

Toelichting maatregelen ggz

15 november 2011

Inleiding

Dit werkdocument is opgesteld door VWS. Het is bedoeld ter ondersteuning van de veldpartijen in de GGZ, zoals vertegenwoordigd in het periodiek overleg bekostiging GGZ, in de communicatie over de maatregelen GGZ met hun achterban. In het document zijn de vragen verwerkt die door de betrokken partijen zijn gesteld over de interpretatie en de implementatie van de maatregelen.

De toelichtingen en Q&A's kunnen bijvoorbeeld gebruikt worden als basis voor de informatie op de websites van de betreffende partijen.

Achtereenvolgens komen de volgende maatregelen aan de orde:

1. Eigen bijdrage tweedelijns ggz
2. Eigen bijdrage verblijf
3. Begrenzing tarief DBC boven 18.000 minuten
4. Aanpassingsstoornis uit pakket
5. Eerstelijns psychologische zorg en internetbehandeltraject
6. Zelf betalen no show
7. Budget- en tariefmaatregel
8. Scherpere inkoop zorgverzekeraars
9. Anonieme e-health

1. Eigen bijdrage tweedelijns ggz

1.1 Toelichting

De verzekerde van achttien jaar of ouder die gebruik maakt van tweedelijns GGZ betaalt met ingang van 1 januari 2012 een eigen bijdrage.

De verzekerde betaalt voor een DBC korter dan 100 minuten een eigen bijdrage van € 100. De verzekerde betaalt voor een DBC vanaf 100 minuten een eigen bijdrage van € 200. Over een kalenderjaar betaalt de verzekerde aan de eigen bijdragen niet meer dan € 200. Dit is dus exclusief de eigen bijdragen voor verblijf en eerstelijnspsychologische zorg. Dit betekent dat als de verzekerde in één kalenderjaar eerst een kortdurende DBC tot 100 minuten krijgt met een eigen bijdrage van € 100, en daarna zorg ontvangt met een DBC langer dan 100 minuten, hij niet meer dan € 100 eigen bijdrage voor de DBC langer dan 100 minuten hoeft te betalen. Beide DBC's moeten dan wel in hetzelfde kalenderjaar geopend zijn.

Er geldt geen eigen bijdrage voor:

- een DBC voor indirecte tijd;
- een DBC voor crisis;
- zorg zoals psychiaters of klinisch-psychologen die plegen te bieden aan een verzekerde die, met toepassing van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ), verblijft in een psychiatrisch ziekenhuis;
- zorg, indien bemoeizorg de aanleiding is voor het starten van de DBC;
- indien de DBC wordt geopend voordat iemand achttien jaar is, dan is hij geen eigen bijdrage verschuldigd.

1.2 Vraag en antwoord

- a. *Moet een eigen bijdrage behandeling worden betaald voor DBC's die zijn geopend voor 1-1-2012 maar doorlopen in 2012?*

Nee, de eigen bijdrage behandeling geldt alleen voor DBC's die op 1 januari 2012 of later zijn geopend.

- b. *Hoe moet bepaald worden wanneer het maximum bereikt is als de DBC over de jaargrens heenloopt en dus in twee kalenderjaren valt?*

De datum van opening van de DBC is bepalend voor toerekening aan het jaar. Dus een DBC die op 5-12-2012 wordt geopend, wordt toegerekend aan 2012 en de eigen bijdrage telt mee voor de maximering van €200 in 2012. Dit is ook het geval als een deel van de zorg in 2013 plaatsvindt.

- c. *Hoe om te gaan met een overgang naar een andere verzekeraar tijdens het jaar?*

De datum van opening van de DBC is bepalend. Als een DBC wordt geopend terwijl verzekerde bij verzekeraar 1 is ingeschreven en later dat jaar, als hij bij verzekeraar 2 is ingeschreven, wordt een tweede DBC geopend, dan moet hij de eigen bijdrage voor de eerste DBC betalen aan verzekeraar 1 en de eigen bijdrage voor tweede DBC aan verzekeraar 2 (geabstraheerd van de vraag of verzekeraars hebben geregeld of de aanbieders of zij zelf de eigen bijdragen innen). Als hij met beide eigen bijdragen over het maximum van € 200 per kalenderjaar heengaat, moet hij dit bij zijn nieuwe verzekeraar melden.

