

Dit document bevat informatie over de invoering van de generalistische basis GGZ (in 2014) en de veranderingen voor huisartsen, behandelaars GGZ en patiënten. De teksten in dit document zijn afkomstig van de website invoeringbasisggz.nl. Deze site is vanaf 1 januari 2017 offline omdat deze stelselwijziging inmiddels helemaal is ingevoerd.

De website was een samenwerkingsverband tussen: GGZ Nederland, InEen, Landelijke Huisartsen Vereniging, Landelijk Platform GGz, Nederlands Instituut voor Psychologen, Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Platform Meer GGZ, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland en Zorgverzekeraars Nederland.

De teksten in dit document worden niet meer bijgewerkt.

In dit document:

- Introductie
- Onderwerpen
- Veelgestelde vragen
- Links naar documenten
- Links naar samenwerkende partijen
- Links naar organisaties met meer informatie over de Generalistische Basis GGZ

Introductie

Invoering generalistische basis GGZ

Vanaf 1 januari 2014 is de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) omgevormd naar een stelsel met een 'generalistische basis GGZ' en een 'gespecialiseerde GGZ'.

Het doel van deze stelselwijziging is een passende behandeling op de juiste plaats. Patiënten met lichte klachten worden geholpen in de huisartsenzorg. Behandeling van lichte tot matige, niet complexe psychische stoornissen vindt plaats in de generalistische basis GGZ. Patiënten met complexe stoornissen worden geholpen in de gespecialiseerde GGZ. Uitgangspunt is dat patiënten dichtbij huis en minder zwaar – en daarmee goedkoper – worden behandeld.

De huisarts krijgt meer ondersteuning voor hulp aan en behandeling van mensen met lichte psychische klachten. Ook kan de huisarts ondersteuning vragen bij het doorverwijzen van patiënten met stoornissen naar de generalistische basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ.

In de generalistische basis GGZ zullen mensen met een complexere problematiek behandeld worden dan voorheen in de eerstelijnspsychologische zorg. Ook mensen met lichte tot matige problemen worden behandeld in de generalistische basis GGZ. De gespecialiseerde GGZ kenmerkt zich door een hoge mate van complexiteit van de behandeling, waarbij gespecialiseerde kennis nodig is.

In dit document bieden elf partijen gezamenlijk informatie aan over de invoering van de generalistische basis GGZ en de veranderingen voor huisartsen, behandelaars GGZ en patiënten.

Onderwerpen

- Data aanleveren aan DIS
- Waarom verandert de geestelijke gezondheidszorg?
- Bestuurlijk akkoord en nieuwe afspraken toekomst GGZ
- Wat verandert er in de geestelijke gezondheidszorg?
- Wat verandert er voor huisartsen?
- Behandeling door de huisarts of doorverwijzing?
- Schema doorverwijzing GGZ
- Praktijkondersteuningsmodule GGZ (POH-GGZ)
- Wat is generalistische basis GGZ?
- Hoofdbehandelaar in de generalistische basis GGZ
- Verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar
- Bekostiging generalistische basis GGZ
- Prestaties en tarieven generalistische basis GGZ
- E-health, preventie en zelfmanagement
- Wat is gespecialiseerde GGZ?
- Routine Outcome Monitoring (ROM)
- Zorgverzekeraars
- Monitor generalistische basis GGZ
- Wat merkt de patiënt?

Data aanleveren aan DIS

Het landelijke DBC-informatiesysteem DIS ontvangt en beheert alle informatie over Diagnose Behandeling Combinatie (DBC's). Vanaf januari 2014 geldt data aanlevering aan DIS ook voor de generalistische basis ggz (GBG).

Wanneer aanleveren?

In de regeling NR/CU-537 artikel 6.3 is opgenomen dat de minimale dataset (MDS) maandelijks aangeleverd moet worden aan het DIS. Vrijgevestigde zorgaanbieders die basis ggz leveren, kunnen per kwartaal aanleveren.

Hoe data aanleveren?

De MDS is opgenomen in de [gegevens aanleverstandaard \(GA\) GBG Versie 1.4](#). Dit document beschrijft in detail de wijze waarop productiegegevens uit de GBG aan DIS moeten worden aangeleverd. Deze standaard wordt door softwareleveranciers ingebouwd in registratiepakketten. Ook wordt in dit document het aanleverproces van bestanden aan DIS beschreven.

Aanmelden GBG

Zorgaanbieders kunnen zich via www.DISportal.nl bij DIS aanmelden. Na aanmelding ontvangt u meer informatie over het versturen van data aanleveringen aan DIS en het gebruik van de DIS portal.

Op de hoogte blijven

Wilt u op de hoogte blijven van (ontwikkelingen) bij DIS? Bekijk de [website](#) van DIS.

Waarom verandert de geestelijke gezondheidszorg?

De zorg moet doeltreffend zijn, betaalbaar blijven en dichtbij de patiënt worden georganiseerd. Daarom besloten vertegenwoordigers van zorgaanbieders en beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, cliënten- en familieorganisaties en de overheid om de handen in elkaar te slaan en een Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014 te sluiten.

De samenwerkende partijen zijn GGZ Nederland, Platform Meer GGZ, de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten, de Landelijke Huisartsen Vereniging, het Nederlands Instituut voor Psychologen, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, InEen, Zorgverzekeraars Nederland, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Landelijk Platform GGZ en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Bestuurlijk akkoord en nieuwe afspraken toekomst GGZ

In juni 2012 verscheen het Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014. In vervolg op dit akkoord hebben de samenwerkende partijen in 2013 nieuwe afspraken gemaakt over de geestelijke gezondheidszorg voor de jaren 2014-2017. Dit bestuurlijk akkoord is begin 2015 beëindigd. Daarvoor in de plaats hebben zorgaanbieders en patiënten gezamenlijk de agenda voor gepast gebruik en transparantie in de GGZ opgesteld.

Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014

De partijen spraken af om zich gezamenlijk in te spannen voor de realisatie van een kwalitatief hoogwaardige en betaalbare GGZ. Op 18 juni 2012 werd dit vastgelegd in een Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014.

Enkele belangrijke afspraken uit dit akkoord:

- Uitgangspunt is dat passende zorg op de juiste plek wordt verleend. Er vindt een omslag plaats – waar mogelijk - van klinisch naar ambulante, van tweede lijn naar eerste lijn, van eerste lijn naar huisarts en van huisarts naar meer zelfmanagement. Deze omslag vindt op een voor de patiënt verantwoorde en zorgvuldige manier plaats.
- Zorgverzekeraars en zorgaanbieders gaan de beddenscapaciteit afbouwen (1/3). Dit betekent dat patiënten in plaats van in klinieken veel meer thuis worden geholpen met de juiste behandeling en ondersteuning.
- Preventie, zelfmanagement en het herstellvermogen van de patiënt zullen worden gestimuleerd.
- De generalistische basis GGZ wordt geïntroduceerd.
- Het gebruik van dwangtoepassingen wordt verder teruggedrongen.

- De GGZ-sector wordt van de tijd- en geldroevende dubbele administratie verlost. De gehele tweedelijns-GGZ stapt over op prestatiebekostiging in plaats van budgetfinanciering.

Bestuurlijke akkoord GGZ 2014-2017

In vervolg op het Bestuurlijk akkoord hebben de partijen nieuwe afspraken gemaakt om de kosten verder te beheersen. Uitgangspunt hierbij is om de zorg die nodig is, op de juiste plek, door de juiste persoon, doelmatig en in goede samenhang te verlenen. Op 16 juli 2013 verschenen de [onderhandelaarsresultaten](#).

De belangrijkste afspraken uit het onderhandelaarsresultaat geestelijke gezondheidszorg 2014-2017 zijn:

- Versnelling en aanscherping van de in 2012 gemaakte afspraken over zorg dichtbij de patiënt.
- Het bestaande kwaliteitsprogramma richt zich op transparantie voor de patiënt, zorgaanbieder en zorgverzekeraar over de behandeling en het behandelingsresultaat. Dit programma wordt geïntensiveerd. Hetzelfde geldt voor de bestaande afspraken over meer ambulantiseren.
- Om een gelijk speelveld tussen GGZ-aanbieders onderling en tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars te realiseren, worden er afspraken gemaakt over contractering en informatievoorziening.
- Partijen hebben afgesproken om voor 2015-2017 de jaarlijkse uitgavengroei in de GGZ te beperken tot 1 procent per jaar. Voor 2014 is een landelijk maximum groeipercentage van 1,5% afgesproken.
- Het gebruik van e-health wordt bevorderd.

Dit bestuurlijk akkoord is begin 2015 beëindigd naar aanleiding van de discussie over de aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (selectieve inkoop en vergoeding van niet-gecontracteerde zorg).

Agenda voor gepast gebruik en transparantie in de ggz

Na het vervallen van het Bestuurlijk Akkoord zijn zorgaanbieders en de patiëntenvereniging aan de slag gegaan met een toekomstagenda. [Deze agenda voor gepast gebruik en transparantie in de ggz](#) is in november 2015 aan de minister van VWS aangeboden. De kern van de vernieuwingsagenda wordt gevormd door deze punten:

- inzet op gepast gebruik en kwaliteit, de patiënt in staat stellen goed geïnformeerde keuzes te maken. Onder andere meer inzicht in de effectiviteit van de geboden zorg door vaker te meten wat het effect is van de behandeling en de behandelinhoud op die uitkomst af te stemmen;
- het ondersteunen van deze vernieuwingen door een nieuwe bekostigingssystematiek (in eerste instantie voor de gespecialiseerde GGZ) die beter aansluit op de zorgvraagzwaarte en zorgbehoefte van de patiënt;

- een kwaliteitsstatuut (naar aanleiding van de aanbevelingen van commissie Meurs) waardoor landelijke afspraken daadwerkelijk effect hebben op het niveau van instellingen en zorgverleners en dus in de zorg aan patiënten.

In reactie op deze agenda heeft de minister aangegeven de budgettaire afspraken uit het bestuurlijk akkoord van 2013 (over 2014-2017) te handhaven.

Wat verandert er in de geestelijke gezondheidszorg?

De inspanningen van de partijen voor een hoogwaardige en betaalbare GGZ leiden tot de vervanging van de huidige eerste- en tweedelijns GGZ naar een stelsel van huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ), generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ vanaf 1 januari 2014.

In de [Voorhangbrief POH-GGZ en generalistische basis GGZ](#) van 17 mei 2013 zet minister Schippers van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) uiteen hoe zij de fundamentele verandering van de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voorstelt.

Zo krijgt de huisarts betere ondersteuning voor de behandeling en begeleiding van mensen met psychische klachten. Ook wordt er ingezet op een sterke en kwalitatief goede generalistische basis GGZ. Binnen deze generalistische basis GGZ krijgt een deel van de mensen die nu nog gebruikmaakt van de tweede lijn straks dichterbij huis hulp.



Uitleg schema Wat verandert er in de geestelijke gezondheidszorg?

De titel van de afbeelding luidt 'waar naar toe?'. In de geestelijke gezondheidszorg verschuift de plek waar patiënten worden geholpen. Twee rijen maken duidelijk wat deze verschuiving betekent.

In de eerste rij staat de richting van de verschuiving, namelijk van topzorg naar gespecialiseerde GGZ, van gespecialiseerde GGZ naar generalistische basis GGZ, van generalistische basis GGZ naar ondersteuning GGZ of huisartsenzorg, en van huisartsenzorg naar de patiënt.

In de tweede rij staat wat de verschuiving betekent. Voor topzorg en gespecialiseerde GGZ betekent dit: 20% minder licht, ook zwaardere problematiek naar de generalistische basis GGZ en 1/3 minder bedden. Voor de generalistische basis GGZ betekent dit: meer patiënten uit de tweede lijn, een 'zwaardere' populatie, ook chronisch zieken, consult of behandeling door de psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog. Voor de huisartsenzorg en de ondersteuning GGZ betekent dit: een adequate herkenning, minder verwijzen, meer POH-GGZ en minder medicijnen. Tot slot betekent dit voor de patiënt meer zelfmanagement.

Zorg dicht bij huis en minder intensief

In vergelijking met de landen om ons heen worden in Nederland relatief veel mensen behandeld in de duurere gespecialiseerde zorg. Het gaat daarbij ook om patiënten met lichte of middelzware stoornissen. De trend dat patiënten door huisartsen of psychologen mogelijk te snel naar gespecialiseerde zorg worden doorverwezen, wordt met de nieuwe aanpak gekeerd. Er vindt een omslag plaats van zorg in instellingen naar zorg vanuit huis en van zware naar lichtere zorg, waar mogelijk en verantwoord. De huisarts wordt beter ondersteund en er wordt nog meer dan voorheen ingezet op zelfmanagement en preventie. Deze omslag vindt op een voor de patiënt verantwoorde en zorgvuldige manier plaats.

Door het ontwikkelen en versterken van de generalistische basis GGZ is de verwachting dat minimaal 20 procent van de patiënten die nu in de gespecialiseerde GGZ wordt geholpen, verschuiven naar de generalistische basis GGZ.

Wat verandert er voor huisartsen?

De huisartsenzorg vervult een cruciale rol in de keten van de GGZ. De zorg is persoonlijk en laagdrempelig. De huisarts herkent, behandelt en verwijst naar de generalistische basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Uiteraard kan de huisarts ook verwijzen naar begeleiding of ondersteuning buiten de geneeskundige zorg, zoals naar het algemeen maatschappelijk werk.

Binnen de huisartsenpraktijk kan de huisarts zich laten ondersteunen door een praktijkondersteuner GGZ.

De huisarts bekijkt of hij een patiënt met psychische klachten zelf behandelt of dat hij deze doorverwijst naar de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ. Hiervoor wordt de ondersteuning voor de huisarts uitgebreid en geflexibiliseerd. Daardoor kan hij zorg op maat bieden én is een onafhankelijke verwijzer. De huisarts is eindverantwoordelijk voor zorg in zijn praktijk.

Betere ondersteuning huisartsen

Om te voorkomen dat mensen te snel doorverwezen worden naar een specialist, krijgt de huisarts extra geld dat hij flexibel kan inzetten om hulp in te roepen voor de behandeling van mensen met psychische problemen. Bijvoorbeeld voor:

- het inhuren van een praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ)
- het aanbieden van behandelingen via internet (e-health)
- de consultatie van psychiater, psychotherapeut, kaderhuisarts GGZ, klinisch psycholoog of (eerstelijns) gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog), verslavingsarts, verpleegkundig specialist GGZ of andere zorgprofessional

In 2013 is hiervoor € 7 miljoen extra beschikbaar gesteld. Door de nieuwe plannen komt hier in 2014 eerst € 25 miljoen en vanaf 2015 jaarlijks € 35 miljoen bij.

Verwijsmodel huisartsenzorg

Een huisarts kan een patiënt verwijzen naar de generalistische basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Om patiënten met psychische problemen goed te kunnen verwijzen, kan de huisarts gebruikmaken van de objectieve criteria in het verwijsmodel huisartsenzorg:

1. Is er een vermoeden van een DSM-benoemde stoornis?
2. Ernst problematiek: wat is de impact op het dagelijks functioneren?
3. Complexiteit van de problematiek: is er sprake van comorbiditeit? Oftewel: heeft een patiënt twee of meer stoornissen of aandoeningen?
4. Het risico: is er sprake van zelfverwaarlozing, verwaarlozing van naasten, zelfmoordneigingen, kindermishandeling?
5. Het beloop van de klachten: hoe lang duren de klachten al?

[Bureau HHM heeft het verwijsmodel ontwikkeld in opdracht van VWS.](#)

De vijf criteria en de onderlinge samenhang bepalen de zwaarte van de psychische problemen van de patiënt. Afhankelijk van deze zwaarte bepaalt de behandelaar in de generalistische basis GGZ met welke behandeling of combinatie van behandelingen een patiënt het beste is geholpen.

De generalistische basis GGZ kent vier zorgzwaarteproducten: kort, middel, intensief en chronisch. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft een maximum tarief per product vastgesteld.

Huisarts is eindverantwoordelijk in zijn praktijk

Maakt een patiënt alleen gebruik van de huisartsenzorg, dan is de huisarts eindverantwoordelijk en hoofdbehandelaar. Dit geldt ook als hij gebruikmaakt van een praktijkondersteuner GGZ in zijn praktijk. De huisarts is geen hoofdbehandelaar in de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ.

Behandeling door de huisarts of doorverwijzing?

In de praktijk maakt een patiënt eerst een afspraak met de huisarts. De huisarts maakt een eerste inschatting van de aard en ernst van de problematiek waarmee de patiënt naar de praktijk komt. Vermoedt de huisarts dat er een psychische (DSM-IV) stoornis aanwezig is, dan kan de patiënt doorverwezen worden naar de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ. Bij lichtere klachten, zoals aanpassingsproblemen of werkgerelateerde problemen, wordt de patiënt in de huisartsenpraktijk geholpen.

Als een patiënt (mogelijk) psychische klachten heeft en in de huisartsenpraktijk is een ondersteuner op het gebied van geestelijke gezondheidszorg aanwezig, dan kan de huisarts in overleg met de patiënt besluiten dat de patiënt wordt geholpen door deze praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ). Natuurlijk kan de huisarts ook zelf de patiënt behandelen. Een behandeling kan bijvoorbeeld bestaan uit enkele gesprekken in combinatie met e-health of een zelfhulpprogramma.

Kan de patiënt niet worden geholpen in de huisartsenpraktijk en is er sprake van een stoornis of heeft de huisarts het vermoeden dat er sprake is van een stoornis, dan wordt de patiënt doorverwezen naar de generalistische basis GGZ. Bij (zeer) complexe aandoeningen, verwijst de huisarts direct door naar de gespecialiseerde GGZ.

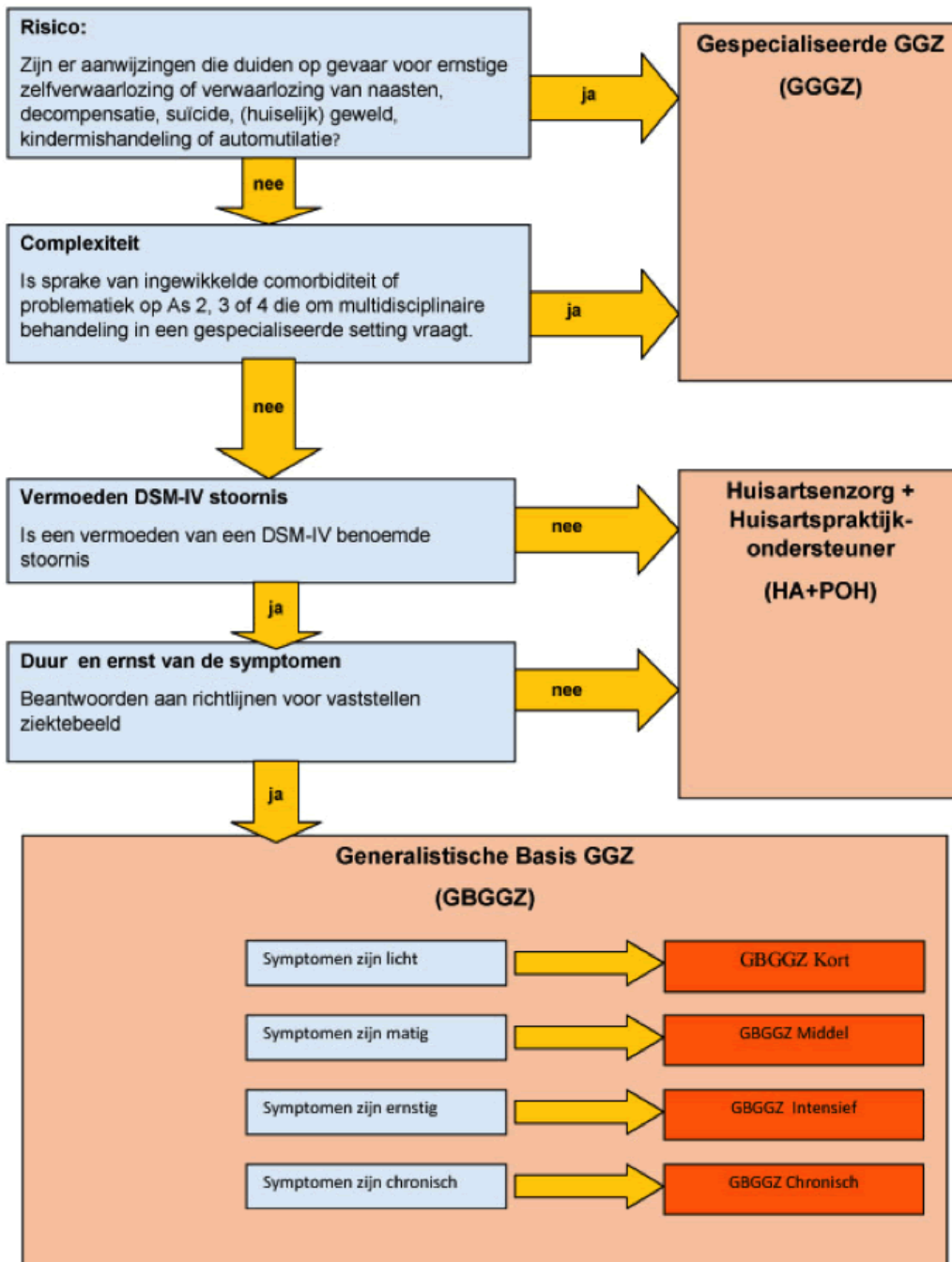
De behandeling van een patiënt in de generalistische basis GGZ én de gespecialiseerde GGZ kan plaatsvinden door een psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts, klinisch geriater, verpleegkundig specialist GGZ of GZ-psycholoog.

