verwezen naar de brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal van 2 juli 2013 betreffende het Hoofdbehandelaarschap GGZ (kenmerk 129353-106301-CZ).

*Toelichting:*

*In de brief van de minister van VWS aan de NZa van 9 september 2014 (kenmerk 656048-123192-MEVA) wordt de NZa verzocht de bestaande situatie van 2014 met als hoofdbehandelaars Orthopedagoog generalist en Kinder- & jeugdpsycholoog te verlengen voor de duur van één jaar, en de regelgeving voor 2015 hierop aan te passen. Voor het jaar 2016 neemt de minister van VWS een besluit over het hoofdbehandelaarschap op basis van het advies van commissie Meurs.*

**3.11 Medebehandelaar**

De medebehandelaars zijn de zorgverleners, niet zijnde de hoofdbehandelaar, die zorg verlenen in het kader van het behandeltraject van de patiënt in de Basis GGZ.

**3.12 Behandeltraject**

Een behandeltraject omvat het geheel van activiteiten van de zorgaanbieder, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt in behandeling is. Een behandeltraject kan bestaan uit meerdere behandelcomponenten, inclusief intake en diagnostiek.

**3.13 Behandelcomponent**

De behandelcomponenten zijn de bouwstenen van de prestatie. De behandelcomponenten bestaan uit zorgactiviteiten en worden niet afzonderlijk in rekening gebracht maar via één van de vier integrale prestaties BK, BM, BI of BC.

**3.14 OVP niet-basispakketzorg Consult**

Dit consult betreft een onafgebroken tijdsspanne waarin de zorgaanbieder de patiënt voor één of meerdere indicaties begeleidt, adviseert en/of behandelt. Deze prestatie is bedoeld voor patiënten die zorg ontvangen welke niet behoort tot het verzekerde pakket op grond van de Zvw maar wel zorg is zoals omschreven in de Wmg. Dit is inclusief tijdsbesteding die uit dit contact voortvloeit. Het maximumtarief voor de OVP Consult is gebaseerd op een consult van 60 minuten.

**3.15 OVP niet-basispakketzorg Verblijf**

Deze verblijfsprestatie betreft een verblijf met overnachting. Deze verblijfsprestatie is bedoeld voor patiënten die opgenomen zijn om zorg te ontvangen welke niet behoort tot het verzekerd pakket op grond van de Zvw maar wel zorg is zoals omschreven in de Wmg. De behandeling valt niet onder deze prestatie, het gaat hier uitsluitend om de verblijfskosten. Het maximumtarief voor de OVP Verblijf is gebaseerd op een verblijf van 24 uur.

## 4. Prestaties Basis GGZ

Kenmerk

BR/CU-7114

Pagina

4 van 13

### 4.1 Integrale prestaties

Voor de Basis GGZ zijn de volgende vier integrale prestaties van toepassing:

1. Basis GGZ Kort (BK)
2. Basis GGZ Middel (BM)
3. Basis GGZ Intensief (BI)
4. Basis GGZ Chronisch (BC)

Elk van deze prestaties omvat het geheel van behandelcomponenten voor een categorie patiënten passend bij het patiëntprofiel.

*Toelichting:*

*Binnen de prestatie worden verschillende behandelcomponenten aangeboden die passen bij de individuele zorgvraagwaarde van de individuele patiënt en waarbij sprake kan zijn van gezamenlijke zorgverlening door behandelaars. Het is aan de zorgaanbieders om te innoveren op het zorgproces en te bezien welk behandel aanbod past bij welke patiënt.*

*De NZa stelt de inhoud van de prestatie niet op detailniveau vast. Het is de bedoeling dat zorgaanbieders en verzekeraars een passend zorgaanbod organiseren voor de patiënt.*

*Ter indicatie, de volgende behandelcomponenten zouden opgenomen kunnen worden:*

- *intake, diagnostiek, ROM en verslaglegging;*
- *aanvullende psychodiagnostiek;*
- *(groeps-)behandeling (met onderscheid naar face-to-face, e-health of blended);*
- *Zorggerelateerde preventie*
- *consultatie/inzet deskundigheden.*

*Waarbij het aan partijen is om binnen de prestatie te innoveren op het zorgproces en de organisatie van zorg. Voorwaarde is dat dit uiteraard dient te gebeuren binnen de afgesproken prijs.*

### 4.2 Patiëntprofielen

Elk van de in het vorige lid bedoelde prestaties is gebaseerd op een afzonderlijk patiëntprofiel.

