

Veldnorm seriële prestaties in de generalistische basis-ggz (gb-ggz)

In de NZa regelgeving (BR/REG-18120 en NR/REG-1804) staat beschreven dat een prestatie GB-GGZ het geheel van activiteiten is (behandeltraject) op basis van een afzonderlijk patiëntprofiel, zijnde een weergave van de zorgvraagzwaarte van de patiënt.ⁱ De registratie van een (integraal) behandeltraject start in feite op het moment dat een patiënt zich met een nieuwe zorgvraag meldt, op grond waarvan het profiel en de zorgvraagzwaarte worden vastgesteld. Conform deze regelgeving mag er dus uitsluitend (binnen 365 dagen) een volgende, seriële prestatie in rekening gebracht worden als sprake is van een nieuwe zorgvraag.

Een nieuwe zorgvraag wordt bij een patiënt waarvoor minder dan 365 dagen geleden al een GB-GGZ prestatie is geopend als volgt gedefinieerd:

Er is sprake van een nieuwe zorgvraag als de behandeling van de patiënt is beëindigd en de patiënt onverwacht (voor zowel voor patiënt als behandelaar) terugkomt met de reeds bekende problematiek (terugval) of andere problematiek.

Ook voor deze nieuwe zorgvraag moeten de elementen van het patiëntprofiel worden beschreven, te weten de DSM- stoornis, ernst problematiek, risico, complexiteit en beloop klachten.

Of er sprake is van een nieuwe zorgvraag wordt door de huisarts vastgesteld in samenspraak met de patiënt. De huisarts maakt zelfstandig de afweging of betrokkene hiervoor moet worden doorverwezen.

Er is géén sprake van een nieuwe zorgvraag als:

- de te leveren behandelminuten in de lopende behandeling hoger zijn dan het gemiddeld aantal minuten zoals deze door de NZa wordt gehanteerd voor het vaststellen van de tarieven voor de prestaties GB-GGZ.ⁱⁱ

- er sprake is van (neven)diagnoses. Het is dus niet toegestaan om vanwege het vóórkomen van meerdere diagnoses het integrale behandeltraject op te knippen in meerdere prestaties.

- gedurende de lopende behandeling blijkt dat er sprake is van een verzwaring van de zorgvraag. In dit geval dient de prestatie aangepast te worden of te worden doorverwezen naar de G-GGZ.

Dat er sprake is van een nieuwe zorgvraag dient door de behandelaar navolgbaar vastgelegd te worden in het patiëntdossier. Wanneer hier aanleiding toe is, kan een zorgverzekeraar de declaratie van de zorgaanbieder toetsen op basis van deze vastlegging.

ⁱ Officieel kader gb-ggz conform BR/REG-18120 en NR/REG-1804

- Een patiënt wordt verwezen naar de gb-ggz. Een vermoeden van een tot het verzekerde pakket behorende DSM-stoornis is een noodzakelijke voorwaarde voor toegang tot de verzekerde generalistische basis-ggz. Naast de huisarts en de medisch specialist is het aan de zorgverzekeraar om te bepalen wie mag verwijzen naar de ggz.

- De zorgaanbieder stelt vast of er al dan niet een DSM-stoornis aanwezig is.

Voor behandeling in de verzekerde generalistische basis-ggz dient een stoornis aanwezig te zijn. Indien er geen DSM-stoornis aanwezig is wordt de prestatie onvolledig behandeltraject (ovb) gedeclareerd bij de zorgverzekeraar (ZV).

- Voor de generalistische basis-ggz zijn de volgende vier integrale prestaties van toepassing:

- o generalistische basis-ggz Kort (BK)

- o generalistische basis-ggz (BM)

- o generalistische basis-ggz Intensief (BI)

- o generalistische basis-ggz Chronisch (BC)

Elk van deze prestaties omvat het geheel van behandelcomponenten ofwel behandeltraject en is gebaseerd op een afzonderlijk patiëntprofiel.

- Het patiëntprofiel is een weergave van de zorgvraagzwaarte van de patiënten per prestatie. Het patiëntprofiel is gebaseerd op de volgende criteria:
 - o DSM stoornis (moet vastgesteld zijn),
 - o ernst problematiek (licht, matig, ernstige, risicogevoelige stabiele of instabiele chronische, of ernstige in remissie),
 - o risico (laag tot matig),
 - o complexiteit (enkelvoudig beeld tot lage complexiteit)
 - o beloop klachten (beantwoordt aan de criteria uit de DSM-richtlijn voor het betreffende ziektebeeld).
 - Zorgvraagzwaarte is gerelateerd aan de patiënt (de zwaarte van de zorgvraag) en onderscheidt zich daarmee van zorgzwaarte, die is gericht op de zwaarte van de behandeling.
 - Het aantal minuten per prestatie is een indicatie van het aantal minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd die nodig is om de zorg aan de patiëntengroep te leveren. (Deze minuten zijn niet leidend hoe lang een behandeltraject duurt.)
 - Het behandeltraject wordt afgesloten als de behandeling van de patiënt eindigt. Daarvan is sprake als: de behandeling is afgerond, vermoeden van DSM-stoornis niet bevestigd, patiëntprofiel patiënt te zwaar voor generalistische basis-ggz, voortijdige beëindiging behandeling op initiatief van patiënt en/of behandelaar, overlijden van de patiënt, na 365 dagen of ingeval van overgang naar een andere bekostiging.
 - Wanneer tijdens het behandeltraject blijkt dat de patiënt op basis van (een verandering in) zorgvraagzwaarte een andere prestatie nodig heeft dan bij de start van het behandeltraject, wordt het patiëntprofiel en de prestatie aangepast. De patiënt wordt over de verandering geïnformeerd en deze verandering wordt vastgelegd in het patiëntdossier.
- Als de zorgaanbieder op enig moment constateert dat het patiëntenprofiel te zwaar is, wordt de patiënt doorverwezen naar de gespecialiseerde ggz of terugverwezen naar de huisarts. Indien minder dan 120 minuten zijn behandeld wordt er een ovb gedeclareerd bij de ZV. Zijn er meer dan 120 minuten behandeld dan wordt de ingezette prestatie gedeclareerd bij de ZV. De afsluitreden 'patiënt te zwaar voor de gb-ggz' kan bij aanvang, maar ook gedurende het behandeltraject of bij de eindevaluatie worden vastgesteld.

ⁱⁱ Een behandelaar mag ook een prestatie in rekening brengen als de geleverde minuten lager zijn dan het gemiddeld aantal minuten zoals deze door de NZa worden gehanteerd voor het vaststellen van de tarieven voor de GB-GGZ. Het vastgestelde/vast te stellen profiel i.c. de zorgvraagzwaarte van de patiënt is leidend voor de prestatie die in rekening gebracht kan worden.