Zijn er geen psychische klachten, dan volgt een verwijzing naar een andere hulpverlener, zoals algemeen maatschappelijk werk. Niet altijd is gezondheidszorg nodig. Soms zijn informele netwerken geschikt. Heeft iemand bijvoorbeeld problemen met eenzaamheid, dan kan hij gewezen worden op buddyzorg, buurtnetwerken, kerken of sociale ontmoetingsplekken.

Schema doorverwijzing GGZ

De objectieve criteria van het verwijsmodel huisartsenzorg en de onderlinge samenhang bepalen de zwaarte van de psychische problemen van de patiënt. Daardoor kan de huisarts een inschatting maken of de patiënt in de huisartsenpraktijk kan worden geholpen of dat deze moet worden doorverwezen naar de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ. Afhankelijk van de aard van de symptomen, kan het zorgzwaarteproduct in de generalistische basis GGZ worden bepaald.

Schematisch:



Uitleg schema doorverwijzing GGZ

Als er aanwijzingen zijn die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suicide, (huiselijk) geweld, kindermishandeling of automutilatie, dan zal de huisarts waarschijnlijk verwijzen naar de gespecialiseerde GGZ.

Zijn deze risico's niet aanwezig, dan luidt de vraag: is er sprake van ingewikkelde comorbiditeit of problematiek op As 2, 3 of 4 die om multidisciplinaire behandeling in een gespecialiseerde setting vraagt? Is deze complexiteit aanwezig, dan zal de huisarts waarschijnlijk verwijzen naar de gespecialiseerde GGZ.

Is deze complexiteit er niet, dan is de vraag of er een vermoeden is van een DSM-IV benoemde stoornis. Is er geen sprake van een DSM-IV-stoornis, dan zal de patiënt worden behandeld in de huisartsenzorg of door de praktijkondersteuner GGZ. Is er wel een vermoeden van een DSM-IV stoornis, dan zal de huisarts kijken naar de duur en ernst van de symptomen. Afhankelijk van het ziektebeeld, zal de patiënt of worden behandeld in de huisartsenzorg of door een praktijkondersteuner GGZ, of worden doorverwezen naar de generalistische basis GGZ.

In de generalistische basis GGZ zijn er vier zorgzwaarte-prestaties. Zijn de symptomen licht, dan is de prestatie kort. Zijn de symptomen matig, dan is de prestatie middel. Zijn de symptomen ernstig, dan is de prestatie intensief. Zijn de symptomen chronisch, dan is de prestatie chronisch.

Praktijkondersteuningsmodule GGZ (POH-GGZ)

Nu al mogen huisartsen de ondersteuning van mensen met psychische klachten flexibeler inrichten. Dit is geregeld in de praktijkondersteuningsmodule GGZ (POH-GGZ). Deze functie richt zich op het ondersteunen of aanvullen van de huisartsen bij een optimale behandeling, consultatie of door- en terugverwijzing naar de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ.

Sinds 2014 hebben huisartsen nog meer mogelijkheden om via de module POH-GGZ de juiste professionals rondom de patiënt te organiseren. Het is nu ook mogelijk om bijvoorbeeld internetprogramma's aan te bieden of de psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog en (eerstelijns) GZ-psycholoog te consulteren.

Sinds 2014 kunnen ook andere zorgaanbieders de module POH-GGZ contracteren en organiseren. Het doel hierbij is de huisarts ondersteuning te bieden in de organisatie van zorg. De huisarts blijft altijd inhoudelijk eindverantwoordelijk voor deze ondersteuning, ook al laat hij de organisatie van ondersteuning via de module POH-GGZ over aan andere aanbieders.

Huisarts kan praktijkondersteuner GGZ inzetten

Bij de inzet van een praktijkondersteuner GGZ gelden de volgende uitgangspunten:

- De praktijkondersteuner GGZ en de aangeboden zorg vallen onder de verantwoordelijkheid van de huisarts.
- De praktijkondersteuner GGZ heeft korte lijnen met de huisarts.
- De huisarts initieert de inzet van een praktijkondersteuner GGZ.
- De praktijkondersteuner GGZ geeft een terugkoppeling aan de huisarts en schakelt deze direct in bij alarmsignalen.
- De huisarts moet formeel instemmen met een eventuele doorverwijzing.

Huisarts kan andere deskundige consulteren

Een huisarts kan makkelijker dan voorheen eenmalig een andere deskundige raadplegen. Dit is om een goed inzicht te krijgen in de psychische problemen van een patiënt. Deskundig zijn bijvoorbeeld een psychiater, psychotherapeut, kaderhuisarts GGZ, klinisch psycholoog, verslavingsarts, verpleegkundig specialist GGZ of GZ-psycholoog. Daardoor wordt voorkomen dat de patiënt te snel wordt doorverwezen naar de doorgaans duurdere gespecialiseerde GGZ (voorheen de tweede lijn).

Wat is generalistische basis GGZ?

Sinds 2014 omvat de generalistische basis GGZ de huidige eerstelijns psychologische zorg. Ook wordt complexere zorg verleend dan voorheen in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. Dat komt omdat een deel van de patiënten uit de gespecialiseerde GGZ behandeld wordt in de generalistische basis GGZ.

Om gebruik te maken van de generalistische basis GGZ, is een verwijzing nodig van de huisarts, jeugdarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Dat is een voorwaarde voor vergoeding vanuit het basispakket van de zorgverzekering.

Zorgverzekeraars bepalen in hun polisvoorwaarden wie mogen verwijzen. Wettelijk is geregeld dat de huisarts verwijst. In sommige polissen staan alleen de huisarts en de bedrijfsarts genoemd. Een verwijzing van een medisch specialist of jeugdarts is dan niet mogelijk.

Een behandeling start als er sprake is van een vermoeden van een DSM-benoemde stoornis in combinatie met een gemiddeld tot lage beperking van het functioneren. Hierbij gaat het om lichte tot matige, niet te complexe problematiek met laag en matig risico, waarbij sprake is van een goed sociaal netwerk en met een grote kans op herstel.

Het kan ook gaan om patiënten met ernstige maar stabiele psychische problematiek die geen gespecialiseerde behandeling, maar wel een langdurige monitoring behoeven.

De generalistische basis GGZ is ook verantwoordelijk voor goede nazorg, ondersteuning en terugvalpreventie bij mensen die al behandeld zijn voor een psychische aandoening.

Hoofdbehandelaar in de generalistische basis GGZ

In de generalistische basis GGZ zijn zorgprofessionals hoofdbehandelaar als zij een in de Wet BIG geregeld beroep uitoefenen, waarvoor een specifieke GGZ-opleiding nodig is. De minister van VWS heeft negen beroepsgroepen aangewezen. Twee beroepsgroepen zijn toegevoegd voor de behandeling van cliënten die de leeftijd van 18 jaar bereikt hebben en vanuit de Jeugdwet in de Zorgverzekeringswet komen.

Een hoofdbehandelaar is degene die in overleg met de patiënt het behandelplan vaststelt. De hoofdbehandelaar moet zich ervan vergewissen dat de overige behandelaars voldoende bevoegd en bekwaam zijn. Een hoofdbehandelaar kan zowel in een instelling werken of vrijgevestigd zijn.

Hoofdbehandelaars voor GGZ

De minister van VWS heeft de volgende [hoofdbehandelaars](#) aangewezen voor de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ:

- Psychiater
- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog
- Psychotherapeut
- Specialist ouderengeneeskunde
- Verslavingsarts in profielregister KNMG
- Klinisch geriater
- Verpleegkundig specialist GGZ
- GZ-psycholoog

Voor jeugdige cliënten die op hun 18^e vanuit de Jeugdwet overkomen naar de Zorgverzekeringswet zijn de volgende hoofdbehandelaars toegevoegd voor de generalistische basis GGZ:

- Kinder- en jeugdpsycholoog (geregistreerd bij het NIP)
- Orthopedagoog-generalist (geregistreerd bij de NVO)

Toekomstbestendige oplossing

Om te komen tot een toekomstbestendige oplossing, heeft minister Schippers (VWS) advies gevraagd aan de commissie-Meurs. Het advies '[Hoofdbehandelaarschap GGZ als Noodgreep](#)' van deze commissie is 18 mei 2015 naar de Kamer gestuurd, voorzien van een [reactie van de minister](#). Één van de onderdelen van dit advies is het verplicht stellen van het zogenoemde kwaliteitsstatuut. Het [hiervoor benodigde modelstatuut](#) is inmiddels vastgesteld, en wordt per 2017 van kracht.

Om 2016 te overbruggen heeft de minister van VWS aan de Nederlandse Zorgautoriteit gevraagd de huidige regels voor het hoofdbehandelaarschap met een jaar te verlengen. Iemand die in opleiding is, kan nooit hoofdbehandelaar zijn. Hij kan wel werken onder supervisie van een hoofdbehandelaar die BIG-geregistreerd is.

Zorgverzekeraars kunnen in hun polisvoorwaarden beperkingen opnemen. Zij kunnen er bijvoorbeeld voor kiezen om bepaalde beroepen uit te sluiten voor het hoofdbehandelaarschap van de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Daarom is het voor een patiënt raadzaam om de polisvoorwaarden van zijn zorgverzekeraar te bekijken. Dan weet hij vooraf of de zorg wordt vergoed of (gedeeltelijk) niet.

Verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar

De hoofdbehandelaar in de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ heeft de volgende verantwoordelijkheden:

1. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt ook daadwerkelijk is (mede) beoordeeld door de

hoofdbehandelaar via direct contact met de patiënt/cliënt. Het is hierbij mogelijk dat delen van het intake/diagnostische proces door anderen dan de hoofdbehandelaar worden verricht.

2. De hoofdbehandelaar stelt in overleg met de patiënt het behandelplan -gericht op verantwoorde behandeling (naar de stand van de wetenschap, richtlijnconform)- vast.
3. De hoofdbehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van de medebehandelaars in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor zij verantwoordelijk zijn.
4. De hoofdbehandelaar ziet er op toe dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen. Medebehandelaren hebben een eigen verantwoordelijkheid in de adequate dossiervoering.
5. De hoofdbehandelaar laat zich informeren door medebehandelaars en andere bij de behandeling betrokken professionals, zo tijdig en voldoende als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de patiënt/cliënt. De hoofdbehandelaar toetst of de activiteiten van de anderen bijdragen aan de behandeling van de patiënt/cliënt en passen binnen het door de hoofdbehandelaar vastgestelde behandelplan.
6. De hoofdbehandelaar en medebehandelaars treffen elkaar in persoonlijk contact en in teamverband met de daartoe noodzakelijke frequentie (ook telefonisch en via beeldbellen), op geleide van de problematiek/vraagstelling van de patiënt.
7. De hoofdbehandelaar draagt zorg voor goede communicatie met de patiënt/cliënt en diens naasten (indien van toepassing en indien toestemming hiervoor is verkregen) over het beloop van de behandeling in relatie tot het behandelplan.
8. De hoofdbehandelaar heeft inzicht in de voortgang van de behandeling, hij evalueert met de patiënt en stelt indien nodig het behandelplan bij. De hoofdbehandelaar toetst tussentijds en aan het eind van de behandeling of en in welke mate de concreet omschreven behandeldoelen zijn bereikt. De hoofdbehandelaar autoriseert de beëindiging van de behandeling conform de [beleidsregels NZa](#).

Per 2017 wordt het [Kwaliteitsstatuut](#) van kracht, en komt het regiebehandelaarschap in de plaats van het hoofdbehandelaarschap.

Bekostiging generalistische basis GGZ

Sinds 2014 geldt de bekostiging op basis van vier zorgzwaarte-prestaties, die aansluiten op de zorgvraag van de patiënt. Het gaat dan om kort, middel, intensief en chronisch.

In de generalistische Basis-GGZ wordt niet gedeclareerd volgens losse consulten, zoals in de eerstelijns psychologische zorg. In plaats daarvan moeten behandelaars voor de generalistische Basis-GGZ vanaf 2014 een totale integrale prestatie declareren bij de zorgverzekeraar.

De generalistische Basis-GGZ kent vier verschillende zorgprestaties afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt. De vier prestaties zijn kort, middel, intensief en chronisch. Hiervoor gelden maximale tarieven. Zorgverzekeraars keren daarvan weer een percentage

uit, afhankelijk van het soort contract dat de zorgverzekeraar heeft afgesloten met de zorgaanbieder.

Een vijfde prestatie is de prestatie 'onvolledig behandeltraject'. Deze wordt gebruikt voor patiënten die naar de Basis-GGZ zijn verwezen, maar waarvan de behandelaar constateert dat behandeling in de Basis-GGZ niet passend is. De behandelaar verwijst de patiënt dan weer terug naar de huisarts, voor behandeling in de huisartsenzorg of een verwijzing naar de gespecialiseerde GGZ. Deze transitieprestatie geldt ook als blijkt dat de patiënt onterecht naar de generalistische Basis-GGZ is doorverwezen. De behandeling wordt dan al na de diagnostische fase afgebroken. De patiënt wordt terugverwezen naar de huisarts, met een advies over mogelijke vervolgstappen. Door de transitieprestatie te declareren, wordt voorkomen dat het gehele eigen risico bij de patiënt in rekening wordt gebracht.

Zorgaanbieders met een contract dienen de declaraties van hun behandelingen rechtstreeks in bij de zorgverzekeraar van de patiënt. Is er geen contract, dan wordt de rekening aan de patiënt gegeven die deze kan declareren bij zijn zorgverzekeraar. De patiënt krijgt dan het restitutietarief vergoed. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van de vorm van de polis: natura of restitutie. In het geval van een naturapolis wordt het vergoedingspercentage per zorgverzekeraar vastgesteld. Dat percentage kan variëren. In het geval van een restitutiepolis krijgt de patiënt het marktconforme tarief vergoed.

Prestaties en tarieven generalistische basis GGZ

In 2016 gelden vier zorgzwaarte-prestaties in de generalistische basis GGZ, namelijk kort, middel, intensief en chronisch. Ook is er een transitieprestatie. [De Nederlandse Zorgautoriteit \(NZa\)](#) heeft maximum tarieven vastgesteld.

Overzicht van de maximum NZa tarieven		
Prestatie	Omschrijving	Maximum NZa tarief
Basis GGZ Kort (BK)	Lichte DSM stoornissen	€ 472,65
Basis GGZ Middel (BM)	Matige DSM stoornissen	€ 805,34
Basis GGZ Intensief (BI)	Ernstige DSM stoornissen	€ 1.262,82
Basis GGZ Chronisch (BC)	Chronische stabiele stoornissen	€ 1.165,48
Onvolledig behandeltraject	Vroegtijdig beëindigd (bijvoorbeeld bij onjuiste verwijzing)	€ 192,92

E-health, preventie en zelfmanagement

Preventie en zelfmanagement zijn kernbegrippen in het beleid van het ministerie van VWS. E-health kan onderdeel uitmaken van de behandeling van patiënten.

Preventie richt zich op gezonde mensen met risicofactoren voor een ziekte. Ook kan preventie helpen voorkomen van bijkomende ziekten of complicaties bij mensen met een chronische ziekte.

Zelfmanagement is de vaardigheid van patiënten om in het dagelijks leven met de ziekte om te gaan en daarbij zelf oplossingen te zoeken voor problemen en de regie te houden over hun eigen leven.

E-health

E-health is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. Deze nieuwe technologieën worden steeds vaker ingezet voor preventie of zelfmanagement, maar ook voor de behandeling. Sommige behandelingen kunnen helemaal worden ingevuld met e-health. Veelal is er sprake van direct contact met een hulpverlener en ondersteuning van de behandeling met e-health (blended care).

Hulp via de computer vindt nu al plaats. E-health biedt kansen voor het verder verhogen van de kwaliteit van de zorg en het verlagen van de kosten. Door de inzet van e-health en nieuwe technologie kunnen mensen langer zelfredzaam blijven en eventueel zelfstandig blijven wonen.

De huisarts, de patiënt zelf en de omgeving van de patiënt spelen een rol bij het herkennen van psychische klachten. Er zijn verschillende e-health toepassingen gericht op het vroegtijdig herkennen van deze problemen (zelf testen). Ook zijn er cursussen om patiënten zelf aan (lichte) psychische klachten te laten werken. Deze toepassingen zijn meestal gratis en kunnen vaak anoniem worden gebruikt zonder tussenkomst van de huisarts.

Inzet van e-health

E-health kan worden ingezet op verschillende momenten. Patiënten kunnen dus zelf gebruikmaken van de mogelijkheden van e-health, al dan niet voor eigen rekening. Ook kan e-health worden ingezet binnen de huisartsenzorg (via de module POH-GGZ). Tot slot kan e-health onderdeel zijn van de behandeling binnen de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ.

E-health en de zorgverzekering

E-health maakt integraal onderdeel uit van de behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg. Het wordt dus niet apart gedeclareerd, maar valt binnen de prestatie generalistische basis GGZ, een DBC voor de gespecialiseerde GGZ of de POH-GGZ.

De geïndiceerde preventie van depressie, paniekstoornis en problematisch alcoholgebruik valt buiten de verzekerde geneeskundige GGZ, maar mag wel door de huisarts of praktijkondersteuner GGZ worden aangeboden. [Meer informatie, zie Zorginstituut Nederland.](#)

Geïndiceerde preventie kan heel goed met behulp van e-health programma's worden aangeboden. Geïndiceerde preventie valt onder de huisartsenzorg en daarom wordt hierover geen eigen risico gerekend.

Voorbeelden e-health

De Wegwijzer financiering e-health helpt de weg te vinden in de (on)mogelijkheden van de financiering van e-health.

[Wegwijzer financiering e-health](#)

Het Trimbos-instituut heeft diverse e-health interventies gemaakt, gericht op alcohol- en druggebruik, angststoornissen, dementie, depressie, mentaal vermogen, infectieziekten, KOPP/KVO problematiek, seksualiteit en relaties, en werkstress.

[Trimbos-instituut](#)

De DigitaleZorgGids is een onafhankelijk, objectief en betrouwbaar kennisplatform over e-health.

[DigitaleZorggids](#)

De landelijke e-health-monitor 2013 is een onderzoek van het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (Nictiz) en het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg NIVEL.