*Toelichting:*

*Daar het patiëntprofiel is gebaseerd op vijf objectieve criteria (DSM stoornis, ernst problematiek, risico, complexiteit en beloop klachten) betekent dit dat de prestatie niet alleen iets zegt over de ernst van de stoornis maar over de mate van score op alle vijf de criteria.*

A Basis GGZ Kort (BK)

Het patiëntprofiel dat hoort bij deze prestatie is:

- 1) Er is sprake van een DSM stoornis.
- 2) De gemiddelde zorgvraagwaarde betreft problematiek van lichte ernst.

*Toelichting:*

*Er is sprake van relatief weinig kernsymptomen maar dit is wel*

voldoende om een diagnose te stellen. De impact van de klachten op het dagelijks functioneren is beperkt, de patiënt ervaart een zekere belemmering in het dagelijks functioneren.

**Kenmerk**  
BR/CU-7114  
**Pagina**  
5 van 13

- 3) Er is sprake van een laag risico.

*Toelichting:*

*Er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie.*

- 4) Er is sprake van een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit.

*Toelichting:*

*Er is weliswaar sprake van comorbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, zwakzinnigheid, somatische factoren of psychosociale en omgevingsproblemen, maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose.*

- 5) Er zijn aanhoudende/persisterende klachten. Eerdere interventies hebben onvoldoende effect bewerkstelligd.

**B** Basis GGZ Middel (BM)

Het patiëntprofiel dat hoort bij deze prestatie is:

- 1) Er is sprake van een DSM stoornis.  
2) De gemiddelde zorgvraagzwaarte betreft problematiek van matige ernst.

*Toelichting:*

*De kernsymptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig en er is sprake van waarneembare beperkingen in het dagelijks functioneren.*

- 3) Er is sprake van een laag tot matig risico.

*Toelichting*

*Ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen zijn er geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie. Is wel sprake van een latent gevaarsrisico dan staan daar beschermende factoren tegenover zoals: adequate coping, werk of structurele daginvulling en een steunsysteem waarop men dagelijks kan terugvallen voor toezicht, zorg, praktische en emotionele steun.*

- 4) Er is sprake van een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit.

*Toelichting:*

*Er is sprake van comorbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, zwakzinnigheid, somatische factoren of psychosociale en omgevingsproblemen, maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose.*

- 5) De duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de DSM richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.

**C** Basis GGZ Intensief (BI)

Het patiëntprofiel dat hoort bij deze prestatie is:

- 1) Er is sprake van een DSM stoornis
- 2) De gemiddelde zorgvraagzwaarte betreft ernstige problematiek

*Toelichting:*

*De meeste symptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig. Er is sprake van uitval en/of substantiële beperkingen in het dagelijks functioneren.*

- 3) Er is sprake van een laag tot matig risico.

*Toelichting:*

*Er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar. Is er wel sprake van een latent gevaarsrisico, dan staan er beschermende factoren tegenover, zie prestatie Middel.*

- 4) Er is sprake van een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit.

*Toelichting:*

*Er is sprake van comorbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, zwakzinnigheid, somatische factoren of psychosociale en omgevingsproblemen, maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose.*

- 5) De duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.

**D** Basis GGZ chronisch (BC)

Het patiëntprofiel dat hoort bij deze prestatie is:

- 1) Er is sprake van een DSM stoornis
- 2) De gemiddelde zorgvraagzwaarte betreft risicogevoelige stabiele of instabiele chronische problematiek of ernstige problematiek in remissie.
- 3) Er is sprake van een laag tot matig risico.

*Toelichting:*

*Er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie. Is er wel sprake van een latent gevaarsrisico, dan staan daar beschermende factoren tegenover, zie prestatie Middel.*

**4.3** Prestatie Onvolledig behandeltraject

De behandelaar dient deze prestatie in rekening te brengen in drie situaties:

- De verwijzer verwijst de patiënt naar een behandelaar in de basis GGZ, maar de behandelaar stelt geen DSM-stoornis vast.
- Er wordt vroegtijdig (behandelinzet van maximaal 120 minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd) geconcludeerd dat de patiënt behandeld dient te worden in de gespecialiseerde GGZ.
- Vroegtijdig (behandelinzet van maximaal 120 minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd) wordt de behandeling door de

patiënt afgebroken (bijvoorbeeld omdat de patiënt een andere behandelaar prefereert).

**Kenmerk**  
BR/CU-7114

**Pagina**  
7 van 13

*Toelichting:*

*Eventueel verwijst de behandelaar de patiënt terug naar de huisarts als hij geen stoornis vaststelt, waarna de huisarts in overleg met de patiënt kan bepalen wat een geschikte andere behandeling zou kunnen zijn. In geval van de conclusie dat de patiënt verwezen moet worden naar de gespecialiseerde GGZ verloopt dat altijd alsnog via de huisarts (of de in de polis genoemde verwijzer).*

#### **4.4** Begin en einde van het behandeltraject

##### **4.4.1** Begin

Een behandeltraject begint met intake en diagnostiek waarna de patiënt op basis van zijn individuele zorgvraagwaarte ingedeeld wordt in een van de vier integrale prestaties.

##### **4.4.2** Einde

Het behandeltraject wordt afgesloten als de behandeling van de patiënt eindigt. Daarvan is sprake als: de behandeling is afgerond, vermoeden van DSM-stoornis niet bevestigd, patiëntprofiel patiënt te zwaar voor Basis GGZ, voortijdige beëindiging behandeling op initiatief van patiënt, overlijden van de patiënt, na 365 dagen of ingeval van overgang naar een andere bekostiging.

##### **4.4.3** Looptijd

Een prestatie kan maximaal 365 dagen 'open' staan. Na 365 dagen wordt de prestatie afgesloten.

## **5. Voorschriften en beperkingen**

### **5.1** Hoofdbehandelaar

De prestaties als omschreven in artikel 4 van deze beleidsregel worden in rekening gebracht mits er sprake is van betrokkenheid van een hoofdbehandelaar bij het behandeltraject van de patiënt.

### **5.2** Toegankelijkheid

De prestaties als omschreven in artikel 4 van deze beleidsregel kunnen alleen in rekening worden gebracht indien er sprake is van een verwijzing door een daartoe bevoegde verwijzer naar de Basis GGZ.

*Toelichting:*

*Indien er sprake is van (een vermoeden van) een DSM stoornis en de huisarts niet zelf kan behandelen, verwijst de huisarts door naar de Basis GGZ. Indien blijkt dat er sprake is van complexe- of acute problematiek kan de huisarts ervoor kiezen om een patiënt (rechtstreeks) door te verwijzen naar de Gespecialiseerde GGZ.*

*In de toelichting van deze beleidsregel wordt gesproken over een verwijzing door de huisarts. Dat komt omdat het systeem als ook het Bestuurlijk Akkoord uitgaat van een verwijzing door de huisarts. Het is aan zorgverzekeraars om de zorgaanbieder die mag verwijzen naar de Basis GGZ aan te wijzen in zijn verzekeringspolis. Dit kan zijn de huisarts, maar ook een andere hulpverlener zoals een jeugdarts of bedrijfsarts is mogelijk. De huisarts is dan ook niet de enige die kan*

*verwijzen, maar is afhankelijk van het gestelde in de polis. Zo dient de toelichting van deze beleidsregel dan ook gelezen te worden.*

**Kenmerk**  
BR/CU-7114

### **5.3** Veranderen van prestatie gedurende het behandeltraject

**Pagina**  
8 van 13

Blijkt tijdens een behandeltraject dat een patiënt een meer of minder intensieve behandeling nodig heeft en op basis van zijn individuele zorgvraagzwaarte in een andere prestatie valt, dan is het mogelijk om tijdens een behandeltraject van prestatie te veranderen, mits de patiënt hierover adequaat is geïnformeerd.