[Landelijke e-health-monitor](#)

Het Landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie biedt een overzicht van mogelijkheden van e-health voor de jeugd GGZ.

[Bekijk het overzicht](#)

E-health platform, ontwikkeld door PANGAEA Internet Marketing en Parnassia Bavo Groep.

[E-health platform](#)

Hulp voor mensen die zich zorgen maken om hun eetgewoonte.

[Etendebaas.nl](#)

Screeningsinstrument voor psychische klachten, ontwikkeld door Trimbos

[Zelfhulpwijzer.nl](#)

Wat is gespecialiseerde GGZ?

Vanaf 2014 valt de behandeling van complexe en/of risicovolle (DSM-IV) stoornissen van de huidige tweede lijn onder de gespecialiseerde GGZ. Het betreft complexe zorg die niet binnen de producten van de generalistische basis GGZ kan worden gegeven en waarvoor gespecialiseerde inzet nodig is. Een multidisciplinair team behandelt veelal deze patiënten met complexe stoornissen of stoornissen met een duidelijk risico voor de patiënt of zijn omgeving. Voor behandeling in de gespecialiseerde GGZ, is ook een verwijzing van de huisarts nodig.

Als hoofdbehandelaars komen dezelfde beroepen in aanmerking als bij de generalistische basis GGZ. Dit zijn bijvoorbeeld klinisch psychologen, psychotherapeuten of psychiaters. Orthopedagogen-generalist en kinder- en jeugdpsychologen mogen jeugdigen tot 18 jaar behandelen tot aan de overheveling van de Jeugd GGZ naar de gemeenten.

De zorg vindt plaats in een (multidisciplinair) behandelteam. Zoveel mogelijk wordt gestreefd naar ambulante behandeling van de patiënt. Als de behandeling in de gespecialiseerde GGZ niet (meer) nodig is, wordt de patiënt overgedragen aan de huisarts. Indien nodig, kan deze huisarts besluiten om zelf verder te behandelen of de patiënt te verwijzen naar de generalistische basis GGZ. Dit is afhankelijk van de situatie en de zorgbehoefte van de patiënt.

De bekostiging van de gespecialiseerde GGZ blijft hetzelfde, namelijk de [DBC-productenstructuur](#). Een diagnosebehandelingcombinatie (DBC) is het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt.

Routine Outcome Monitoring (ROM)

Transparantie en vergelijkbaarheid van prestaties zijn belangrijk. Routine Outcome Monitoring (ROM) helpt zorgaanbieders in de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ om structureel de voortgang en de patiëntwaardering en -ervaring te meten. Dit is belangrijk om te gebruiken in de behandelingen zelf, maar ook voor het maken van kwaliteitsvergelijkingen.

Om zicht te krijgen op het effect van de behandeling nemen zorgverleners de begin- en eindmetingen van de ROM-vragenlijsten af. Ook stellen zij deze ROM-gegevens ter beschikking aan de Stichting Benchmark GGZ ([SBG](#)). Hierdoor kan informatie worden vergeleken en openbaar worden gemaakt. Patiënten, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en zorgaanbieders krijgen beter zicht op de zorgkwaliteit.

Vanaf 1 januari 2017 stelt de minister aanlevering van ROM-gegevens verplicht. Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zijn hier al langer mee bezig en inmiddels ontvangt SGB gegevens over 85% van alle afgesloten ggz-zorgtrajecten. Ook voor vrijgevestigde aanbieders zal aanlevering per 1 januari 2017 mogelijk zijn.

Zorgverzekeraars

De generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ worden vergoed binnen het basispakket van de zorgverzekering. De uitvoering hiervan ligt bij de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zijn verplicht te zorgen dat zij voldoende zorg inkopen voor hun verzekerden, maar kunnen wel zelf bepalen met welke zorgaanbieders en onder welke voorwaarden zij een contract afsluiten.

Declareren

Zorgaanbieders met een contract dienen de declaraties van hun behandelingen rechtstreeks in bij de zorgverzekeraar van de patiënt. Dit is het geval bij naturapolissen. Is er geen contract tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar van de patiënt, dan wordt de rekening aan de patiënt gegeven die deze kan declareren bij zijn zorgverzekeraar. In deze situatie zullen zorgverzekeraars een beperkt gedeelte van de zorgkosten vergoeden. De patiënt krijgt dan het restitutietarief vergoed. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk

van de vorm van de polis: natura of restitutie. In het geval van een naturapolis wordt het vergoedingspercentage per zorgverzekeraar vastgesteld. Dit percentage kan variëren. In het geval van een restitutiepolic krijgt de patiënt het marktconforme tarief vergoed. In de polisvoorwaarden van de zorgverzekering staat beschreven wat de hoogte van de vergoeding is en voor welke zorgverlener de patiënt een vergoeding tegemoet kan zien.

Zorginkoop

Binnen de marges van de bestaande wet- en regelgeving kunnen zorgverzekeraars bepalen bij welke zorgaanbieders (instellingen en vrijgevestigden) zij geneeskundige GGZ inkopen en bij welke niet. Elke zorgverzekeraar stelt zelf vast onder welke voorwaarden en voor welke producten een contract wordt aangegaan met de zorgaanbieder, met inachtneming van de geldende regelgeving. Zorgverzekeraars maken ondermeer een voorstel voor de zorgaanbieders over wat maximaal mag worden gedeclareerd.

Zorgverzekeraars hebben in hun contractering en polisvoorwaarden de ruimte om een nadere afweging te maken over het hoofdbehandelaarschap. De zorgverzekeraar mag de lijst van hoofdbehandelaars beperken (maar niet uitbreiden). Ook mag hij de lijst van beroepen van medebehandelaars beperken of hen een lager tarief aanbieden dan de hoofdbehandelaars. Belangrijke voorwaarden bij deze beperkingen zijn:

- dat de zorgverzekeraar voldoet aan zijn zorgplicht (dus voldoende zorg inkoopt), en
- dat voor de verzekerde op tijd duidelijk is wie (hoofd)behandelaar mag zijn. Dat wil zeggen: voordat een verzekerde een zorgverzekering afsluit voor het nieuwe jaar.

Ook op het punt van het hoofdbehandelaarschap, is het advies aan patiënten om altijd de polisvoorwaarden van hun zorgverzekering goed te bekijken.

Per 2017 wordt het [Kwaliteitsstatuut](#) van kracht, en komt het regiebehandelaarschap in de plaats van het hoofdbehandelaarschap.

Transparantie voor verzekerden

De zorgverzekeraars streven ernaar om op 19 november 2013 op hun websites hun inkoopbeleid voor de geneeskundige GGZ te publiceren. Elke zorgverzekeraar is verplicht om tijdig maximale transparantie te bieden aan zorgaanbieders en verzekerden.

De [Nederlandse Zorgautoriteit \(NZa\)](#) heeft aangegeven dat de zorgverzekeraars ook in de zorgverzekeringspolissen moeten opnemen welke (vrijgevestigde) zorgaanbieders zijn gecontracteerd. Dit kunnen patiënten laten meewegen bij hun keuze voor een zorgverzekering.

Altijd polisvoorwaarden bekijken

Advies aan patiënten is om altijd de polisvoorwaarden van de zorgverzekering te bekijken. Hierin staat welke zorg door welke zorgbehandelaar volledig door de desbetreffende zorgverzekeraar wordt vergoed en welke zorg (gedeeltelijk) niet. Het kan voorkomen dat een patiënt een behandelaar kiest waarmee zijn zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten.

Dat kan betekenen dat de patiënt de consulten slechts gedeeltelijk vergoed krijgt, afhankelijk van de vorm van de polis van de patiënt (natura- of restitutiepolis).

Monitor generalistische basis GGZ

Om zicht te houden op wat er gebeurt in de generalistische basis GGZ, startte VWS in 2014 een monitor.

In de monitor is onder andere aandacht voor:

- de aard van de zorg in de generalistische basis GGZ
- de verschuiving van patiënten tussen de verschillende vormen van de GGZ
- welke patiënten in welke aantallen zorg ontvangen
- de passendheid van het aanbod in de generalistische basis GGZ
- de werking van de producten (kort, middel, intensief, chronisch en transitieprestatie) in de praktijk
- het aantal producten dat in de generalistische basis GGZ per patiënt per jaar wordt gedeclareerd
- de (resultaten van de) werking van de POH-GGZ

Rapportage van de monitor volgen? Alle rapporten vindt u bij documenten.

Wat merkt de patiënt?

In de Generalistische Basis-GGZ zijn vier zorgcategorieën (kort, middel, intensief en chronisch).

Patiënten met lichte of matige psychische stoornissen, zonder hoog risico, kunnen binnen de generalistische basis GGZ worden behandeld. Dit geldt zowel voor behandeling in instellingen als door vrijgevestigden. Deze patiënten worden dus niet meteen doorverwezen naar gespecialiseerde zorg. Dit betekent dat de gespecialiseerde zorg zich op meer complexe patiënten richt, of patiënten met een hoog risico. Ook patiënten met stabiele chronische problemen die niet meer in de gespecialiseerde GGZ behandeld hoeven te worden, kunnen binnen de generalistische basis GGZ worden behandeld.

Verplicht eigen risico

Voor de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ geldt geen eigen bijdrage; wel geldt het verplichte eigen risico. Een patiënt moet er rekening houden dat de tarieven die zorgaanbieders declareren, hoger zijn dan het eigen risico. Daardoor wordt het eigen risico volledig opgemaakt.

Een vijfde prestatie is de prestatie 'Onvolledig behandeltraject'. Deze wordt gebruikt voor patiënten die naar de Basis-GGZ zijn verwezen, maar waarvan de behandelaar constateert dat behandeling in de Basis-GGZ niet passend is. De behandelaar verwijst de patiënt dan weer terug naar de huisarts, voor behandeling in de huisartsenzorg of een verwijzing naar de gespecialiseerde GGZ.

Keuzevrijheid patiënten

Privacy en medisch beroepsgeheim zijn gewaarborgd in de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. De huidige wetgeving geldt dus ook voor het nieuwe stelsel van de geestelijke gezondheidszorg.

Een patiënt wordt doorverwezen door een huisarts naar de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ. De huisarts kan een behandelaar adviseren. De patiënt blijft vrij om zelf te kiezen voor een behandelaar binnen de keten van GGZ. Dat kan dus ook een andere behandelaar zijn dan degene die de huisarts adviseert.

Een patiënt kan niet kiezen voor de gespecialiseerde GGZ, als de huisarts heeft verwezen naar de generalistische basis GGZ. Ook kan hij niet kiezen voor de generalistische basis GGZ, als de huisarts hem verwijst naar de gespecialiseerde GGZ. De patiënt kan dus wel kiezen naar welke zorgverlener hij wil gaan binnen de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ, afhankelijk naar welk echelon hij is verwezen.

Meer gegevens op factuur

Op de factuur van de behandelaar staan een heleboel gegevens, bijvoorbeeld:

- wie is de verwijzer?
- wie is de hoofdbehandelaar?
- wat is het beroep van de hoofdbehandelaar?
- hoeveel tijd besteden de hoofdbehandelaar en de medebehandelaren aan de patiënt?

Verzekerde zorg of niet?

Een patiënt wordt geadviseerd om de polisvoorwaarden van zijn zorgverzekeraar te bekijken of een behandeling wordt vergoed of (gedeeltelijk) niet. Ook kan hij aan zijn zorgbehandelaar vragen of deze een contract heeft afgesloten met de zorgverzekeraar.

Veelgestelde vragen

Bestuurlijk akkoord

- Welke verschuivingen van patiëntenstromen worden verwacht?
- Geldt een eigen bijdrage voor de generalistische basis GGZ?

Huisartsenzorg

- Wanneer komt DSM-5 in gebruik?
- Mogen verzekeraars in de contracten voor 2015 een door de verzekeraar aangedragen screeningsinstrument verplicht stellen voor patiënten met psychische problematiek?
- Wat moet een zorgverlener doen als hij iemand terugverwijst van de generalistische basis GGZ naar de huisarts en deze is het niet met zijn beslissing eens?
- Mag ik mijn huisarts in dienst van een andere huisarts (HIDHA) een dienstverband als POH-GGZ aanbieden?
- Moet ik BTW betalen als ik mijn POH-GGZ via een detacheringsconstructie of als ZZP'er wil aantrekken?
- Wie mag ik in mijn huisartsenpraktijk consulteren?
- Verzekerbare zorg: welke stoornissen en welke activiteiten vallen buiten de curatieve GGZ en mogen deze patiënten wel in de huisartsenzorg worden behandeld?
- Een patiënt heeft zijn behandeling in een gespecialiseerde GGZ-instelling afgerond. Kan de patiënt daarna instromen in de generalistische basis GGZ?
- Een patiënt past bij het product chronisch. Wie schrijft medicatie voor en wie is medisch eindverantwoordelijk?
- Welke verschuivingen van patiëntenstromen worden verwacht?
- Hoe wordt de module POH-GGZ versterkt?
- Hoe werkt de functionalisering van de POH-GGZ in de praktijk?
- Hoe wordt bij functionalisering van de POH-GGZ de samenhang met de huisartsenzorg geborgd?
- Hoe weet een huisarts of iemand wel of niet verwezen moet worden naar de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ?
- Wat gebeurt er als de huisarts een patiënt verwijst met een vermoeden van DSM-stoornis, maar dit blijkt niet het geval?

Praktijkondersteuningsmodule GGZ (POH-GGZ)

- Mag ik mijn huisarts in dienst van een andere huisarts (HIDHA) een dienstverband als POH-GGZ aanbieden?
- Mag een POH-GGZ naast zijn functie als POH-GGZ ook in een instelling of als zelfstandige werken en mag hij ook behandelingen uitvoeren in de setting van de huisarts of gezondheidscentrum?
- Wie mag ik in mijn huisartsenpraktijk consulteren?
- Hoe wordt de module POH-GGZ versterkt?
- Hoe werkt de functionalisering van de POH-GGZ in de praktijk?

- Hoe wordt bij functionalisering van de POH-GGZ de samenhang met de huisartsenzorg geborgd?

E-health

- Hoe wordt innovatie en deelname aan preventieve e-health interventies bekostigd in het nieuwe stelsel?

Generalistische basis GGZ

- Wanneer komt DSM-5 in gebruik?
- Is het verplicht om de primaire diagnose (DSM-IV) op de factuur te vermelden voor de basis en gespecialiseerde GGZ?
- Kan iemand die in opleiding is, ook hoofdbehandelaar zijn in de generalistische basis GGZ?
- Verzekerbare zorg: welke stoornissen en welke activiteiten vallen buiten de curatieve GGZ en mogen deze patiënten wel in de huisartsenzorg worden behandeld?
- Een patiënt heeft zijn behandeling in een gespecialiseerde GGZ-instelling afgerond. Kan de patiënt daarna instromen in de generalistische basis GGZ?
- Hoe wordt in de generalistische basis GGZ omgegaan met groepsbehandeling?
- Wie mag de generalistische basis GGZ uitvoeren?
- Welke verschuivingen van patiëntenstromen worden verwacht?
- Wat is het verschil tussen de generalistische basis GGZ en eerstelijns psychologische zorg?
- Wanneer moet een patiënt in de generalistische basis GGZ behandeld worden en welke behandelingen worden er gegeven?
- Hoe weet de zorgaanbieder in de generalistische basis GGZ binnen welk zorgvraagzwaarteproduct de patiënt valt?
- Hoe zijn de vier zorgvraagzwaarteproducten samengesteld?
- Wat gebeurt er als de huisarts een patiënt verwijst met een vermoeden van DSM-stoornis, maar dit blijkt niet het geval?
- Vallen de psychotherapeuten buiten de generalistische basis GGZ of niet?
- Worden DBC's geschrapt in de tweede lijn?

Hoofdbehandelaars

- Kan iemand die in opleiding is, ook hoofdbehandelaar zijn in de generalistische basis GGZ?
- Kan ik gewoon zittingen in rekening brengen als ik zelf niet gecontracteerd ben door de verzekeraar omdat ik geen hoofdbehandelaar kan zijn?
- Wie mag de generalistische basis GGZ uitvoeren?
- Vallen de psychotherapeuten buiten de generalistische basis GGZ of niet?

Gespecialiseerde GGZ

- Wanneer komt DSM-5 in gebruik?

- Is het verplicht om de primaire diagnose (DSM-IV) op de factuur te vermelden voor de basis en gespecialiseerde GGZ?
- Verzekerbare zorg: welke stoornissen en welke activiteiten vallen buiten de curatieve GGZ en mogen deze patiënten wel in de huisartsenzorg worden behandeld?
- Een patiënt heeft zijn behandeling in een gespecialiseerde GGZ-instelling afgerond. Kan de patiënt daarna instromen in de generalistische basis GGZ?
- Wat is het verschil tussen de generalistische basis GGZ en eerstelijns psychologische zorg?
- Wanneer moet een patiënt in de generalistische basis GGZ behandeld worden en welke behandelingen worden er gegeven?
- Worden DBC's geschrapt in de tweede lijn?
- Worden er ook zorgvraagzwaartecriteria ontwikkeld in de gespecialiseerde GGZ?

Verzekeraars

- Mogen verzekeraars in de contracten voor 2015 een door de verzekeraar aangedragen screeningsinstrument verplicht stellen voor patiënten met psychische problematiek?
- Hoe werkt de zorginkoop van de generalistische basis GGZ in de praktijk?

Monitor

- Wat monitort VWS precies?

Patiënten

- Welke onderzoeken maken deel uit van de nieuwe onderzoeksagenda GGZ?
- Kan de patiënt een aanvullende verzekering aanspreken als een behandelaar naast een reguliere behandeling in de generalistische basis GGZ ook mindfulness aanbiedt?
- Kunnen in plaats van een product in de generalistische basis GGZ gewoon zittingen in rekening worden gebracht als een patiënt alles zelf wil betalen?
- Hoe wordt het Nederlandse publiek geïnformeerd over de veranderingen in de generalistische basis GGZ?
- Geldt een eigen bijdrage voor de generalistische basis GGZ?

Zorgvraagzwaarteproducten

- Hoe vaak mag een behandelaar voor een patiënt per jaar een product in de generalistische basis GGZ declareren?
- Waarom moet een zorgverlener vooraf een zorgvraagzwaarte invullen, als de factuur pas na afsluiting wordt opgesteld?
- In hoeverre is de verdeling van personeelscategorieën in het HHM-rapport bindend of is er ruimte om binnen een product te schuiven met percentages?
- Hoe weet de zorgaanbieder in de generalistische basis GGZ binnen welk zorgvraagzwaarteproduct de patiënt valt?
- Hoe zijn de vier zorgvraagzwaarteproducten samengesteld?

- Moet altijd vooraf bekend zijn in welke zorgvraagzwaartecategorie iemand valt?