## **6. Overige producten (niet verzekerd pakket)**

De prestaties voor de Basis GGZ als bedoeld in artikel 4 worden alleen in rekening gebracht indien sprake is van zorg die behoort tot het verzekerde pakket op grond van de Zvw.

Indien de prestatie of een behandelcomponent geen onderdeel uitmaakt van het eerder bedoelde verzekerde pakket, wordt de geleverde zorg in rekening gebracht in de vorm van een Overig Product (OVP): een OVP niet-basispakketzorg Consult of een OVP niet-basispakketzorg Verblijf.

### *Toelichting:*

*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 OVP.*

*In geval van zorg die geen onderdeel uitmaakt van het verzekerde pakket hoeft niet te worden voldaan aan de noodzakelijke voorwaarden van betrokkenheid van een hoofdbehandelaar en van een verwijzing.*

## **7. Overige prestaties**

Zorgaanbieders kunnen de prestaties declareren voor keuringen, rapporten en informatieverstrekkingen die zijn opgenomen in bijlage 4 van de beleidsregel 'Prestaties en tarieven Medisch Specialistische Zorg' (OZP, 'overige verrichtingen'). Deze prestaties behoren niet tot het verzekerde pakket op grond van de Zvw, maar betreffen wel zorg zoals omschreven in de Wmg.

## **8. Declaratie**

**8.1** De zorgaanbieder brengt de prestaties als bedoeld in artikel 4 niet eerder in rekening dan het behandeltraject is afgesloten. Een behandeling is afgesloten indien één van de afsluitredenen van toepassing is zoals genoemd in artikel 4.4.2.

**8.2** De zorgaanbieder kan een OVP als bedoeld in artikel 6 of 7 ook in onderdelen in rekening brengen, bijvoorbeeld per zitting of per verblijfsdag. De zorgaanbieder maakt hierover voorafgaand aan de behandeling schriftelijke afspraken met de patiënt.

**8.3** Als er aan een patiënt basispakketzorg en niet-basispakketzorg wordt geleverd, dan brengt de zorgaanbieder een prestatie voor de basispakketzorg en een of meerdere OVP's voor de niet-basispakketzorg in rekening.

**8.4** Zoals in artikel 4.1 van deze beleidsregel is aangegeven kunnen verschillende behandelcomponenten worden aangeboden binnen een



prestatie. Deze behandelcomponenten worden niet afzonderlijk bekostigd, maar in rekening gebracht als integraal onderdeel van een van de prestaties als omschreven in deze beleidsregel.

**Kenmerk**  
BR/CU-7114  
**Pagina**  
9 van 13

**8.5** In geval van onderlinge dienstverlening brengt de uitvoerende zorgaanbieder de uitgevoerde behandelcomponent, bijvoorbeeld specialistische behandeling en/of consultatie, in rekening bij de opdrachtgevende zorgaanbieder.

**8.6** De zorgaanbieder declareert de prestatie met het patiëntprofiel dat aansluit bij de zorgvraagzwaarte van de patiënt.

**8.7** Wanneer tijdens het behandeltraject blijkt dat de patiënt op basis van (een verandering in) zorgvraagzwaarte een andere prestatie nodig heeft dan bij de start van het behandeltraject, wordt enkel de andere prestatie gedeclareerd. Bij overgang naar een andere prestatie dient de patiënt hierover te zijn geïnformeerd.

**8.8** Indien blijkt dat er geen sprake is van een DSM stoornis, wordt het behandeltraject afgesloten en wordt uitsluitend de prestatie Onvolledig behandeltraject in rekening gebracht.