Zorgaanbieders

- Welke onderzoeken maken deel uit van de nieuwe onderzoeksagenda GGZ?
- Wanneer komt DSM-5 in gebruik?
- Om welke bedragen gaat het bij het toepassen van het Macrobeheersinstrument Geneeskundige Gezondheidszorg (MBI GGZ) en wat moet ik als ZZP'er betalen?
- Door de vervanging van de gespecialiseerde GGZ naar de generalistische basis GGZ én door verschillend beleid van verzekeraars, nemen mijn administratieve lasten toe. Hoe organiseer ik dat in mijn praktijk?
- Als ik geen contract heb met een verzekeraar voor de generalistische basis GGZ, maar wel voor de gespecialiseerde GGZ, mag ik dan zorg uit de basis GGZ rekenen via de restitutieoptie van de naturapolis?
- Hoe moet een traject voor kinderen dat geheel bestaat uit diagnostiek worden gedeclareerd? (OVP of generalistische basis GGZ)?
- Kan de patiënt een aanvullende verzekering aanspreken als een behandelaar naast een reguliere behandeling in de generalistische basis GGZ ook mindfulness aanbiedt?
- Hoe vaak mag een behandelaar voor een patiënt per jaar een product in de generalistische basis GGZ declareren?
- Kunnen in plaats van een product in de generalistische basis GGZ gewoon zittingen in rekening worden gebracht als een patiënt alles zelf wil betalen?
- Kan ik gewoon zittingen in rekening brengen als ik zelf niet gecontracteerd ben door de verzekeraar omdat ik geen hoofdbehandelaar kan zijn?
- Waarom moet een zorgverlener vooraf een zorgvraagzwaarte invullen, als de factuur pas na afsluiting wordt opgesteld?
- Wat moet een zorgverlener doen als hij iemand terugverwijst van de generalistische basis GGZ naar de huisarts en deze is het niet met zijn beslissing eens?
- In hoeverre is de verdeling van personeelscategorieën in het HHM-rapport bindend of is er ruimte om binnen een product te schuiven met percentages?
- Hoe moet ik artikel 4.2 van de NR/CU-537 (instroom in de generalistische basis GGZ) interpreteren?
- Een patiënt past bij het product chronisch. Wie schrijft medicatie voor en wie is medisch eindverantwoordelijk?
- Hoe wordt in de generalistische basis GGZ omgegaan met groepsbehandeling?
- Hoe en wat moet worden geregistreerd per 2014?
- Hoe moet worden gedeclareerd?
- Hoe weet de zorgaanbieder in de generalistische basis GGZ binnen welk zorgvraagzwaarteproduct de patiënt valt?
- Hoe zijn de vier zorgvraagzwaarteproducten samengesteld?
- Hoe werkt de zorginkoop van de generalistische basis GGZ in de praktijk?
- Moet altijd vooraf bekend zijn in welke zorgvraagzwaartecategorie iemand valt?
- Wat gebeurt er als de huisarts een patiënt verwijst met een vermoeden van DSM-stoornis, maar dit blijkt niet het geval?
- Vallen de psychotherapeuten buiten de generalistische basis GGZ of niet?

Bestuurlijk akkoord

Welke verschuivingen van patiëntenstromen worden verwacht?

Er vindt een verschuiving plaats van de gespecialiseerde zorg naar de generalistische basis GGZ en naar de huisartsenzorg (met POH-GGZ). De huisarts krijgt meer mogelijkheden om patiënten adequaat te behandelen door uitbreiding van de module POH-GGZ.

In het Bestuurlijk Akkoord GGZ is overeengekomen dat minimaal 20% van de patiënten die op dit moment in de huidige tweedelijns GGZ worden behandeld, patiënten zijn met lichte en milde problematiek. Deze patiënten worden vanaf 2014 in de generalistische basis GGZ behandeld. Ook zwaardere problematiek kan in de generalistische basis GGZ worden behandeld dan - gemiddeld gezien – op dit moment gebeurt in de eerstelijns psychologische zorg. Daarmee kan een deel van de patiënten uit de huidige tweedelijns GGZ in de toekomst in de generalistische basis GGZ worden behandeld. Ook stabiele chronische problematiek in de generalistische basis GGZ: in stabiele situaties kan een patiënt vanuit de FACT-teams worden overgedragen aan de huisarts of de generalistische basis GGZ. In geval van crisis moet meteen worden opgeschaald naar de gespecialiseerde GGZ.

Geldt een eigen bijdrage voor de generalistische basis GGZ?

Nee, er geldt geen eigen bijdrage voor de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ.

Wel geldt het verplichte eigen risico. Een patiënt moet er rekening houden dat de tarieven die zorgaanbieders declareren, hoger zijn dan het eigen risico. Daardoor wordt het eigen risico volledig opgemaakt.

Huisartsenzorg

Wanneer komt DSM-5 in gebruik?

Vanaf 1 januari 2017 duidt en legt het Zorginstituut de verzekerde aanspraken geneeskundige GGZ uit op grond van de DSM-5.

De DSM-5 wordt daarmee ook leidend voor de klinische praktijk. Om de impact in de bekostiging tot een absoluut minimum te beperken, worden de DSM-5-classificaties via een conversietabel 'vertaald' in DSM-IV-classificaties. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voert overleg met de auteursrechthebbers om te komen tot een passende licentie hiervoor.

Samengevat, behandelaren werken vanaf 1 januari 2017 in de klinische praktijk met DSM-5, maar maken voor de bekostiging nog gebruik van DSM-IV. Zie voor meer informatie:

[kamerbrieven \(april 2016\)](#)

Mogen verzekeraars in de contracten voor 2015 een door de verzekeraar aangedragen screeningsinstrument verplicht stellen voor patiënten met psychische problematiek?

Het is mogelijk dat zorgverzekeraars in de contractering randvoorwaarden stellen voordat zij tot contractering of financiering overgaan. In dit concrete geval gaat het om gebruik van screeningsinstrumenten, die doorgaans door de huisarts (of zijn praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ)) gebruikt worden bij het bepalen van de mate van ernst en aard van de psychische klachten die zich in de huisartsenpraktijk aandienen. Met een dergelijk screeningsinstrument wordt de huisartsenpraktijk gefaciliteerd om beter te kunnen inspelen op problemen die er zijn op het gebied van psychische problematiek. Er zijn verschillende screeningsinstrumenten ontwikkeld en in gebruik.

Een screeningsinstrument is een hulpmiddel om tot verwijzing te komen. Het treedt niet in de plaats van de verwijzing, evenmin bepaalt het de verwijzing. Het is dus geen vereiste dat het advies op basis van dit instrument, over de best passende zorg, per definitie wordt gevolgd. Het instrument ondersteunt de klinische blik van de zorgprofessional en stelt ook specifiek een aantal vragen over het beeld dat de professional van de patiënt heeft. Die informatie leidt samen met de informatie over klachten en relevante persoonlijke omstandigheden tot een advies.

Het is altijd aan de zorgprofessional om, op basis van de eigen klinische blik, te besluiten het advies van het screeningsinstrument wel of niet op te volgen. Door aanlevering van de al dan niet gevolgde screeningsuitkomst bij de declaratie werken zorginstellingen transparant en kan inzicht in praktijkvariatie gepast gebruik bevorderen.

Zie voor meer informatie: [kamerbrief en antwoorden van 13/10/2015](#)

Wat moet een zorgverlener doen als hij iemand terugverwijst van de generalistische basis GGZ naar de huisarts en deze is het niet met zijn beslissing eens?

Het advies is om daarover met de huisarts in gesprek te gaan. Het is vervolgens aan de huisarts om een andere oplossing of hulpverlener te vinden, of de patiënt zelf verder te helpen. De huisarts is op dat moment weer verantwoordelijk voor de patiënt.

Mag ik mijn huisarts in dienst van een andere huisarts (HIDHA) een dienstverband als POH-GGZ aanbieden?

Ja, dat mag indien hierover afspraken zijn gemaakt met de verzekeraar en er ook adequaat door de HIDHA invulling gegeven kan worden aan de functie POH-GGZ.

De prestaties POH-GGZ mogen niet in rekening worden gebracht voor zorg die niet voldoet aan de prestatiebeschrijving POH-GGZ. Die prestatiebeschrijving luidt: zorginhoudelijke

ondersteuning van de huisartsenzorg aan patiënten met klachten van (mogelijk) psychische, psychosociale of psychosomatische aard.

Moet ik BTW betalen als ik mijn POH-GGZ via een detachingsconstructie of als ZZP'er wil aantrekken?

Bij detachering geldt als hoofdregel dat dit een prestatie met BTW is. De opdrachtnemer brengt dus BTW in rekening bij de opdrachtgever en draagt deze af aan de Belastingdienst. Alleen in zeer specifieke gevallen kan sprake zijn van een vrijstelling.

Bij reguliere detachering of inzet van een ZZP'er is er dus geen sprake van een BTW-vrijstelling en moet BTW in rekening worden gebracht en afgedragen.

In gevallen waarin de POH-GGZ in dienst is van de huisarts zelf, verricht deze met hulp van zijn personeel zijn medische diensten voor de patiënten. Die diensten zijn vrijgesteld van BTW, voor zover daarbij sprake is van de medische verzorging van de mens.

Als de POH-GGZ niet bij de huisarts in dienst is, maar bijvoorbeeld een GGZ-instelling of werkzaam is als ZZP'er, dan is er sprake van een extra rechtsverhouding, namelijk een uitleen/detachering van de GGZ-instelling aan de huisarts. Deze rechtsverhouding tussen de huisarts en degene bij wie het ondersteunende personeel (formeel) in dienst is, is niet een medische maar een uitleenprestatie die aan de heffing van BTW is onderworpen.

Over de BTW bij POH's is door de minister van VWS samen met de staatssecretaris van Financiën [een brief aan de Tweede Kamer gezonden](#). In deze brief is in hoofdstuk 4 een aantal mogelijkheden opgenomen om zonder BTW personeel uit te lenen, onder andere als aan de voorwaarden voor structurele uitleen wordt voldaan. Of van een uitzondering gebruik kan worden gemaakt, is sterk afhankelijk van de concrete situatie. Geadviseerd wordt hierover altijd uw eigen belastingadviseur te raadplegen.

Wie mag ik in mijn huisartsenpraktijk consulteren?

U mag bijvoorbeeld een psychiater, psychotherapeut, (GZ-)psycholoog, kaderarts GGZ, klinisch psycholoog, (eerstelijns) gezondheidszorgpsycholoog, maatschappelijk werker, verslavingsarts of verpleegkundig specialist consulteren.

Verzekerbare zorg: welke stoornissen en welke activiteiten vallen buiten de curatieve GGZ en mogen deze patiënten wel in de huisartsenzorg worden behandeld?

In Nederland is de GGZ gekoppeld aan het DSM-IV classificatiemodel. Niet alle DSM-stoornissen vallen [onder verzekerde zorg](#). [Het Zorginstituut](#) (voormalig CVZ) heeft in deelrapport 2 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg een nadere duiding gedaan over welke zorg is verzekerd en vanuit welk kader de zorg dient te worden gefinancierd. Voor de

GGZ geldt dat aanpassingsstoornissen sinds 2012 geen verzekerde zorg meer zijn. De geïndiceerde preventie van depressie, paniekstoornis en problematisch alcoholgebruik valt buiten de verzekerde curatieve GGZ, maar mag wel door de huisarts of praktijkondersteuner GGZ worden behandeld.

Een patiënt heeft zijn behandeling in een gespecialiseerde GGZ-instelling afgerond. Kan de patiënt daarna instromen in de generalistische basis GGZ?

Als de behandeling is afgerond, maar de patiënt heeft opnieuw klachten dan moet hij zich melden bij de huisarts. Die bepaalt of er sprake is van GGZ-problematiek en waar de benodigde zorg wordt geleverd. Dat kan zijn in de huisartsenzorg, in de generalistische basis GGZ of in de gespecialiseerde GGZ. Binnen de generalistische GGZ kunnen hiervoor alle producten in aanmerking komen afhankelijk van de vraag van de patiënt (zorgvraagzwaarte).

Een patiënt past bij het product chronisch. Wie schrijft medicatie voor en wie is medisch eindverantwoordelijk?

De behandelaar in de generalistische basis GGZ, de huisarts of de psychiater kunnen medicatie voorschrijven. Ook kunnen ze allen medisch eindverantwoordelijk zijn. Alle combinaties zijn dus mogelijk.

Allereerst gaat het om de patiënt en het netwerk. Wat wil en kan de patiënt aan? Als er een goed eerstelijnszorgnetwerk is, kan de huisarts de medicatie doen. Hij kan zo nodig overleg plegen met de psychiater en de verpleegkundig specialist en kan in de gaten houden of het goed gaat en bij terugval of een psychiater consulteren of naar de gespecialiseerde GGZ verwijzen.

In de zorg is de ene behandelaar nooit verantwoordelijk voor het handelen van de andere behandelaar. Elke behandelaar is verantwoordelijk voor wat hij zelf doet. Een BIG-geregistreerde is altijd zelf tuchtrechtelijk aanspreekbaar voor het eigen handelen. De hoofdbehandelaar is wel aanspreekbaar op de 8 taken.

De hoofdbehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en de bekwaamheid van de medebehandelaar die hij inschakelt en toetst of de activiteiten van de anderen bijdragen aan de behandeling van de patiënt en passen binnen het door de hoofdbehandelaar vastgestelde behandelplan. Daarvoor is hij verantwoordelijk.

Per 2017 wordt het [Kwaliteitsstatuut](#) van kracht, en komt het regiebehandelaarschap in de plaats van het hoofdbehandelaarschap.

Welke verschuivingen van patiëntenstromen worden verwacht?

Er vindt een verschuiving plaats van de gespecialiseerde zorg naar de generalistische basis GGZ en naar de huisartsenzorg (met POH-GGZ). De huisarts krijgt meer mogelijkheden om patiënten adequaat te behandelen door uitbreiding van de module POH-GGZ.

In het Bestuurlijk Akkoord GGZ is overeengekomen dat minimaal 20% van de patiënten die op dit moment in de huidige tweedelijns GGZ worden behandeld, patiënten zijn met lichte en milde problematiek. Deze patiënten worden vanaf 2014 in de generalistische basis GGZ behandeld. Ook zwaardere problematiek kan in de generalistische basis GGZ worden behandeld dan - gemiddeld gezien – op dit moment gebeurt in de eerstelijns psychologische zorg. Daarmee kan een deel van de patiënten uit de huidige tweedelijns GGZ in de toekomst in de generalistische basis GGZ worden behandeld. Ook stabiele chronische problematiek in de generalistische basis GGZ: in stabiele situaties kan een patiënt vanuit de FACT-teams worden overgedragen aan de huisarts of de generalistische basis GGZ. In geval van crisis moet meteen worden opgeschaald naar de gespecialiseerde GGZ.

Hoe wordt de module POH-GGZ versterkt?

In het nieuwe GGZ-stelsel heeft de huisartsenzorg een nog belangrijkere rol dan voorheen. De huisarts treedt op als onafhankelijk poortwachter, stimuleert patiënten met psychische problemen tot zelfzorg en voorkomt dat de problemen verergeren en zich ontwikkelen tot een stoornis. De huisarts biedt begeleiding aan patiënten met stabiele chronische problematiek die instromen vanuit de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Voor adequate uitvoering van deze taken is de afgelopen jaren extra geld beschikbaar gesteld voor de inzet van een praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ), het aanbieden van e-health modules en het consulteren van GGZ-professionals. Ook is er een verwijzingsmodel op hoofdlijnen ontwikkeld dat de huisarts ondersteunt bij het verwijzen naar het juiste behandelchelon.

Stand van zaken: versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk is volop in gang

> [Rapport Versterking van GGZ in huisartsenpraktijk](#)

Bovenstaande rapportage laat een inventarisatie van lopende initiatieven zien die volop in beweging zijn gekomen in aanloop naar de invoering van het nieuwe GGZ-stelsel. In de huisartsenzorg zijn zorggroepen en samenwerkende gezondheidscentra bezig met de ontwikkeling van zorgprogramma's om de GGZ in de huisartsenpraktijk te versterken. Vier zorgprogramma's (van de zorggroepen/gezondheidscentra PoZoB, DOH, SGE en Zio) zijn nader bekeken en omvatten allen de inzet van praktijkondersteuners, het standaard gebruik van bestaande screeningsinstrumenten en de mogelijkheid van psychiatrische consultatie; drie zorgprogramma's bieden ook e-health modules. De zorgprogramma's geven niet alleen invulling aan de huisartsenzorg, maar ook aan de generalistische basis-GGZ.

Hoe werkt de functionalisering van de POH-GGZ in de praktijk?

Door het functioneel maken van de module POH-GGZ kunnen ook andere zorgaanbieders (in brede zin) deze module contracteren en organiseren. De voorwaarde is dat deze zorg in de huisartsenpraktijk onder verantwoordelijkheid van de huisarts blijft aangeboden. Hiermee blijft ook de relatie tussen psyche en somatiek geborgd. De huidige opslag wordt daarom omgevormd tot een opzichzelfstaande prestatie: het 'inschrijftarief module POH-GGZ'. Dit betekent dat de huisarts de organisatie van deze zorg aan andere zorgaanbieders kan overlaten, maar wel inhoudelijk verantwoordelijk is voor deze functie. De huisarts blijft dus eindverantwoordelijk voor de patiënt. De huisarts verwijst ook de patiënt naar de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ, indien nodig. De POH-GGZ is niet bevoegd om te verwijzen. Tussen hoofdcontractant, huisarts en de verzekeraar moeten afspraken worden gemaakt over de werkzaamheden en de geldstromen.

[Advies bekostiging POH GGZ.pdf](#)

Hoe wordt bij functionalisering van de POH-GGZ de samenhang met de huisartsenzorg geborgd?

De samenhang met de huisartsenzorg wordt onder andere geborgd, doordat de functie POH-GGZ ook vanaf 2014 onder verantwoordelijkheid van de huisarts blijft vallen. Er vindt op dit vlak dan ook geen wijziging plaats ten opzichte van eerdere jaren. Dus ook al organiseert een andere zorgaanbieder dan de huisarts de zorg in de huisartsenpraktijk, de zorg blijft onder de verantwoordelijkheid van de huisarts vallen. De borging met de huisartsenzorg wordt door de volgende andere punten versterkt:

- de functie POH-GGZ valt onder de aanspraak huisartsenzorg en betreft daarmee zorg die een huisarts pleegt te bieden;
- de functie POH-GGZ kan alleen tot stand komen als verzekeraar, huisarts en de zorgaanbieder van de POH-GGZ met elkaar een afspraak hebben gemaakt;
- de inzet van de functie POH-GGZ vindt plaats op initiatief van de huisarts;
- de POH-GGZ-functionaris geeft een terugkoppeling aan de huisarts en schakelt deze direct in bij alarmsignalen;
- bij eventuele doorverwijzing moet de huisarts hiermee formeel instemmen.

Hoe weet een huisarts of iemand wel of niet verwezen moet worden naar de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ?

Het inschatten van de ernst en aard van de klachten van een patiënt, is het vak van de huisarts. Om adequaat te kunnen verwijzen, maakt de huisarts gebruik van de NHG-standaarden en -richtlijnen. Daarnaast kan de huisarts gebruik maken van een verwijzingsmodel dat – in opdracht van VWS - is ontwikkeld door het bureau HHM. In bijeenkomsten met experts zijn vijf objectieve criteria opgesteld voor een verwijzingsmodel voor de huisarts. Deze criteria hebben tevens als basis gediend voor de vormgeving van de generalistische basis

GGZ. U kunt de nadere informatie daarover vinden in het [rapport van HHM 'generalistische basis GGZ'](#).

Als binnen de huisartsenzorg de patiënt niet kan worden geholpen, dan wordt de patiënt doorverwezen naar de generalistische basis GGZ (voor patiënten met lichte en matige problematiek) of de gespecialiseerde GGZ (voor patiënten met (zeer) complexe aandoeningen).

Wat gebeurt er als de huisarts een patiënt verwijst met een vermoeden van DSM-stoornis, maar dit blijkt niet het geval?

De huisarts heeft de mogelijkheid om via de module POH-GGZ een psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog, (eerstelijns) GZ-psycholoog of een verpleegkundig specialist GGZ te consulteren. Ze kunnen dan overleggen over patiënten die naar de huisarts komen met psychische problematiek.

Hiermee wordt de huisarts zoveel mogelijk ondersteund in de behandeling of eventuele verwijzing van mensen met psychische problematiek.

Vermoedt de huisarts een DSM-stoornis en kan hij niet zelf de patiënt behandelen, dan zal de huisarts doorverwijzen naar de generalistische basis GGZ.

Blijkt tijdens de diagnostiek / behandeling in de generalistische basis GGZ dat er toch geen sprake is van een DSM-stoornis, dan wordt de behandeling stopgezet.

Eventueel wordt de patiënt terugverwezen naar de huisarts of een andere hulpverlener zoals de maatschappelijk werker.

De zorg die wel is verleend voor de patiënt, valt gewoon onder de verzekerde zorg, mits herkenbaar is op de declaratie dat dit traject bewandeld is. Hiervoor heeft de NZa de prestatie Onvolledig Behandeltraject vastgesteld.

Praktijkondersteuningsmodule GGZ (POH-GGZ)

Mag ik mijn huisarts in dienst van een andere huisarts (HIDHA) een dienstverband als POH-GGZ aanbieden?

Ja, dat mag indien hierover afspraken zijn gemaakt met de verzekeraar en er ook adequaat door de HIDHA invulling gegeven kan worden aan de functie POH-GGZ.

De prestaties POH-GGZ mogen niet in rekening worden gebracht voor zorg die niet voldoet aan de prestatiebeschrijving POH-GGZ. Die prestatiebeschrijving luidt: zorginhoudelijke ondersteuning van de huisartsenzorg aan patiënten met klachten van (mogelijk) psychische, psychosociale of psychosomatische aard.

Mag een POH-GGZ naast zijn functie als POH-GGZ ook in een instelling of als zelfstandige werken en mag hij ook behandelingen uitvoeren in de setting van de huisarts of gezondheidscentrum?

Als de POH-GGZ daarover met zijn werkgever goede afspraken maakt, over de goede behandelcompetenties beschikt en hij ook met de verzekeraar goede afspraken heeft gemaakt, is er verder geen regelgeving die dat belemmert.

Wie mag ik in mijn huisartsenpraktijk consulteren?

U mag bijvoorbeeld een psychiater, psychotherapeut, (GZ-)psycholoog, kaderarts GGZ, klinisch psycholoog, (eerstelijns) gezondheidszorgpsycholoog, maatschappelijk werker, verslavingsarts of verpleegkundig specialist consulteren.

Hoe wordt de module POH-GGZ versterkt?

In het nieuwe GGZ-stelsel heeft de huisartsenzorg een nog belangrijkere rol dan voorheen. De huisarts treedt op als onafhankelijk poortwachter, stimuleert patiënten met psychische problemen tot zelfzorg en voorkomt dat de problemen verergeren en zich ontwikkelen tot een stoornis. De huisarts biedt begeleiding aan patiënten met stabiele chronische problematiek die instromen vanuit de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Voor adequate uitvoering van deze taken is de afgelopen jaren extra geld beschikbaar gesteld voor de inzet van een praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ), het aanbieden van e-health modules en het consulteren van GGZ-professionals. Ook is er een verwijzingsmodel op hoofdlijnen ontwikkeld dat de huisarts ondersteunt bij het verwijzen naar het juiste behandelchelon.

Stand van zaken: versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk is volop in gang

> [Rapport Versterking van GGZ in huisartsenpraktijk](#)

Bovenstaande rapportage laat een inventarisatie van lopende initiatieven zien die volop in beweging zijn gekomen in aanloop naar de invoering van het nieuwe GGZ-stelsel. In de huisartsenzorg zijn zorggroepen en samenwerkende gezondheidscentra bezig met de ontwikkeling van zorgprogramma's om de GGZ in de huisartsenpraktijk te versterken. Vier zorgprogramma's (van de zorggroepen/gezondheidscentra PoZoB, DOH, SGE en Zio) zijn nader bekeken en omvatten allen de inzet van praktijkondersteuners, het standaard gebruik van bestaande screeningsinstrumenten en de mogelijkheid van psychiatrische consultatie; drie zorgprogramma's bieden ook e-health modules. De zorgprogramma's geven niet alleen invulling aan de huisartsenzorg, maar ook aan de generalistische basis-GGZ.

Hoe werkt de functionalisering van de POH-GGZ in de praktijk?

Door het functioneel maken van de module POH-GGZ kunnen ook andere zorgaanbieders (in brede zin) deze module contracteren en organiseren. De voorwaarde is dat deze zorg in de huisartsenpraktijk onder verantwoordelijkheid van de huisarts blijft aangeboden. Hiermee blijft ook de relatie tussen psyche en somatiek geborgd. De huidige opslag wordt daarom omgevormd tot een opzichzelfstaande prestatie: het 'inschrijftarief module POH-GGZ'. Dit betekent dat de huisarts de organisatie van deze zorg aan andere zorgaanbieders kan overlaten, maar wel inhoudelijk verantwoordelijk is voor deze functie. De huisarts blijft dus eindverantwoordelijk voor de patiënt. De huisarts verwijst ook de patiënt naar de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ, indien nodig. De POH-GGZ is niet bevoegd om te verwijzen. Tussen hoofdcontractant, huisarts en de verzekeraar moeten afspraken worden gemaakt over de werkzaamheden en de geldstromen.

[Advies bekostiging POH GGZ.pdf](#)

Hoe wordt bij functionalisering van de POH-GGZ de samenhang met de huisartsenzorg geborgd?

De samenhang met de huisartsenzorg wordt onder andere geborgd, doordat de functie POH-GGZ ook vanaf 2014 onder verantwoordelijkheid van de huisarts blijft vallen. Er vindt op dit vlak dan ook geen wijziging plaats ten opzichte van eerdere jaren. Dus ook al organiseert een andere zorgaanbieder dan de huisarts de zorg in de huisartsenpraktijk, de zorg blijft onder de verantwoordelijkheid van de huisarts vallen. De borging met de huisartsenzorg wordt door de volgende andere punten versterkt:

- de functie POH-GGZ valt onder de aanspraak huisartsenzorg en betreft daarmee zorg die een huisarts pleegt te bieden;
- de functie POH-GGZ kan alleen tot stand komen als verzekeraar, huisarts en de zorgaanbieder van de POH-GGZ met elkaar een afspraak hebben gemaakt;
- de inzet van de functie POH-GGZ vindt plaats op initiatief van de huisarts;
- de POH-GGZ-functionaris geeft een terugkoppeling aan de huisarts en schakelt deze direct in bij alarmsignalen;
- bij eventuele doorverwijzing moet de huisarts hiermee formeel instemmen.

E-health

Hoe wordt innovatie en deelname aan preventieve e-health interventies bekostigd in het nieuwe stelsel?

De inzet van preventieve e-health in de huisartsenpraktijk wordt bekostigd binnen de module POH-GGZ.

Daarnaast zijn er binnen de producten van de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ ook mogelijkheden om afspraken te maken over e-health met de verzekeraar.

Generalistische basis GGZ

Wanneer komt DSM-5 in gebruik?

Vanaf 1 januari 2017 duidt en legt het Zorginstituut de verzekerde aanspraken geneeskundige GGZ uit op grond van de DSM-5.

De DSM-5 wordt daarmee ook leidend voor de klinische praktijk. Om de impact in de bekostiging tot een absoluut minimum te beperken, worden de DSM-5-classificaties via een conversietabel 'vertaald' in DSM-IV-classificaties. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voert overleg met de auteursrechthebbers om te komen tot een passende licentie hiervoor.

Samengevat, behandelaren werken vanaf 1 januari 2017 in de klinische praktijk met DSM-5, maar maken voor de bekostiging nog gebruik van DSM-IV. Zie voor meer informatie: [kamerbrieven \(april 2016\)](#)

Is het verplicht om de primaire diagnose (DSM-IV) op de factuur te vermelden voor de basis en gespecialiseerde GGZ?

Die verplichting geldt alleen voor de gespecialiseerde GGZ, vanwege de aard van de bekostiging (de DBC is gekoppeld aan de diagnose). Het vermelden van een vorm van diagnose-informatie op de declaratie is belangrijk voor patiënten, omdat alleen zo inzichtelijk is waarvoor een zorgaanbieder declareert. Zo weten patiënten en verzekeraars welke zorg zij voor welke prijs geleverd krijgen en kunnen zij dit controleren. Het College voor Bescherming Persoonsgegevens (CBP) heeft bij de invoering van het DBC-systeem in 2008 geoordeeld dat de verplichte vermelding in overeenstemming is met de Wet bescherming persoonsgegevens. De bekostigingsproducten van de basis GGZ staan los van de diagnose en zijn dus zonder diagnose-informatie te controleren, daarom geldt deze verplichting niet voor de basis GGZ.

Kan iemand die in opleiding is, ook hoofdbehandelaar zijn in de generalistische basis GGZ?

Nee. Een hoofdbehandelaar moet BIG geregistreerd zijn. Iemand die in opleiding is, moet werken onder supervisie van een hoofdbehandelaar die BIG geregistreerd is.

Verzekerbare zorg: welke stoornissen en welke activiteiten vallen buiten de curatieve GGZ en mogen deze patiënten wel in de huisartsenzorg worden behandeld?

In Nederland is de GGZ gekoppeld aan het DSM-IV classificatiemodel. Niet alle DSM-stoornissen vallen [onder verzekerde zorg](#). [Het Zorginstituut](#) (voormalig CVZ) heeft in deelrapport 2 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg een nadere duiding gedaan over welke zorg is verzekerd en vanuit welk kader de zorg dient te worden gefinancierd. Voor de GGZ geldt dat aanpassingsstoornissen sinds 2012 geen verzekerde zorg meer zijn. De geïndiceerde preventie van depressie, paniekstoornis en problematisch alcoholgebruik valt buiten de verzekerde curatieve GGZ, maar mag wel door de huisarts of praktijkondersteuner GGZ worden behandeld.

Een patiënt heeft zijn behandeling in een gespecialiseerde GGZ-instelling afgerond. Kan de patiënt daarna instromen in de generalistische basis GGZ?

Als de behandeling is afgerond, maar de patiënt heeft opnieuw klachten dan moet hij zich melden bij de huisarts. Die bepaalt of er sprake is van GGZ-problematiek en waar de benodigde zorg wordt geleverd. Dat kan zijn in de huisartsenzorg, in de generalistische basis GGZ of in de gespecialiseerde GGZ. Binnen de generalistische GGZ kunnen hiervoor alle producten in aanmerking komen afhankelijk van de vraag van de patiënt (zorgvraagwaarte).

Hoe wordt in de generalistische basis GGZ omgegaan met groepsbehandeling?

Zie hiervoor pagina 3 en 4 (voetnoot) van de nadere regel bGGZ over patiënt in de groep: *“Indien sprake is van een groepsessie wordt de bestede tijd gedeeld door het aantal aanwezige patiënten”*. Samenstelling, prijs en verdere onderhandelingsaspecten worden aan lokaal overleg overgelaten.

Wie mag de generalistische basis GGZ uitvoeren?

Er mag worden gedeclareerd als er betrokkenheid is van een hoofdbehandelaar bij de behandeling. Orthopedagoog-generalisten en kinder- en jeugdpsychologen mogen tot aan de overgang van de Jeugd GGZ naar gemeenten ook hoofdbehandelaar zijn in de generalistische basis GGZ.

De verzekeraar is krachtens de Zorgverzekeringswet bevoegd om nadere afwegingen te maken (ten aanzien van de invulling van het hoofdbehandelaarschap) vanuit kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg en kan beperkingen aanbrengen die worden vastgelegd in de contracten met zorgaanbieders of in de polisvoorwaarden.

In het onderhandelaarsresultaat [GGZ 2014-2017](#) staat dat verzekeraars mogen afwijken van de lijn van de minister, indien de regionale situatie (bijvoorbeeld met betrekking tot aantoonbare kwaliteit, toegankelijkheid, aanwezigheid van deskundigheid) daartoe aanleiding geeft. De polisvoorwaarden zijn leidend bij de restitutievergoeding. In geval van naturapolissen kan in voorkomende gevallen afgeweken worden van de condities in de polisvoorwaarden, indien hierover nadere afspraken worden gemaakt in de contracten met zorgaanbieders.

Er zijn geen beperkende regels over het medebehandelaarschap, tenzij de verzekeraar daartoe beperkingen heeft opgelegd in zijn polisvoorwaarden of contracten met zorgaanbieders. Voor dat laatste kan gedacht worden aan een inperking van de zogenaamde verlengde arm constructie. Hiermee kan vanuit kwaliteitsoverwegingen een minimale inzet van de hoofdbehandelaar in de behandeling worden geborgd.

De hoofdbehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van de medebehandelaars in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor zij verantwoordelijk zijn.

Per 2017 wordt het [Kwaliteitsstatuut](#) van kracht, en komt het regiebehandelaarschap in de plaats van het hoofdbehandelaarschap.

Welke verschuivingen van patiëntenstromen worden verwacht?

Er vindt een verschuiving plaats van de gespecialiseerde zorg naar de generalistische basis GGZ en naar de huisartsenzorg (met POH-GGZ). De huisarts krijgt meer mogelijkheden om patiënten adequaat te behandelen door uitbreiding van de module POH-GGZ.

In het Bestuurlijk Akkoord GGZ is overeengekomen dat minimaal 20% van de patiënten die op dit moment in de huidige tweedelijns GGZ worden behandeld, patiënten zijn met lichte en milde problematiek. Deze patiënten worden vanaf 2014 in de generalistische basis GGZ behandeld. Ook zwaardere problematiek kan in de generalistische basis GGZ worden behandeld dan - gemiddeld gezien – op dit moment gebeurt in de eerstelijns psychologische zorg. Daarmee kan een deel van de patiënten uit de huidige tweedelijns GGZ in de toekomst in de generalistische basis GGZ worden behandeld. Ook stabiele chronische problematiek in de generalistische basis GGZ: in stabiele situaties kan een patiënt vanuit de FACT-teams worden overgedragen aan de huisarts of de generalistische basis GGZ. In geval van crisis moet meteen worden opgeschaald naar de gespecialiseerde GGZ.

Wat is het verschil tussen de generalistische basis GGZ en eerstelijns psychologische zorg?

De eerstelijns psychologische zorg is onderdeel geworden van de generalistische basis GGZ. De vijf zittingen eerstelijns psychologische zorg en de eigen bijdrage die hiervoor gold, is daarmee per 2014 komen te vervallen. Ook is een deel van de populatie uit de huidige

tweedelijns GGZ (waarvoor op dit moment DBC's worden gedeclareerd) onderdeel geworden van de generalistische basis GGZ.

De zorgvraagzwaarteproducten die zijn ontwikkeld voor de generalistische basis GGZ bieden dan ook de mogelijkheid om zorg aan te bieden voor patiënten met zwaardere psychische problematiek dan in de huidige eerstelijns psychologische zorg gemiddeld gezien wordt geboden. De [objectieve criteria](#) die zijn ontwikkeld, kunnen de zorgaanbieders in de generalistische basis GGZ helpen bij het vaststellen van de zorgvraagzwaarte van de patiënt. Om deze zorg adequaat te kunnen aanbieden in de generalistische basis GGZ, zal het bij sommige patiënten nodig zijn om binnen het ingezette behandeltraject in de generalistische basis GGZ ook consultatie of behandeling door de gespecialiseerde GGZ in te zetten.

Wanneer moet een patiënt in de generalistische basis GGZ behandeld worden en welke behandelingen worden er gegeven?

De generalistische basis GGZ is alleen via de huisarts, jeugdarts, bedrijfsarts of medisch specialist toegankelijk. Verzekeraars nemen dit op in hun polissen. Alleen als er sprake is van een (vermoeden van een) DSM-stoornis mag de patiënt behandeld worden in de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ.

Als 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.

Sinds 2014 kunnen de vier zorgvraagzwaarteproducten die ontwikkeld zijn voor de generalistische basis GGZ, worden gedeclareerd. Op basis van de opgestelde objectieve criteria ([DSM-stoornis, ernst problematiek, risico, complexiteit, beloop klachten](#)) kan worden bezien of een patiënt binnen één van deze integrale producten van de generalistische basis GGZ kan worden behandeld. Binnen deze integrale prestaties wordt de ruimte geboden om een adequate behandeling in te zetten, afhankelijk van de zorgvraagzwaarte van de patiënt. Dit kunnen ook e-health behandelingen zijn of de consultatie of behandeling van een psychiater. Deze behandelingen moet wel passen binnen de aanspraak van de Zorgverzekeringswet.

Hoe weet de zorgaanbieder in de generalistische basis GGZ binnen welk zorgvraagzwaarteproduct de patiënt valt?

Voor de generalistische basis GGZ worden vier producten onderscheiden: (1) kort, (2) middel, (3) intensief of (4) chronisch.

Op basis van vijf objectieve criteria (DSM-stoornis, ernst problematiek, risico, complexiteit, beloop klachten) kan worden bekeken welk product het beste past bij de zorgvraag van de patiënt. Het zorgvraagzwaarteproduct is daarmee een combinatie van diverse zorgvraagzwaartecriteria. Dit betekent dat het zorgvraagzwaarteproduct niet alleen iets zegt over de ernst van de stoornis, maar ook over de mate van score op alle vijf de criteria. Aan de hand van de gestelde objectieve criteria kan worden bezien welk product volstaat om de

patiënt adequaat te behandelen. U kunt de gedetailleerde informatie vinden in [het rapport van HHM over generalistische basis GGZ](#).

Hoe zijn de vier zorgvraagzwaarteproducten samengesteld?

De vier zorgvraagzwaarteproducten die zijn ontwikkeld, vormen integrale producten per patiënt. Dit betekent dat verschillende behandelcomponenten kunnen worden aangeboden binnen het integrale product, alsmede dat desgewenst verschillende deskundigheden kunnen worden ingezet in het behandeltraject. Behandelcomponenten zijn bijvoorbeeld:

- zorggerelateerde preventie
- e-health behandeling
- consultatie en/of gedeeltelijke behandeling door de gespecialiseerde GGZ

Deze componenten worden niet meer afzonderlijk bekostigd in de toekomst, maar via vier integrale tarieven voor de producten 'kort, middel, intensief of chronisch'. Aan de hand van de gestelde objectieve criteria kan worden gezien welk product volstaat om de patiënt adequaat te behandelen.

De NZa heeft een maximumtarief per zorgvraagzwaarteproduct vastgesteld. Binnen dit maximumtarief spreken verzekeraars en zorgaanbieders voor elk product een prijs af. Het is aan de zorgaanbieders zelf om binnen de bestaande regelgeving (Zorgverzekeringswet, Wet BIG, Wmg, enzovoort) te innoveren op het zorgproces en te bepalen welk behandelplan past bij welke patiënt. In het rapport van HHM worden de verschillende behandelcomponenten / behandel mogelijkheden weergegeven. Dit dient ter indicatie voor het veld om in de toekomst mee te werken. Dit geldt ook voor het 'verwijsmodel van de huisarts'. Het idee is dat het een lerend systeem wordt, dat de komende jaren nog verder kan worden verfijnd en doorontwikkeld. Hiervoor is een monitor opgezet.

Wat gebeurt er als de huisarts een patiënt verwijst met een vermoeden van DSM-stoornis, maar dit blijkt niet het geval?

De huisarts heeft de mogelijkheid om via de module POH-GGZ een psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog, (eerstelijns) GZ-psycholoog of een verpleegkundig specialist GGZ te consulteren. Ze kunnen dan overleggen over patiënten die naar de huisarts komen met psychische problematiek.

Hiermee wordt de huisarts zoveel mogelijk ondersteund in de behandeling of eventuele verwijzing van mensen met psychische problematiek.

Vermoedt de huisarts een DSM-stoornis en kan hij niet zelf de patiënt behandelen, dan zal de huisarts doorverwijzen naar de generalistische basis GGZ.

Blijkt tijdens de diagnostiek / behandeling in de generalistische basis GGZ dat er toch geen sprake is van een DSM-stoornis, dan wordt de behandeling stopgezet.

Eventueel wordt de patiënt terugverwezen naar de huisarts of een andere hulpverlener zoals de maatschappelijk werker.

De zorg die wel is verleend voor de patiënt, valt gewoon onder de verzekerde zorg, mits herkenbaar is op de declaratie dat dit traject bewandeld is. Hiervoor heeft de NZa de prestatie Onvolledig Behandeltraject vastgesteld.

Vallen de psychotherapeuten buiten de generalistische basis GGZ of niet?

Dat is afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt die door de psychotherapeut wordt behandeld.

Als de zorgvraag van de patiënt die door de psychotherapeut wordt behandeld binnen de objectieve criteria past die zijn ontwikkeld voor de generalistische basis GGZ, zal de psychotherapeut een zorgzwaarteproduct en bijbehorend tarief van de generalistische basis GGZ moeten declareren voor die patiënt. Psychotherapeuten, ook vrijgevestigden, kunnen hoofdbehandelaar zijn in de generalistische basis GGZ.