**8.9** Indien tijdens de behandeling in de Basis GGZ blijkt dat de problematiek en klachten verergeren waardoor de patiënt niet meer binnen de patiëntprofielen van de Basis GGZ past, vindt overdracht plaats aan de verwijzer. In dat geval wordt het behandeltraject in de Basis GGZ afgesloten en de geleverde prestatie in rekening gebracht. Ingeval de behandeling net is gestart (behandelinzet van maximaal 120 minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd) en blijkt dat het patiëntprofiel van de patiënt te zwaar is voor de Basis GGZ, wordt de prestatie 'Onvolledig behandeltraject' in rekening gebracht.

**8.10** Indien de behandeling voortijdig op initiatief van de patiënt wordt beëindigt, wordt het behandeltraject in de Basis GGZ afgesloten en de geleverde prestatie in rekening gebracht. Ingeval de behandeling net is gestart (behandelinzet van maximaal 120 minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd) wordt de prestatie 'Onvolledig behandeltraject' in rekening gebracht.

**8.11** Er kunnen niet meerdere prestaties tegelijkertijd worden gedeclareerd bij dezelfde patiënt. Uitzondering is een combinatie van één van de prestaties BK, BM of BI, met de prestatie BC; en de integrale prestaties in combinatie met de OVP's als bedoeld in artikel 3.14 en 3.15.

## **9. Tariefsoort Basis GGZ**

Voor de vier integrale prestaties en de prestatie Onvolledig behandeltraject gelden gedifferentieerde maximumtarieven (zogenaamde max/max-tarieven). Er is per prestatie sprake van een standaard en van een verhoogd maximumtarief. Het verhoogd maximumtarief is 10% hoger dan het standaard maximumtarief. Een tarief hoger dan het standaard maximumtarief (maar niet hoger dan het verhoogd maximumtarief) mag in rekening worden gebracht indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar ten grondslag ligt.

Een tarief dat niet hoger is dan het standaard maximumtarief kan aan eenieder in rekening worden gebracht.

Een tarief hoger dan het standaard maximumtarief kan uitsluitend in rekening worden gebracht aan (a) de ziektekostenverzekeraar met wie het verhoogde maximumtarief is overeengekomen of (b) de verzekerde ten behoeve van wie een ziektekostenverzekering met betrekking tot Basis GGZ is gesloten bij een ziektekostenverzekeraar met wie een zodanig verhoogd maximumtarief schriftelijk is overeengekomen.

**Kenmerk**  
BR/CU-7114  
**Pagina**  
10 van 13

Voor de OVP niet-basispakketzorg Consult en Verblijf gelden maximumtarieven.

Voor onderlinge dienstverlening geldt een vrij tarief.

## **10. Methodiek en rekenmodel standaard maximumtarieven Basis GGZ**

**10.1** De in dit artikel beschreven normatieve methodiek is van toepassing op de in artikel 4.1 van deze beleidsregel bedoelde prestaties.

**10.2** Het normatieve standaard maximumtarief van elke prestatie is opgebouwd uit kostendragers. De kostendrager binnen het normatieve tarief is opgebouwd uit de volgende kostensoorten:

- vergoeding voor arbeid en aan arbeid gerelateerde werkgeverslasten en productiviteit
- vergoeding voor overige personeelskosten en materiële kosten
- vergoeding voor kapitaallasten
- vergoeding voor gedeerd rendement eigen vermogen

Het standaard maximumtarief wordt berekend door de som van de combinaties van kosten en tijd van de kostendragers.

### *Toelichting:*

*Het tarief voor de Basis GGZ is normatief ontwikkeld. Dit betekent dat het tarief niet op basis van kostprijsonderzoek bij aanbieders tot stand is gekomen, maar op basis van openbare gegevens en informatie op onderdelen uit andere onderzoeken en publicaties. Belangrijk onderdeel vormen de gedeponeerde jaarrekeningen op basis waarvan informatie wordt verkregen over de procentuele verhoudingen in het kostenpatroon van aanbieders. De indeling in de kostensoorten is conform de indeling van de jaarrekeningen voor zorginstellingen. Met kostendragers worden verder in dit hoofdstuk bedoeld de categorieën van beroepen.*

**10.3** Bij de normatieve tariefstelling hanteert de NZa de volgende uitgangspunten:

Vergoeding voor arbeid en aan arbeid gerelateerde werkgeverslasten en productiviteit:

- De arbeidskosten zijn gebaseerd op de FWG schalen, de salarisbedragen van de inpassingstabel, vakantiedagen, Levensfase Budget en eindejaaruitkering van de CAO GGZ.
- De werkgeverslasten worden uitgedrukt in een percentage van de loonkosten.
- De arbeidskosten van zorgverleners die als zelfstandige prestaties Basis GGZ declareren, en derhalve niet in loondienst werkzaam, worden geacht gelijk te zijn met het hiervoor beschreven uitgangspunt voor de bepaling van de kosten.
- De productieve uren op jaarbasis worden vastgesteld op 1.115,2 uur per FTE bij een werkweek van 36 uur.

Vergoeding voor overige personeelskosten en materiële kosten:

- De vergoeding voor overige personeelskosten en materiële kosten worden uitgedrukt in een percentage van de loonkosten inclusief werkgeverslasten.

**Kenmerk**  
BR/CU-7114  
**Pagina**  
11 van 13

Vergoeding voor kapitaallasten:

- Ten aanzien van de vergoeding voor kapitaallasten wordt uitgegaan van het verlenen van zorg in gehuurde locaties. De vergoeding voor kapitaallasten voorziet tevens in een vergoeding voor inventaris en apparatuur. De vergoeding kapitaallasten wordt uitgedrukt in een percentage van de loonkosten inclusief werkgeverslasten.

Vergoeding voor gedeerd rendement eigen vermogen:

- In de tariefberekening is een vergoeding verwerkt voor het gedeerd rendement op het eigen vermogen. De vergoeding wordt gebaseerd op een normatieve balans.

**10.4** Voor de berekening van de standaard maximumtarieven gaat de NZa uit van de volgende hoeveelheid patiëntgebonden directe en indirecte tijd:

Prestatie	Duur in minuten
BK	294
BM	495
BI	750
BC	753

*Toelichting:*

*Het aantal minuten per prestatie is een indicatie van het aantal minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd die nodig is om de zorg aan de patiëntengroep te leveren.*

**10.5** De beroepen worden op basis van opleidingsniveau ingedeeld in 3 categorieën.

Categorie 1	Categorie 2	Categorie 3
-HBO eventueel met specialisatie -WO	WO ≥ 2 jaar specialisatie	WO ≥ 4 jaar specialisatie

**10.6** De prestaties bestaan in beginsel uit de volgende behandelcomponenten:

- o Intake, diagnostiek, ROM en verslaglegging
- o Aanvullende diagnostiek
- o Face-to-face behandeling
- o E-health behandeling
- o Gespecialiseerde behandeling
- o Consultatie

Categorie 2 zal het grootste deel van de zorg binnen de Basis GGZ verlenen. Categorie 1 zal (mede) uitvoering geven aan behandeling en begeleiding en categorie 3 zal doorgaans voor consultatie worden betrokken. Op basis van een functionele benadering is de volgende verdeling van de categorieën gemaakt binnen de vier prestaties:

	Kort	Middel	Intensief	Chronisch
Categorie 1	15%	10%	10%	60%
Categorie 2	80%	85%	80%	25%

Categorie 3	5%	5%	10%	15%	Kenmerk BR/CU-7114
	100%	100%	100%	100%	

Pagina  
12 van 13

Omdat ervaringsgegevens ontbreken is bovenstaande procentuele verdeling gebaseerd op een aanname en vindt afronding plaats op 5%. De verwachting is dat beroepen die Basis GGZ verlenen met name psychiaters, psychotherapeuten, klinisch psychologen, GZ-psychologen en verpleegkundigen zijn.

**10.7** Het salaris/inkomen per categorie is gebaseerd op de gebruikelijke FWG inschaling in de zorgsector van deze beroepen. De inpassing in de salaristabel wordt gesteld op 90% van de maximale inschaling.