Bij complexe problematiek kan er een DBC worden gedeclareerd. De DBC moet getypeerd worden door de hoofdbehandelaar. Psychotherapeuten, ook vrijgevestigden, kunnen hoofdbehandelaar zijn in de gespecialiseerde GGZ.

Per 2017 wordt het [Kwaliteitsstatuut](#) van kracht, en komt het regiebehandelaarschap in de plaats van het hoofdbehandelaarschap.

Worden DBC's geschrapt in de tweede lijn?

Nee. De verzekeraar zal minder DBC's moeten inkopen bij de gespecialiseerde GGZ.

Naar verwachting zal de vervanging voornamelijk plaatsvinden met de DBC's met een lager aantal minuten, maar dat betekent niet dat er voor een lager aantal minuten geen gespecialiseerde GGZ kan worden geleverd. In principe zijn de vijf criteria die zijn opgesteld leidend voor de vervanging naar de generalistische basis GGZ en niet het aantal minuten.

Met de introductie van de generalistische basis GGZ wordt het mogelijk gemaakt dat de gespecialiseerde GGZ zich meer kan richten op patiënten met ernstige psychische problemen. De gespecialiseerde GGZ kenmerkt zich door een hoge mate van complexiteit van behandeling, waarbij een zwaar beroep op gespecialiseerde kennis gedaan zal worden.

Hoofdbehandelaars

Kan iemand die in opleiding is, ook hoofdbehandelaar zijn in de generalistische basis GGZ?

Nee. Een hoofdbehandelaar moet BIG geregistreerd zijn. Iemand die in opleiding is, moet werken onder supervisie van een hoofdbehandelaar die BIG geregistreerd is.

Per 2017 wordt het [Kwaliteitsstatuut](#) van kracht, en komt het regiebehandelaarschap in de plaats van het hoofdbehandelaarschap.

Kan ik gewoon zittingen in rekening brengen als ik zelf niet gecontracteerd ben door de verzekeraar omdat ik geen hoofdbehandelaar kan zijn?

Indien er geen hoofdbehandelaar betrokken is bij de behandeling, kunt u de producten van de generalistische basis GGZ niet declareren. De zittingen eerstelijns psychologische zorg zijn komen te vervallen per 2014, dus die zijn sowieso niet meer te declareren.

Om de prestaties van de generalistische basis GGZ te kunnen declareren, moet er sprake zijn van betrokkenheid van een hoofdbehandelaar. Oftewel, het is niet altijd de hoofdbehandelaar die vervolgens ook zou moeten declareren.

Relevant is dat de regels ook gelden voor de niet-gecontracteerden en dat het declareren van losse consulten met de komst van de integrale producten niet meer is toegestaan, tenzij er sprake is van niet-verzekerde zorg. In dat geval gelden de OVP's.

Per 2017 wordt het [Kwaliteitsstatuut](#) van kracht, en komt het regiebehandelaarschap in de plaats van het hoofdbehandelaarschap.

Wie mag de generalistische basis GGZ uitvoeren?

Er mag worden gedeclareerd als er betrokkenheid is van een hoofdbehandelaar bij de behandeling. Orthopedagoog-generalisten en kinder- en jeugdpsychologen mogen tot aan de overgang van de Jeugd GGZ naar gemeenten ook hoofdbehandelaar zijn in de generalistische basis GGZ.

De verzekeraar is krachtens de Zorgverzekeringswet bevoegd om nadere afwegingen te maken (ten aanzien van de invulling van het hoofdbehandelaarschap) vanuit kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg en kan beperkingen aanbrengen die worden vastgelegd in de contracten met zorgaanbieders of in de polisvoorwaarden.

In het onderhandelaarsresultaat [GGZ 2014-2017](#) staat dat verzekeraars mogen afwijken van de lijn van de minister, indien de regionale situatie (bijvoorbeeld met betrekking tot aantoonbare kwaliteit, toegankelijkheid, aanwezigheid van deskundigheid) daartoe aanleiding geeft. De polisvoorwaarden zijn leidend bij de restitutievergoeding. In geval van naturapolissen kan in voorkomende gevallen afgeweken worden van de condities in de

polisvoorwaarden, indien hierover nadere afspraken worden gemaakt in de contracten met zorgaanbieders.

Er zijn geen beperkende regels over het medebehandelaarschap, tenzij de verzekeraar daartoe beperkingen heeft opgelegd in zijn polisvoorwaarden of contracten met zorgaanbieders. Voor dat laatste kan gedacht worden aan een inperking van de zogenaamde verlengde arm constructie. Hiermee kan vanuit kwaliteitsoverwegingen een minimale inzet van de hoofdbehandelaar in de behandeling worden geborgd.

De hoofdbehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van de medebehandelaars in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor zij verantwoordelijk zijn.

Per 2017 wordt het [Kwaliteitsstatuut](#) van kracht, en komt het regiebehandelaarschap in de plaats van het hoofdbehandelaarschap.

Vallen de psychotherapeuten buiten de generalistische basis GGZ of niet?

Dat is afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt die door de psychotherapeut wordt behandeld.

Als de zorgvraag van de patiënt die door de psychotherapeut wordt behandeld binnen de objectieve criteria past die zijn ontwikkeld voor de generalistische basis GGZ, zal de psychotherapeut een zorgzwaarteproduct en bijbehorend tarief van de generalistische basis GGZ moeten declareren voor die patiënt. Psychotherapeuten, ook vrijgevestigden, kunnen hoofdbehandelaar zijn in de generalistische basis GGZ.

Bij complexe problematiek kan er een DBC worden gedeclareerd. De DBC moet getypeerd worden door de hoofdbehandelaar. Psychotherapeuten, ook vrijgevestigden, kunnen hoofdbehandelaar zijn in de gespecialiseerde GGZ.

Gespecialiseerde GGZ

Wanneer komt DSM-5 in gebruik?

Vanaf 1 januari 2017 duidt en legt het Zorginstituut de verzekerde aanspraken geneeskundige GGZ uit op grond van de DSM-5.

De DSM-5 wordt daarmee ook leidend voor de klinische praktijk. Om de impact in de bekostiging tot een absoluut minimum te beperken, worden de DSM-5-classificaties via een conversietabel 'vertaald' in DSM-IV-classificaties. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voert overleg met de auteursrechthebbers om te komen tot een passende licentie hiervoor.

Samengevat, behandelaren werken vanaf 1 januari 2017 in de klinische praktijk met DSM-5, maar maken voor de bekostiging nog gebruik van DSM-IV. Zie voor meer informatie: [kamerbrieven \(april 2016\)](#)

Is het verplicht om de primaire diagnose (DSM-IV) op de factuur te vermelden voor de basis en gespecialiseerde GGZ?

Die verplichting geldt alleen voor de gespecialiseerde GGZ, vanwege de aard van de bekostiging (de DBC is gekoppeld aan de diagnose). Het vermelden van een vorm van diagnose-informatie op de declaratie is belangrijk voor patiënten, omdat alleen zo inzichtelijk is waarvoor een zorgaanbieder declareert. Zo weten patiënten en verzekeraars welke zorg zij voor welke prijs geleverd krijgen en kunnen zij dit controleren. Het College voor Bescherming Persoonsgegevens (CBP) heeft bij de invoering van het DBC-systeem in 2008 geoordeeld dat de verplichte vermelding in overeenstemming is met de Wet bescherming persoonsgegevens. De bekostigingsproducten van de basis GGZ staan los van de diagnose en zijn dus zonder diagnose-informatie te controleren, daarom geldt deze verplichting niet voor de basis GGZ.

Verzekerbare zorg: welke stoornissen en welke activiteiten vallen buiten de curatieve GGZ en mogen deze patiënten wel in de huisartsenzorg worden behandeld?

In Nederland is de GGZ gekoppeld aan het DSM-IV classificatiemodel. Niet alle DSM-stoornissen vallen [onder verzekerde zorg](#). [Het Zorginstituut](#) (voormalig CVZ) heeft in deelrapport 2 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg een nadere duiding gedaan over welke zorg is verzekerd en vanuit welk kader de zorg dient te worden gefinancierd. Voor de GGZ geldt dat aanpassingsstoornissen sinds 2012 geen verzekerde zorg meer zijn. De geïndiceerde preventie van depressie, paniekstoornis en problematisch alcoholgebruik valt buiten de verzekerde curatieve GGZ, maar mag wel door de huisarts of praktijkondersteuner GGZ worden behandeld.

Een patiënt heeft zijn behandeling in een gespecialiseerde GGZ-instelling afgerond. Kan de patiënt daarna instromen in de generalistische basis GGZ?

Als de behandeling is afgerond, maar de patiënt heeft opnieuw klachten dan moet hij zich melden bij de huisarts. Die bepaalt of er sprake is van GGZ-problematiek en waar de benodigde zorg wordt geleverd. Dat kan zijn in de huisartsenzorg, in de generalistische basis GGZ of in de gespecialiseerde GGZ. Binnen de generalistische GGZ kunnen hiervoor alle producten in aanmerking komen afhankelijk van de vraag van de patiënt (zorgvraagzwaarte).

Wat is het verschil tussen de generalistische basis GGZ en eerstelijns psychologische zorg?

De eerstelijns psychologische zorg is onderdeel geworden van de generalistische basis GGZ. De vijf zittingen eerstelijns psychologische zorg en de eigen bijdrage die hiervoor gold, is daarmee per 2014 komen te vervallen. Ook is een deel van de populatie uit de huidige tweedelijns GGZ (waarvoor op dit moment DBC's worden gedeclareerd) onderdeel geworden van de generalistische basis GGZ.

De zorgvraagzwaarteproducten die zijn ontwikkeld voor de generalistische basis GGZ bieden dan ook de mogelijkheid om zorg aan te bieden voor patiënten met zwaardere psychische problematiek dan in de huidige eerstelijns psychologische zorg gemiddeld gezien wordt geboden. De [objectieve criteria](#) die zijn ontwikkeld, kunnen de zorgaanbieders in de generalistische basis GGZ helpen bij het vaststellen van de zorgvraagzwaarte van de patiënt. Om deze zorg adequaat te kunnen aanbieden in de generalistische basis GGZ, zal het bij sommige patiënten nodig zijn om binnen het ingezette behandeltraject in de generalistische basis GGZ ook consultatie of behandeling door de gespecialiseerde GGZ in te zetten.

Wanneer moet een patiënt in de generalistische basis GGZ behandeld worden en welke behandelingen worden er gegeven?

De generalistische basis GGZ is alleen via de huisarts, jeugdarts, bedrijfsarts of medisch specialist toegankelijk. Verzekeraars nemen dit op in hun polissen. Alleen als er sprake is van een (vermoeden van een) DSM-stoornis mag de patiënt behandeld worden in de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ.

Als 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.

Vanaf 2014 kunnen de vier zorgvraagzwaarteproducten die ontwikkeld zijn voor de generalistische basis GGZ, worden gedeclareerd. Op basis van de opgestelde objectieve criteria ([DSM-stoornis, ernst problematiek, risico, complexiteit, beloop klachten](#)) kan worden bezien of een patiënt binnen één van deze integrale producten van de generalistische basis GGZ kan worden behandeld. Binnen deze integrale prestaties wordt de ruimte geboden om een adequate behandeling in te zetten, afhankelijk van de zorgvraagzwaarte van de patiënt. Dit kunnen ook e-health behandelingen zijn of de consultatie of behandeling van een psychiater. Deze behandelingen moet wel passen binnen de aanspraak van de Zorgverzekeringswet.

Worden DBC's geschrapt in de tweede lijn?

Nee. De verzekeraar zal minder DBC's moeten inkopen bij de gespecialiseerde GGZ.

Naar verwachting zal de vervanging voornamelijk plaatsvinden met de DBC's met een lager aantal minuten, maar dat betekent niet dat er voor een lager aantal minuten geen

gespecialiseerde GGZ kan worden geleverd. In principe zijn de vijf criteria die zijn opgesteld leidend voor de vervanging naar de generalistische basis GGZ en niet het aantal minuten.

Met de introductie van de generalistische basis GGZ wordt het mogelijk gemaakt dat de gespecialiseerde GGZ zich meer kan richten op patiënten met ernstige psychische problemen. De gespecialiseerde GGZ kenmerkt zich door een hoge mate van complexiteit van behandeling, waarbij een zwaar beroep op gespecialiseerde kennis gedaan zal worden.

Worden er ook zorgvraagzwaartecriteria ontwikkeld in de gespecialiseerde GGZ?

Per 1 januari 2016 treedt voor aanlevering van de zorgvraagzwaarteindicator in de gespecialiseerde GGZ een nieuwe regeling in werking ([Regeling aanlevering zorgvraagzwaarte cGGZ](#)).

De zorgvraagzwaarteindicator is een (heel) getal dat qua waarde kan variëren van 1 tot en met 7. Het is een indicator die op individueel (patiënt)niveau moet worden vastgesteld en waarvan de waarde in de gespecialiseerde ggz (softwarematig) wordt afgeleid van de diagnostische gegevens van de cliënt.

De indicator moet een indicatie geven van de zwaarte van de zorgvraag van de patiënt in termen van de verwachte behandelduur en/of het aantal verwachte verblijfsdagen, waarbij een waarde van 1 voor een relatief lichte zorgvraag staat en een waarde van 7 voor een zware zorgvraag.

Op basis van deze zorgvraagzwaarteindicator kunnen analyses op aanbieder niveau gemaakt worden, die ter beschikking worden gesteld aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor de zorginkoop en -verkoop en voor het uitvoeren van materiële controles (voor de zorgverzekeraar). De gegevens zijn voor zorgverzekeraars niet te herleiden tot patiëntniveau. De aanleververplichting geldt alleen voor elektronische declaraties, tenzij de patiënt een privacyverklaring ondertekent.

Verzekeraars

Mogen verzekeraars in de contracten voor 2015 een door de verzekeraar aangedragen screeningsinstrument verplicht stellen voor patiënten met psychische problematiek?

Het is mogelijk dat zorgverzekeraars in de contractering randvoorwaarden stellen voordat zij tot contractering of financiering overgaan. In dit concrete geval gaat het om gebruik van screeningsinstrumenten, die doorgaans door de huisarts (of zijn praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ)) gebruikt worden bij het bepalen van de mate van ernst en aard van de psychische klachten die zich in de huisartsenpraktijk aandienen. Met een dergelijk screeningsinstrument wordt de huisartsenpraktijk gefaciliteerd om beter te kunnen inspelen

op problemen die er zijn op het gebied van psychische problematiek. Er zijn verschillende screeningsinstrumenten ontwikkeld en in gebruik.

Een screeningsinstrument is een hulpmiddel om tot verwijzing te komen. Het treedt niet in de plaats van de verwijzing, evenmin bepaalt het de verwijzing. Het is dus geen vereiste dat het advies op basis van dit instrument, over de best passende zorg, per definitie wordt gevolgd. Het instrument ondersteunt de klinische blik van de zorgprofessional en stelt ook specifiek een aantal vragen over het beeld dat de professional van de patiënt heeft. Die informatie leidt samen met de informatie over klachten en relevante persoonlijke omstandigheden tot een advies.

Het is altijd aan de zorgprofessional om, op basis van de eigen klinische blik, te besluiten het advies van het screeningsinstrument wel of niet op te volgen. Door aanlevering van de al dan niet gevolgde screeningsuitkomst bij de declaratie werken zorginstellingen transparant en kan inzicht in praktijkvariatie gepast gebruik bevorderen.

Zie voor meer informatie: [kamerbrief en antwoorden van 13/10/2015](#)

Hoe werkt de zorginkoop van de generalistische basis GGZ in de praktijk?

Verzekeraars en zorgaanbieders stemmen hun contractafspraken af op basis van de ontwikkeling in de generalistische basis GGZ. Dit betekent dat zorgaanbieders die zorg leveren voor patiënten die volgens de gestelde objectieve criteria vallen onder de generalistische basis GGZ daarvoor de nieuwe zorgvraagzwaarteproducten en bijbehorende afgesproken prijzen moeten declareren.

Daarbij worden ook kwaliteitsafspraken gemaakt, bijvoorbeeld over de wijze van diagnosticeren (geprotocolleerd) en het toepassen van [Routine Outcome Monitoring \(ROM\)](#)

Monitor

Wat monitort VWS precies?

Doel van de monitor is de invoering en de verdere ontwikkeling van de Basis GGZ goed te volgen. Wat wordt er gemonitord?

- de mate waarin de **beoogde doelen** van invoering van de Basis GGZ worden behaald (pijler 1);
- **de werkzaamheid** van de POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ in de praktijk (pijler 2);

De inrichting van de POH-GGZ en de GB-GGZ moet er voor zorgen dat patiënten op de goede plek in de keten terechtkomen en daarmee zorgen voor verbeterde toegankelijkheid van zorg en tevens dat patiënten kwalitatief goede zorg ontvangen die betaalbaar is.

Om een antwoord te geven op de twee pijlers maakt de monitor gebruik van kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Het kwalitatieve onderzoek richt zich vooral op de werkzaamheid en het kwantitatieve onderzoek vooral het behalen van de doelen.

Planning monitor

De monitor start in 2014 en loopt in eerste instantie door tot en met 2017.

Patiënten

Welke onderzoeken maken deel uit van de nieuwe onderzoeksagenda GGZ?

De onderzoeksagenda beschrijft de thema's voor onderzoek in de GGZ. Persoonlijke en proactieve GGZ zijn de twee belangrijkste onderzoekspijlers voor de komende 10 jaar.

GGZ ontwikkelingen

De afgelopen jaren heeft de psychische gezondheidszorg in veel opzichten een transformatie doorgemaakt. Patiënten en hun naasten hebben een veel duidelijker positie gekregen in de zorg. Ze worden betrokken bij het nemen van behandelbeslissingen, uitgenodigd meer regie te nemen in het zorgproces en er zijn programma's waarin patiënten geleerd en ondersteund worden een deel van de zorg zelf voor hun rekening te nemen (zelfmanagement). Ruimte voor persoonlijke wensen en doelen is een belangrijk onderdeel van de ervaren gezondheid van patiënten.

Het kostenaspect is de afgelopen jaren meer op de voorgrond komen te staan. Zo willen we overbehandeling voorkomen en richten we ons op gepast gebruik van de zorg op individueel niveau. De juiste behandeling op het juiste moment.

In de GGZ zorg is een noodzaak om eerder te signaleren en te handelen. Naar schatting ontstaat ongeveer 75% van de psychische stoornissen in de eerste 25 levensjaren, en wordt dan vaak ook manifest. Ook lichte aandoeningen die optreden in de jeugd en ogenschijnlijk verdwijnen, kunnen op latere leeftijd ernstige gevolgen hebben.

Twee pijlers

In het meerjarige wetenschappelijk onderzoeksprogramma voor de GGz staan twee pijlers centraal:

1. **verschuiving van nazorg naar voorzorg:** vroegherkenning en eerder behandelen van psychische stoornissen.
2. **gepersonaliseerde psychische gezondheidszorg:** interventies op basis van individuele (biologische, psychische en sociale) kenmerken gericht op herstel en burgerschap, het verhogen van de kwaliteit van leven en het versterken van de regie van de patiënt en hun naasten.

Doel onderzoeksagenda

De onderzoeksagenda heeft als doel om over tien jaar patiënten in de GGZ eerder en

effectiever te kunnen behandelen, hun naasten beter te kunnen ondersteunen en hiermee chroniciteit en recidieven te voorkomen.

De onderzoeksagenda maakt onderdeel uit van de Agenda voor 'gepast gebruik en transparantie' en is opgesteld door zorgaanbieders, patiënten en onderzoekers in de psychische gezondheidszorg. Beide hoofdlijnen uit de onderzoeksagenda dragen bij aan gepast gebruik. Het onderzoeksprogramma wordt uitgevoerd door ZonMw en heeft een looptijd van 10 jaar. Voor het onderzoek is in 2016 en 2017 jaarlijks 5 miljoen euro beschikbaar.

Zie voor meer informatie: [wetenschapsagenda GGZ](#)

Kan de patiënt een aanvullende verzekering aanspreken als een behandelaar naast een reguliere behandeling in de generalistische basis GGZ ook mindfulness aanbiedt?

Als de patiënt aanvullend verzekerd is met een polis waarin mindfulness is opgenomen, dan kan de mindfulness behandeling volgens de voorwaarden van die aanvullende verzekering worden vergoed. Daartoe kan de zorgaanbieder een aparte declaratietitel gebruiken (OVP-consult). Zie hiervoor de [regelgeving van de NZa](#).

Kunnen in plaats van een product in de generalistische basis GGZ gewoon zittingen in rekening worden gebracht als een patiënt alles zelf wil betalen?

Ook als een patiënt zelf wil betalen, gelden de voorschriften van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De Wmg-voorschriften hoe te declareren en welke prestatiebeschrijvingen en -tarieven moeten worden gehanteerd, gelden voor de zorgaanbieder. Voor de Wmg maakt het niet uit wie er betaalt: de verzekeraar, de patiënt of een derden.

Hoe wordt het Nederlandse publiek geïnformeerd over de veranderingen in de generalistische basis GGZ?

Mensen zijn vaak pas geïnteresseerd in een onderwerp, als ze er zelf mee te maken hebben of krijgen. Voor patiënten die al een beroep doen op de geestelijke gezondheidszorg, zijn hun behandelaars de belangrijkste bron van informatie. Huisartsen zijn -als eerste aanspreekpunt- in de geestelijke gezondheidszorg een belangrijke bron, net als behandelaren in de GGZ en zorgverzekeraars.

Algemene informatie over de veranderingen voor patiënten is te vinden op [de website van de Rijksoverheid](#).

Geldt een eigen bijdrage voor de generalistische basis GGZ?

Nee, er geldt geen eigen bijdrage voor de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ.

Wel geldt het verplichte eigen risico. Een patiënt moet er rekening houden dat de tarieven die zorgaanbieders declareren, hoger zijn dan het eigen risico. Daardoor wordt het eigen risico volledig opgemaakt.

Zorgvraagzwaarteproducten

Hoe vaak mag een behandelaar voor een patiënt per jaar een product in de generalistische basis GGZ declareren?

Er zijn geen beperkingen opgelegd ten aanzien van het aantal producten dat per jaar in rekening kan worden gebracht. De zorgaanbieder declareert de prestatie met het patiëntprofiel dat aansluit bij de zorgvraagzwaarte van de patiënt. Wanneer tijdens het behandeltraject blijkt dat de patiënt op basis van (een verandering in) de zorgvraagzwaarte een andere prestatie nodig heeft dan bij de start van het behandeltraject verwacht werd, wordt het product hierop aangepast. Het product moet uiteraard dan wel blijven voldoen aan het zorgzwaarteprofiel in de generalistische basis GGZ. Er wordt dan dus één prestatie gedeclareerd. Bij overgang naar een andere prestatie dient de patiënt hierover te worden geïnformeerd. 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 BCZ; en de integrale prestaties in combinatie met de OVP's.

Mocht de patiënt onverhoopt opnieuw in zorg komen in hetzelfde kalenderjaar en een behandeling nodig hebben, dan kan hiervoor een nieuwe prestatie worden gedeclareerd. Er dient wel steeds een nieuwe verwijzing van de huisarts aan een nieuw behandeltraject ten grondslag te liggen.

Waarom moet een zorgverlener vooraf een zorgvraagzwaarte invullen, als de factuur pas na afsluiting wordt opgesteld?

De zorgvraagzwaartecriteria geven een indicatie binnen welk product de zorgverlener de patiënt het beste kan behandelen. De prestatie waarin de zorgverlener de patiënt inschat, is in principe ook de prestatie die de zorgverlener declareert. Tenzij er sprake is van een verandering van de zorgvraagzwaarte gedurende de behandeling. Om inzichtelijk te maken of een dergelijke situatie zich heeft voorgedaan, moet de zorgverlener dit invullen.

De verzekeraar zal ook geïnteresseerd zijn in de mogelijkheid om vooraf een inschatting te kunnen maken van de behandeling die zal komen en in verschillen tussen behandelaars in de

mate waarop deze inschatting in de praktijk correspondeert met of afwijkt van de inschatting vooraf. Dit komt de inkoopafspraken en controle ook ten goede.

In hoeverre is de verdeling van personeelscategorieën in het HHM-rapport bindend of is er ruimte om binnen een product te schuiven met percentages?

De personeelscategorieën zijn bepaald om de maximum tarieven te kunnen vaststellen. Zo is het tarief voor product kort bepaald op basis van een inzet van 15% categorie 1 (hieronder kan ook een verpleegkundig specialist vallen), 80% categorie 2 (bijvoorbeeld GZ-psycholoog) en 5% categorie 3 (psychiater). Dit is een inschatting. Niet in alle gevallen zal de inzet van bijvoorbeeld een psychiater nodig zijn. De tarieven gaan dan ook uit van een productmix: de ene keer valt de behandeling iets goedkoper uit; de andere keer iets duurder omdat de inzet van de psychiater bijvoorbeeld hoger is. Het is wel noodzakelijk dat een hoofdbehandelaar betrokken is bij de behandeling in de generalistische basis GGZ.

Hoe weet de zorgaanbieder in de generalistische basis GGZ binnen welk zorgvraagwaarteproduct de patiënt valt?

Voor de generalistische basis GGZ worden vier producten onderscheiden: (1) kort, (2) middel, (3) intensief of (4) chronisch.

Op basis van vijf objectieve criteria (DSM-stoornis, ernst problematiek, risico, complexiteit, beloop klachten) kan worden bekeken welk product het beste past bij de zorgvraag van de patiënt. Het zorgvraagwaarteproduct is daarmee een combinatie van diverse zorgvraagwaartecriteria. Dit betekent dat het zorgvraagwaarteproduct niet alleen iets zegt over de ernst van de stoornis, maar ook over de mate van score op alle vijf de criteria. Aan de hand van de gestelde objectieve criteria kan worden gezien welk product volstaat om de patiënt adequaat te behandelen. U kunt de gedetailleerde informatie vinden in [het rapport van HHM over generalistische basis GGZ](#).

Hoe zijn de vier zorgvraagwaarteproducten samengesteld?

De vier zorgvraagwaarteproducten die zijn ontwikkeld, vormen integrale producten per patiënt. Dit betekent dat verschillende behandelcomponenten kunnen worden aangeboden binnen het integrale product, alsmede dat desgewenst verschillende deskundigheden kunnen worden ingezet in het behandeltraject. Behandelcomponenten zijn bijvoorbeeld:

- zorggerelateerde preventie
- e-health behandeling
- consultatie en/of gedeeltelijke behandeling door de gespecialiseerde GGZ

Deze componenten worden niet meer afzonderlijk bekostigd in de toekomst, maar via vier integrale tarieven voor de producten 'kort, middel, intensief of chronisch'. Aan de hand van

de gestelde objectieve criteria kan worden gezien welk product volstaat om de patiënt adequaat te behandelen.

De NZa heeft een maximumtarief per zorgvraagzwaarteproduct vastgesteld. Binnen dit maximumtarief spreken verzekeraars en zorgaanbieders voor elk product een prijs af. Het is aan de zorgaanbieders zelf om binnen de bestaande regelgeving (Zorgverzekeringswet, Wet BIG, Wmg, enzovoort) te innoveren op het zorgproces en te bezien welk behandelplan past bij welke patiënt. In het rapport van HHM worden de verschillende behandelcomponenten / behandel mogelijkheden weergegeven. Dit dient ter indicatie voor het veld om in de toekomst mee te werken. Dit geldt ook voor het 'verwijsmodel van de huisarts'. Het idee is dat het een lerend systeem wordt, dat de komende jaren nog verder kan worden verfijnd en doorontwikkeld. Hiervoor is een monitor opgezet.

Moet altijd vooraf bekend zijn in welke zorgvraagzwaartecategorie iemand valt?

Op basis van de zorgvraagzwaartecriteria kan vooraf binnen de generalistische basis GGZ worden bepaald welk product het meest aansluit bij de zorgvraag. Als tijdens de behandeling geconstateerd wordt dat een patiënt toch een langere of meer intensieve behandeling nodig heeft en – op basis van de betreffende zorgvraagzwaartecriteria – in een hogere zorgvraagzwaartecategorie valt, dan kan de zorgaanbieder de langere behandeling ook aanbieden.

Dit betekent in de praktijk dat aan het eind van het behandeltraject een behandelaar een zwaardere categorie declareert voor de patiënt.

Het is aan de zorgaanbieder en de verzekeraar om vooraf goede afspraken te maken over de te verwachten patiëntenpopulatie en de te verwachten verdeling van de zorgvraagzwaarteproducten 'kort, middel, intensief en chronisch' die zullen worden gedeclareerd.

Zorgaanbieders

Welke onderzoeken maken deel uit van de nieuwe onderzoeksagenda GGZ?

De onderzoeksagenda beschrijft de thema's voor onderzoek in de GGZ. Persoonlijke en proactieve GGZ zijn de twee belangrijkste onderzoekspijlers voor de komende 10 jaar.

GGZ ontwikkelingen

De afgelopen jaren heeft de psychische gezondheidszorg in veel opzichten een transformatie doorgemaakt. Patiënten en hun naasten hebben een veel duidelijker positie gekregen in de zorg. Ze worden betrokken bij het nemen van behandelbeslissingen, uitgenodigd meer regie te nemen in het zorgproces en er zijn programma's waarin patiënten geleerd en ondersteund worden een deel van de zorg zelf voor hun rekening te nemen (zelfmanagement). Ruimte voor persoonlijke wensen en doelen is een belangrijk onderdeel van de ervaren gezondheid

van patiënten.

Het kostenaspect is de afgelopen jaren meer op de voorgrond komen te staan. Zo willen we overbehandeling voorkomen en richten we ons op gepast gebruik van de zorg op individueel niveau. De juiste behandeling op het juiste moment.

In de GGZ zorg is een noodzaak om eerder te signaleren en te handelen. Naar schatting ontstaat ongeveer 75% van de psychische stoornissen in de eerste 25 levensjaren, en wordt dan vaak ook manifest. Ook lichte aandoeningen die optreden in de jeugd en ogenschijnlijk verdwijnen, kunnen op latere leeftijd ernstige gevolgen hebben.

Twee pijlers

In het meerjarige wetenschappelijk onderzoeksprogramma voor de GGz staan twee pijlers centraal:

1. **verschuiving van nazorg naar voorzorg:** vroegherkenning en eerder behandelen van psychische stoornissen.
2. **gepersonaliseerde psychische gezondheidszorg:** interventies op basis van individuele (biologische, psychische en sociale) kenmerken gericht op herstel en burgerschap, het verhogen van de kwaliteit van leven en het versterken van de regie van de patiënt en hun naasten.

Doel onderzoeksagenda

De onderzoeksagenda heeft als doel om over tien jaar patiënten in de GGZ eerder en effectiever te kunnen behandelen, hun naasten beter te kunnen ondersteunen en hiermee chroniciteit en recidieven te voorkomen.

De onderzoeksagenda maakt onderdeel uit van de Agenda voor 'gepast gebruik en transparantie' en is opgesteld door zorgaanbieders, patiënten en onderzoekers in de psychische gezondheidszorg. Beide hoofdlijnen uit de onderzoeksagenda dragen bij aan gepast gebruik. Het onderzoeksprogramma wordt uitgevoerd door ZonMw en heeft een looptijd van 10 jaar. Voor het onderzoek is in 2016 en 2017 jaarlijks 5 miljoen euro beschikbaar.

Zie voor meer informatie: [wetenschapsagenda GGZ](#)

Wanneer komt DSM-5 in gebruik?

Vanaf 1 januari 2017 duidt en legt het Zorginstituut de verzekerde aanspraken geneeskundige GGZ uit op grond van de DSM-5.

De DSM-5 wordt daarmee ook leidend voor de klinische praktijk. Om de impact in de bekostiging tot een absoluut minimum te beperken, worden de DSM-5-classificaties via een conversietabel 'vertaald' in DSM-IV-classificaties. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voert overleg met de auteursrechthebbers om te komen tot een passende licentie hiervoor.

Samengevat, behandelaren werken vanaf 1 januari 2017 in de klinische praktijk met DSM-5, maar maken voor de bekostiging nog gebruik van DSM-IV. Zie voor meer informatie: [kamerbrieven \(april 2016\)](#)

Om welke bedragen gaat het bij het toepassen van het Macrobeheersinstrument Geneeskundige Gezondheidszorg (MBI GGZ) en wat moet ik als ZZP'er betalen?

Het Macrobeheersinstrument Geneeskundige Gezondheidszorg (MBI GGZ) is vanaf 1 januari 2013 voor de tweedelijns curatieve GGZ van kracht en vanaf 1 januari 2014 ook voor de generalistische GGZ. Voor de exacte uitvoering raadpleegt u [de beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit \(NZA\)](#).

Wordt het macrobudgettaire kader van de GGZ overschreden, dan kan het MBI worden ingezet om de overschrijding te herstellen (redresseren). De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport besluit in geval van overschrijding altijd óf en welk deel van de overschrijding gedresseerd dient te worden. Besluit de minister om het MBI in te zetten, dan wordt de overschrijding van het macrobudgettaire kader generiek teruggehaald bij alle aanbieders van de GGZ, dat wil zeggen naar rato van de omzet van de individuele zorgaanbieders. Dit geldt voor aanbieders van generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ.

Welk bedrag in het individuele geval moet worden afgedragen aan het Zorgverzekeringsfonds, bepaalt de NZa en is dus afhankelijk van de hoogte van de overschrijding en de omzet van de individuele aanbieder. Indien het MBI daadwerkelijk wordt ingezet, geeft de NZa de individuele zorgaanbieders een aanwijzing een bepaald bedrag af te dragen aan het Zorgverzekeringsfonds.

Als zorgaanbieder heeft u de mogelijkheid om tegen dit besluit van de NZa in bezwaar dan wel beroep te gaan volgens de gebruikelijke voorwaarden die de Algemene wet bestuursrecht hieraan verbindt.

Door de vervanging van de gespecialiseerde GGZ naar de generalistische basis GGZ én door verschillend beleid van verzekeraars, nemen mijn administratieve lasten toe. Hoe organiseer ik dat in mijn praktijk?

Verzekeraars stellen zelf vast welke criteria zij aan het zorginkoopbeleid koppelen. Dit past binnen de beleidsruimte die zij hebben. Als zorgaanbieder bent u verantwoordelijk voor het naleven van de eisen die in het contract tussen u en de verzekeraar zijn afgesproken, mits u een contract bent aangegaan.

Als ik geen contract heb met een verzekeraar voor de generalistische basis GGZ, maar wel voor de gespecialiseerde GGZ, mag ik dan zorg uit de basis GGZ rekenen via de restitutieoptie van de naturapolis?

Ja. Een zorgaanbieder die wel een contract heeft voor gespecialiseerde GGZ en niet voor de generalistische basis GGZ bij een verzekeraar, mag wel in restitutie generalistische basis GGZ (via verzekerde) declareren. Mits natuurlijk voldaan is aan voorwaarden.

Een voorwaarde is dat de zorg is geïndiceerd voor één van de prestaties in de generalistische basis GGZ. Naast deze voorwaarde geldt er ook een voorwaarde ten aanzien van de behandelaar. Zorgverzekeraars bepalen in hun polis welke soorten hulpverleners de generalistische basis GGZ kunnen aanbieden. Als de zorgverzekeraar hier bijvoorbeeld de psychotherapeut niet heeft vermeld, mag deze geen generalistische basis GGZ leveren en zal de verzekeraar vergoeding weigeren.

Hoe moet een traject voor kinderen dat geheel bestaat uit diagnostiek worden gedeclareerd? (OVP of generalistische basis GGZ)?

Als uit de diagnostiek blijkt dat er geen psychische stoornis aanwezig is, kan de diagnostiek worden gerekend tot de verzekerde zorg. OVP, voor niet-verzekerde zorg, is niet aan de orde. Of er sprake is van generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ is afhankelijk van de verwijzing van de huisarts. Als verwezen is voor generalistische basis GGZ dan kan hier het transitietarief gedeclareerd worden of een DBC binnen de gespecialiseerde GGZ.

Kan de patiënt een aanvullende verzekering aanspreken als een behandelaar naast een reguliere behandeling in de generalistische basis GGZ ook mindfulness aanbiedt?

Als de patiënt aanvullend verzekerd is met een polis waarin mindfulness is opgenomen, dan kan de mindfulness behandeling volgens de voorwaarden van die aanvullende verzekering worden vergoed. Daartoe kan de zorgaanbieder een aparte declaratietitel gebruiken (OVP-consult). Zie hiervoor de [regelgeving van de NZa](#).

Hoe vaak mag een behandelaar voor een patiënt per jaar een product in de generalistische basis GGZ declareren?

Er zijn geen beperkingen opgelegd ten aanzien van het aantal producten dat per jaar in rekening kan worden gebracht. De zorgaanbieder declareert de prestatie met het patiëntprofiel dat aansluit bij de zorgvraagzwaarte van de patiënt. Wanneer tijdens het behandeltraject blijkt dat de patiënt op basis van (een verandering in) de zorgvraagzwaarte een andere prestatie nodig heeft dan bij de start van het behandeltraject verwacht werd, wordt het product hierop aangepast. Het product moet uiteraard dan wel blijven voldoen

aan het zorgzwaarteprofiel in de generalistische basis GGZ. Er wordt dan dus één prestatie gedeclareerd. Bij overgang naar een andere prestatie dient de patiënt hierover te worden geïnformeerd. 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 BCZ; en de integrale prestaties in combinatie met de OVP's.

Mocht de patiënt onverhoopt opnieuw in zorg komen in hetzelfde kalenderjaar en een behandeling nodig hebben, dan kan hiervoor een nieuwe prestatie worden gedeclareerd. Er dient wel steeds een nieuwe verwijzing van de huisarts aan een nieuw behandeltraject ten grondslag te liggen.

Kunnen in plaats van een product in de generalistische basis GGZ gewoon zittingen in rekening worden gebracht als een patiënt alles zelf wil betalen?

Ook als een patiënt zelf wil betalen, gelden de voorschriften van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De Wmg-voorschriften hoe te declareren en welke prestatiebeschrijvingen en -tarieven moeten worden gehanteerd, gelden voor de zorgaanbieder. Voor de Wmg maakt het niet uit wie er betaalt: de verzekeraar, de patiënt of een derden.

Kan ik gewoon zittingen in rekening brengen als ik zelf niet gecontracteerd ben door de verzekeraar omdat ik geen hoofdbehandelaar kan zijn?

Indien er geen hoofdbehandelaar betrokken is bij de behandeling, kunt u de producten van de generalistische basis GGZ niet declareren. De zittingen eerstelijns psychologische zorg zijn komen te vervallen per 2014, dus die zijn sowieso niet meer te declareren.

Om de prestaties van de generalistische basis GGZ te kunnen declareren, moet er sprake zijn van betrokkenheid van een hoofdbehandelaar. Oftewel, het is niet altijd de hoofdbehandelaar die vervolgens ook zou moeten declareren.

Relevant is dat de regels ook gelden voor de niet-gecontracteerden en dat het declareren van losse consulten met de komst van de integrale producten niet meer is toegestaan, tenzij er sprake is van niet-verzekerde zorg. In dat geval gelden de OVP's.

Per 2017 wordt het [Kwaliteitsstatuut](#) van kracht, en komt het regiebehandelaarschap in de plaats van het hoofdbehandelaarschap.

Waarom moet een zorgverlener vooraf een zorgvraagzwaarte invullen, als de factuur pas na afsluiting wordt opgesteld?