Categorie	Schaal
1	FWG 55
2	FWG 65
3	Salarisschaal medisch specialisten

### 10.8 Berekening van de categorieën/kostendragers

	Kostensoort/eenheid	Uitkomst
a.	Salaris/inkomen per categorie inclusief vakantietoeslag	Bedrag categorie 1,2 of 3
b.	Werkgeverslasten	20,72% over a
c.	Totaal werkgeverslasten	c= a + b
d.	Overige personeelskosten	6,22% over c
e.	Materiële kosten	17,45% over c
f.	Kapitaallasten	11,58% over c
g.	Vergoeding gedeerd rendement eigen vermogen	G
h.	Totaal categorie	h= c + d + e + f + g
i.	Kostprijs categorie per uur	i = h gedeeld door declarabele uren van 1115,2 uur per jaar.
j.	Idem per minuut	i gedeeld door 60

**10.9** Op basis van de procentuele verdeling van de categorieën per prestaties worden de minuten per categorie per prestatie berekend. Het standaard maximumtarief per prestatie wordt berekend door de minuten per categorie te vermenigvuldigen met de kostprijs per minuut van de categorie en de uitkomsten per prestatie te sommeren.

#### *Toelichting:*

*De uitwerking van de standaard maximumtarieven voor de Basis GGZ met bovengenoemde uitgangspunten en methode is toegelicht en uitgewerkt in een verantwoordingsdocument. Het verantwoordingsdocument is beschikbaar op de website van de NZa.*

### 11. Standaard maximumtarief prestatie Onvolledig behandeltraject

Voor de prestatie Onvolledig behandeltraject is het standaard maximumtarief gemaximeerd op 120/294 deel van het standaard maximumtarief voor de prestatie BK.

### 12. Indexatie tarieven

De tarieven voor de Basis GGZ worden in beginsel jaarlijks ambtshalve geïndexeerd. Voor wat betreft de loonkosten wordt de index vastgesteld

door het Ministerie van VWS. Deze index houdt verband met de cao-afspraken. Voor wat betreft de materiële kosten wordt aangesloten bij de prijsindexcijfer particuliere consumptie uit het Centraal Economisch Plan (CEP) van het Centraal Planbureau (CPB). De op het tarief toe te passen index is het gewogen gemiddelde van de loon- en materiële indices waarbij wordt uitgegaan van een aandeel van 90% loonkosten en 10% materiële kosten. Het tarief wordt vastgesteld op basis van een voorcalculatie voor jaar t en de definitieve indices van jaar t-1.

**Kenmerk**  
BR/CU-7114  
**Pagina**  
13 van 13

### **13. Evaluatie**

De Basis GGZ vormt een onderdeel van de nieuwe bekostigingsstructuur van de GGZ. Dit betekent dat ontwikkelingen goed gevolgd worden en dat een evaluatie zal plaatsvinden op het gestelde in deze beleidsregel, zowel ten aanzien van de prestaties als ook de tarieven.

Om deze evaluatie zorgvuldig uit te kunnen voeren legt de NZa registratie- en aanleveringsregels op. Hiervoor wordt verwezen naar de regeling Generalistische basis GGZ.

Om te kunnen zorgdragen dat aanbieders en verzekeraars op een gelijke en transparante wijze de nieuwe prestaties aanbieden en in rekening brengen worden in de eerdergenoemde regeling hieraan regels gesteld.

*Toelichting:*

*Om in dit kader de administratieve lasten zoveel mogelijk te beperken wordt waar mogelijk aangesloten bij /gebruik gemaakt van de al bij partijen in gebruik zijnde registraties.*

### **14. Intrekking oude beleidsregel(s)**

De beleidsregel 'Generalistische basis GGZ', met kenmerk BR/CU-5106, wordt per 1 januari 2015 ingetrokken.

De beleidsregel Generalistische basis GGZ (BR/CU-5106) blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold.

Deze beleidsregel vervangt de reeds eerder door de NZa gepubliceerde, maar nog niet in werking getreden Beleidsregel generalistische basis GGZ met kenmerk BR/CU-5109.

### **15. Inwerkingtreding en citeerregel**

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2015. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal van de vaststelling van deze beleidsregel mededeling worden gedaan in de Staatscourant.

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: 'Beleidsregel Generalistische basis GGZ'.