De zorgvraagzwaartecriteria geven een indicatie binnen welk product de zorgverlener de patiënt het beste kan behandelen. De prestatie waarin de zorgverlener de patiënt inschat, is in principe ook de prestatie die de zorgverlener declareert. Tenzij er sprake is van een

verandering van de zorgvraagzwaarte gedurende de behandeling. Om inzichtelijk te maken of een dergelijke situatie zich heeft voorgedaan, moet de zorgverlener dit invullen.

De verzekeraar zal ook geïnteresseerd zijn in de mogelijkheid om vooraf een inschatting te kunnen maken van de behandeling die zal komen en in verschillen tussen behandelaars in de mate waarop deze inschatting in de praktijk correspondeert met of afwijkt van de inschatting vooraf. Dit komt de inkoopafspraken en controle ook ten goede.

Wat moet een zorgverlener doen als hij iemand terugverwijst van de generalistische basis GGZ naar de huisarts en deze is het niet met zijn beslissing eens?

Het advies is om daarover met de huisarts in gesprek te gaan. Het is vervolgens aan de huisarts om een andere oplossing of hulpverlener te vinden, of de patiënt zelf verder te helpen. De huisarts is op dat moment weer verantwoordelijk voor de patiënt.

In hoeverre is de verdeling van personeelscategorieën in het HHM-rapport bindend of is er ruimte om binnen een product te schuiven met percentages?

De personeelscategorieën zijn bepaald om de maximum tarieven te kunnen vaststellen. Zo is het tarief voor product kort bepaald op basis van een inzet van 15% categorie 1 (hieronder kan ook een verpleegkundig specialist vallen), 80% categorie 2 (bijvoorbeeld GZ-psycholoog) en 5% categorie 3 (psychiater). Dit is een inschatting. Niet in alle gevallen zal de inzet van bijvoorbeeld een psychiater nodig zijn. De tarieven gaan dan ook uit van een productmix: de ene keer valt de behandeling iets goedkoper uit; de andere keer iets duurder omdat de inzet van de psychiater bijvoorbeeld hoger is. Het is wel noodzakelijk dat een hoofdbehandelaar betrokken is bij de behandeling in de generalistische basis GGZ.

Hoe moet ik artikel 4.2 van de NR/CU-537 (instroom in de generalistische basis GGZ) interpreteren?

In de regeling NR/CU-537 onder artikel 4.2 wordt bepaald: *De registratie van het behandeltraject start op het moment dat een patiënt zich met een (nieuwe) zorgvraag bij de zorgaanbieder in de basis GGZ meldt voor de intake en diagnostiek of in geval van een vervolg-prestatie chronisch.*

In geval van een situatie als bedoeld in 8.7 start de registratie op 1 januari 2014.

De registratieplicht start op het moment dat een patiënt zich voor de intake en diagnostiek meldt bij een zorgaanbieder met een (nieuwe) zorgvraag. In geval van het product chronisch kan het echter zo zijn dat een patiënt zich niet meldt voor intake en diagnostiek vanwege het feit dat het geen nieuwe zorgvraag betreft, maar dat het een vervolg is op de eerdere prestatie chronisch. De intake en diagnostiek is in dat geval als het ware al gebeurd. De

registratie begint in dat geval op het moment dat de patiënt zich meldt en het nieuwe behandeltraject wordt geopend.

Deze regel zegt verder niks over het al dan niet kunnen instromen vanuit de gespecialiseerde GGZ in de generalistische basis GGZ.

Een patiënt past bij het product chronisch. Wie schrijft medicatie voor en wie is medisch eindverantwoordelijk?

De behandelaar in de generalistische basis GGZ, de huisarts of de psychiater kunnen medicatie voorschrijven. Ook kunnen ze allen medisch eindverantwoordelijk zijn. Alle combinaties zijn dus mogelijk.

Allereerst gaat het om de patiënt en het netwerk. Wat wil en kan de patiënt aan? Als er een goed eerstelijnszorgnetwerk is, kan de huisarts de medicatie doen. Hij kan zo nodig overleg plegen met de psychiater en de verpleegkundig specialist en kan in de gaten houden of het goed gaat en bij terugval of een psychiater consulteren of naar de gespecialiseerde GGZ verwijzen.

In de zorg is de ene behandelaar nooit verantwoordelijk voor het handelen van de andere behandelaar. Elke behandelaar is verantwoordelijk voor wat hij zelf doet. Een BIG-geregistreerde is altijd zelf tuchtrechtelijk aanspreekbaar voor het eigen handelen. De hoofdbehandelaar is wel aanspreekbaar op de 8 taken.

De hoofdbehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en de bekwaamheid van de medebehandelaar die hij inschakelt en toetst of de activiteiten van de anderen bijdragen aan de behandeling van de patiënt en passen binnen het door de hoofdbehandelaar vastgestelde behandelplan. Daarvoor is hij verantwoordelijk.

Per 2017 wordt het [Kwaliteitsstatuut](#) van kracht, en komt het regiebehandelaarschap in de plaats van het hoofdbehandelaarschap.

Hoe wordt in de generalistische basis GGZ omgegaan met groepsbehandeling?

Zie hiervoor pagina 3 en 4 (voetnoot) van de nadere regel bGGZ over patiënt in de groep: *“Indien sprake is van een groepssessie wordt de bestede tijd gedeeld door het aantal aanwezige patiënten”*. Samenstelling, prijs en verdere onderhandelingsaspecten worden aan lokaal overleg overgelaten.

Hoe en wat moet worden geregistreerd per 2014?

Wat geregistreerd moet worden, heeft de NZa vastgelegd in de [Regeling basis GGZ](#).

De technische vormgeving van de registratie is in handen van DIS in verband met de aanlevering van gegevens door zorgaanbieders.

Hoe moet worden gedeclareerd?

U kunt elektronisch [declareren met de zogenaamde EI-standaard](#).

Hoe weet de zorgaanbieder in de generalistische basis GGZ binnen welk zorgvraagzwaarteproduct de patiënt valt?

Voor de generalistische basis GGZ worden vier producten onderscheiden: (1) kort, (2) middel, (3) intensief of (4) chronisch.

Op basis van vijf objectieve criteria (DSM-stoornis, ernst problematiek, risico, complexiteit, beloop klachten) kan worden bekeken welk product het beste past bij de zorgvraag van de patiënt. Het zorgvraagzwaarteproduct is daarmee een combinatie van diverse zorgvraagzwaartecriteria. Dit betekent dat het zorgvraagzwaarteproduct niet alleen iets zegt over de ernst van de stoornis, maar ook over de mate van score op alle vijf de criteria. Aan de hand van de gestelde objectieve criteria kan worden gezien welk product volstaat om de patiënt adequaat te behandelen. U kunt de gedetailleerde informatie vinden in [het rapport van HHM over generalistische basis GGZ](#).

Hoe zijn de vier zorgvraagzwaarteproducten samengesteld?

De vier zorgvraagzwaarteproducten die zijn ontwikkeld, vormen integrale producten per patiënt. Dit betekent dat verschillende behandelcomponenten kunnen worden aangeboden binnen het integrale product, alsmede dat desgewenst verschillende deskundigheden kunnen worden ingezet in het behandeltraject. Behandelcomponenten zijn bijvoorbeeld:

- zorggerelateerde preventie
- e-health behandeling
- consultatie en/of gedeeltelijke behandeling door de gespecialiseerde GGZ

Deze componenten worden niet meer afzonderlijk bekostigd in de toekomst, maar via vier integrale tarieven voor de producten 'kort, middel, intensief of chronisch'. Aan de hand van de gestelde objectieve criteria kan worden gezien welk product volstaat om de patiënt adequaat te behandelen.

De NZa heeft een maximumtarief per zorgvraagzwaarteproduct vastgesteld. Binnen dit maximumtarief spreken verzekeraars en zorgaanbieders voor elk product een prijs af. Het is aan de zorgaanbieders zelf om binnen de bestaande regelgeving (Zorgverzekeringswet, Wet BIG, Wmg, enzovoort) te innoveren op het zorgproces en te bezien welk behandel aanbod past bij welke patiënt. In het rapport van HHM worden de verschillende behandelcomponenten / behandel mogelijkheden weergegeven. Dit dient ter indicatie voor

het veld om in de toekomst mee te werken. Dit geldt ook voor het ‘verwijsmodel van de huisarts’. Het idee is dat het een lerend systeem wordt, dat de komende jaren nog verder kan worden verfijnd en doorontwikkeld. Hiervoor is een monitor opgezet.

Hoe werkt de zorginkoop van de generalistische basis GGZ in de praktijk?

Verzekeraars en zorgaanbieders stemmen hun contractafspraken af op basis van de ontwikkeling in de generalistische basis GGZ. Dit betekent dat zorgaanbieders die zorg leveren voor patiënten die volgens de gestelde objectieve criteria vallen onder de generalistische basis GGZ daarvoor de nieuwe zorgvraagzwaarteproducten en bijbehorende afgesproken prijzen moeten declareren.

Daarbij worden ook kwaliteitsafspraken gemaakt, bijvoorbeeld over de wijze van diagnosticeren (geprotocolleerd) en het toepassen van [Routine Outcome Monitoring \(ROM\)](#)

Moet altijd vooraf bekend zijn in welke zorgvraagzwaartecategorie iemand valt?

Op basis van de zorgvraagzwaartecriteria kan vooraf binnen de generalistische basis GGZ worden bepaald welk product het meest aansluit bij de zorgvraag. Als tijdens de behandeling geconstateerd wordt dat een patiënt toch een langere of meer intensieve behandeling nodig heeft en – op basis van de betreffende zorgvraagzwaartecriteria – in een hogere zorgvraagzwaartecategorie valt, dan kan de zorgaanbieder de langere behandeling ook aanbieden.

Dit betekent in de praktijk dat aan het eind van het behandeltraject een behandelaar een zwaardere categorie declareert voor de patiënt.

Het is aan de zorgaanbieder en de verzekeraar om vooraf goede afspraken te maken over de te verwachten patiëntenpopulatie en de te verwachten verdeling van de zorgvraagzwaarteproducten ‘kort, middel, intensief en chronisch’ die zullen worden gedeclareerd.

Wat gebeurt er als de huisarts een patiënt verwijst met een vermoeden van DSM-stoornis, maar dit blijkt niet het geval?

De huisarts heeft de mogelijkheid om via de module POH-GGZ een psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog, (eerstelijns) GZ-psycholoog of een verpleegkundig specialist GGZ te consulteren. Ze kunnen dan overleggen over patiënten die naar de huisarts komen met psychische problematiek.

Hiermee wordt de huisarts zoveel mogelijk ondersteund in de behandeling of eventuele verwijzing van mensen met psychische problematiek.

Vermoedt de huisarts een DSM-stoornis en kan hij niet zelf de patiënt behandelen, dan zal de huisarts doorverwijzen naar de generalistische basis GGZ.

Blijkt tijdens de diagnostiek / behandeling in de generalistische basis GGZ dat er toch geen sprake is van een DSM-stoornis, dan wordt de behandeling stopgezet.

Eventueel wordt de patiënt terugverwezen naar de huisarts of een andere hulpverlener zoals de maatschappelijk werker.

De zorg die wel is verleend voor de patiënt, valt gewoon onder de verzekerde zorg, mits herkenbaar is op de declaratie dat dit traject bewandeld is. Hiervoor heeft de NZa de prestatie Onvolledig Behandeltraject vastgesteld.

Vallen de psychotherapeuten buiten de generalistische basis GGZ of niet?

Dat is afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt die door de psychotherapeut wordt behandeld.

Als de zorgvraag van de patiënt die door de psychotherapeut wordt behandeld binnen de objectieve criteria past die zijn ontwikkeld voor de generalistische basis GGZ, zal de psychotherapeut een zorgzwaarteproduct en bijbehorend tarief van de generalistische basis GGZ moeten declareren voor die patiënt. Psychotherapeuten, ook vrijgevestigden, kunnen hoofdbehandelaar zijn in de generalistische basis GGZ.

Bij complexe problematiek kan er een DBC worden gedeclareerd. De DBC moet getypeerd worden door de hoofdbehandelaar. Psychotherapeuten, ook vrijgevestigden, kunnen hoofdbehandelaar zijn in de gespecialiseerde GGZ.

Documenten

Hier vindt u links naar belangrijke documenten.

Monitor generalistische basis GGZ

De monitor brengt de ontwikkeling sinds de introductie van de Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ) in kaart, vanuit perspectieven van zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars.

- [Kamerbrief over monitor generalistische basis GGZ](#) (juni 2016)
In deze [rapportage van de monitor GB-GGZ](#) vindt u de resultaten op basis van de regionale data (tot en met 2015) en de landelijke data (tot en met 2014).
- [Kamerbrief over monitor generalistische basis GGZ](#) (juni 2015)
Minister Schippers (VWS) informeert de Tweede Kamer over [de meest recente versie van de monitor](#) generalistische Basis GGZ.
- [Pilot rapportage Monitor Generalistische Basis GGZ](#) (oktober 2014)
- [Monitor Basis GGZ, Quickscan](#) (juni 2014)
- [Monitor Basis GGZ, rapportage 1e halfjaar 2014](#) (jan 2014)
Deze rapportage geeft een beeld van de gevolgen van de invoering van de generalistische basis GGZ (geestelijke gezondheidszorg) over het 1e halfjaar van 2014.

Overige documenten (rapporten, kamerstukken, akkoorden, kamerbrieven)

- [Kamerbrief over de voortgang agenda GGZ voor gepast gebruik en transparantie](#) (oktober 2016)
Minister Schippers (VWS) onderstreept het belang van focus houden op de vier hoofdonderwerpen van de Agenda, namelijk gepast gebruik, de bekostiging, het kwaliteitsstatuut en het onderzoeksprogramma.
- [Kamerbrief over aanpak langere wachtlijsten in de GGZ](#) (oktober 2016)
Minister Schippers (VWS) heeft verschillende acties ingezet om wachttijden te kunnen verkorten (al voldoet de totale wachttijd aan de norm) en geeft hiervan de stand van zaken aan.
- [Aanbiedingsbrief bij verslag schriftelijk overleg \(VSO\) over de wachttijden in de GGZ](#) (september 2016)
Minister Schippers (VWS) stuurt de Tweede Kamer [het verslag](#) over de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg.
- [Kamerbrief over rapportage afsprakenmonitor, met rapport](#) (juli 2016)
De [afsprakenmonitor 2016](#) geeft een up-to-date beeld van de nieuwe en gerealiseerde substitutieafspraken ten opzichte van de substitutieafspraken in het kalenderjaar 2015.
- [Kamerbrief over relatie behandelduur en -succes, met rapport van Celsus Academie](#) (juni 2016)
Minister Schippers (VWS) informeert de Tweede Kamer over rapporten voor de 'agenda voor gepast gebruik en transparantie in de GGZ'. In het [rapport van Celsus Academie](#) vindt u de resultaten van wat de relatie is tussen behandelduur en behandel succes in de GGZ.

- [Kamerbrief over Marktscan GGZ 2015](#) (mei 2016)
In deze marktscan beschrijft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg. De focus ligt op de betaalbaarheid en de fysieke toegankelijkheid (wachtlijden).
- [Kwaliteitsstatuut GGZ en Wmg](#) (april 2016)
Per 1 januari 2017 zijn alle GGZ-aanbieders verplicht om een kwaliteitsstatuut te hebben. Het kwaliteitsstatuut beschrijft hoe de zorgaanbieder de integrale zorg voor de individuele patiënt heeft georganiseerd op een zodanige manier dat de autonomie en regie van de patiënt zoveel mogelijk wordt gestimuleerd en de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening inzichtelijk en toetsbaar zijn.
- [Kamerbrief over Agenda voor gepast gebruik en transparantie in de GGZ](#) (nov. 2015)
Minister Schippers (VWS) informeert de Tweede Kamer over de agenda voor kwaliteit, gepast gebruik en transparantie in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Patiëntenvereniging en zorgaanbieders hebben [deze agenda opgesteld](#).
- [Kamerbrief over Regeling aanlevering zorgzwaarte GGZ](#) (nov. 2015)
Minister Schippers (VWS) informeert de Tweede Kamer over de afspraken die zijn gemaakt over de manier van aanleveren en het gebruik van de zorgvraagzwaarteindicator in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). In de bijlagen vindt u o.a. [de handreiking](#) met gemaakte afspraken over het gebruik in de praktijk. De handreiking is bedoeld voor GGZ-instellingen en zorgverzekeraars.
- [Kamerbrief over rapport inkoop en wachttijden geestelijke gezondheidszorg](#) (nov 2015)
Minister Schippers (VWS) stuurt een brief aan de Tweede Kamer met de belangrijkste bevindingen en door de NZa voorgestelde acties uit het rapport.
- [Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014](#)
- [Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk](#)
Rapport over de praktijkondersteuner voor de ggz (POH-GGZ) sinds de introductie van de functie in 2008.
- [Factsheet hervorming langdurige zorg](#)
- [Kamerbrief over falend declaratiesysteem basis GGZ](#)
- [Kamerbrief over voortgang uitvoering afspraken vermelding DSM-diagnose op ggz-factuur](#)
- [Rapport 'Landelijke monitor intramurale GGZ: eerste meting – 2012'](#)
- [Kamerbrief over Onderhandelaarsresultaten beperking uitgavengroei curatieve zorg](#)
- [Voorhangbrief POH-GGZ en generalistische basis GGZ](#)
- [Rapport 'Generalistische basis GGZ: Verwijsmodel en productbeschrijvingen', Bureau HHM](#)
- [Beantwoording Kamervragen over basis GGZ bij huisartsen](#)
- [Beantwoording Kamervragen van de Eerste Kamer over POH-GGZ en generalistische basis GGZ](#)
- [Kamerbrief over hoofdbehandelaarschap GGZ](#)
- [Beantwoording Kamervragen over het hoofdbehandelaarschap van orthopedagogog-generalisten en kinder- en jeugdpsychologen](#)
- [Kamerbrief over Wijzigingen Zvw-pakket per 2014](#)
- [Aanbiedingsbrief bij landelijke e-health-monitor 2013](#)
- [Kamerbrief over de geneeskundige GGZ vanaf 2014](#)

- [Beantwoording Kamervragen consequenties voorgenomen opzet basis GGZ /specialistische GGZ voor met name de behandeling van angst- en stemmingsstoornissen.](#)
- [Kamerbrief conclusies en aanbevelingen advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2, van het College voor Zorgverzekeringen \(CVZ\).](#)
- [Kamerbrief over de stand van zaken BTW-problematiek in de zorgsector](#)
- Regeling van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 oktober 2013, kenmerk 162133-112084-mc inzake wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met verwerking zorgvraagzwaarte-indicator geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (Regeling zorgvraagzwaarte cGGZ) [Bekijk document](#)
- [Uitstelbrief over evaluatie monitor generalistisch basis GGZ aan de Tweede Kamer](#)
- [Reactie op de brief van het Nederlands Kenniscentrum voor angst en depressie \(NedKad\) over de voorgenomen opzet van de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ](#)
- [Kamerbrief met de reactie van minister Schippers \(VWS\) op de brief van Zorgverzekeraars Nederland \(ZN\) over de tariefstijging in de geestelijke gezondheidszorg](#)
- [Link naar beleidsregels en regelgeving](#)
- [Kamerbrief over rapport hoofdbehandelaarschap ggz](#)
- [Rapport: hoofdbehandelaarschap GGZ als noodgreep](#)

Samenwerkende partijen

Links naar de samenwerkende partijen.

[GGZ Nederland](#)

[Landelijke Huisartsen Vereniging](#)

[Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten](#)

[Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport](#)

[Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland](#)

[Zorgverzekeraars Nederland](#)

[InEen](#)

[Landelijk Platform GGz](#)

[Nederlands Instituut van Psychologen](#)

[Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie](#)

[Platform Meer GGZ](#)

Organisaties met informatie over Generalistische Basis GGZ

Links naar de samenwerkende partijen.

[Nederlandse Zorgautoriteit](#)

[Zorginstituut Nederland](#)