- d. *Wanneer een behandeling elementen van crishulp of bemoeizorg bevat, of indirecte tijd bevat, is de DBC dan altijd uitgesloten van de eigen bijdrage behandeling?*

Nee. Alleen de DBC's crisis en indirecte tijd zijn uitgezonderd van de eigen bijdrage behandeling, en de DBC's die gestart worden vanwege een Bopz maatregel of vanwege bemoeizorg.

e. *Welke van DBC zorgtypes betreffen BOPZ maatregelen?*

De volgende zorgtypes:

- Rechterlijke Machtiging;
- In bewaringstelling;
- Rechterlijke machtiging met voorwaarden.

Het betreft hier zowel de zorgtypes voor initiële DBC's als de zorgtypes voor vervolg-DBC's.

f. *Hoe kan de verzekeraar bepalen of er sprake is van de uitzonderingsgrond BOPZ opname?*

Verzekeraars mogen deze informatie op grond van Art. 87 Zvw 1e lid opvragen bij zorgaanbieders omdat dit noodzakelijk is voor de vervulling van hun taken. Onderzocht wordt nog hoe de informatie-uitwisseling op zo min mogelijk privacygevoelige wijze kan worden vormgegeven. De onderhoudspartijen werken het voorstel van Zorgverzekeraars Nederland uit om de BOPZ-zorgtypen en het zorgtype bemoeizorg naar eenzelfde code op de factuur af te leiden, zodat niet te zien is of het Bopz-zorg of bemoeizorg betreft, maar wel of er een eigen bijdrage verschuldigd is of juist niet.

g. *Geldt de eigen bijdrage GGZ ook voor TBS-ers?*

Nee.

h. *Wat houdt de uitzondering van bemoeizorg nu precies in?*

Er is geen eigen bijdrage van toepassing indien bemoeizorg de aanleiding is voor het starten de DBC. Door middel van het zorgtype "bemoeizorg" is zichtbaar of bemoeizorg de aanleiding was voor het starten van het zorgtraject in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Met deze werkwijze ziet de zorgverzekeraar aan de hand van de gedeclareerde DBC of er sprake is van een behandeling vanwege bemoeizorg. Voor de zorgverzekeraar is zo kenbaar dat er sprake is van zorg waarvoor geen eigen bijdrage geheven moet worden. De onderhoudspartijen werken het voorstel van Zorgverzekeraars Nederland uit om de BOPZ-zorgtypen en het zorgtype bemoeizorg naar eenzelfde code op de factuur af te leiden, zodat niet te zien is of het Bopz-zorg of bemoeizorg betreft, maar wel of er een eigen bijdrage verschuldigd is of juist niet.

i. *Moet de verzekerde op de begindatum van de DBC jonger zijn dan 18 om de leeftijdsgrens als uitsluitende conditie voor de eigen bijdrage voor behandeling te doen gelden?*

Ja, de verzekerde moet op de begindatum van de DBC jonger zijn dan 18.

j. *Hoe om te gaan met de behandeling van gezinnen? Moet er dan voor alle (volwassen) gezinsleden een eigen bijdrage voor behandeling worden betaald?*

Dit is afhankelijk van de vraag in hoeverre er sprake is van eigenstandige DBC's van de verschillende gezinsleden. Wanneer er bijvoorbeeld systeemgesprekken plaatsvinden als onderdeel van de behandeling van een kind, dan is er geen sprake van eigenstandige DBC's van de ouders. Dan is er geen eigen bijdrage verschuldigd. Indien verschillende gezinsleden echter een eigenstandige behandeling krijgen worden er verschillende DBC's geopend. De gezinsleden vanaf 18 jaar die een eigenstandige behandeling krijgen zijn dan ieder een eigen bijdrage verschuldigd.

k. *Welke partij is verantwoordelijk voor eigen bijdragen GGZ?*

Eigen bijdragen GGZ zijn onderdeel van de wet- en regelgeving in het kader van de Zvw. Zorgverzekeraars die de Zvw uitvoeren zijn financieel verantwoordelijk voor de eigen bijdragen en de uitvoering daarvan. Dit is op grond van Europees recht een eigen bevoegdheid van verzekeraars waar de overheid niet in mag treden. Verzekeraars kunnen zelf kiezen hoe eigen bijdragen worden uitgevoerd. Of zij doen de uitvoering zelf: dan

brengen zij eigen bijdragen zelf bij verzekerden in rekening en moeten zij die zelf innen. Of zij spreken met zorgaanbieders af dat aanbieders de eigen bijdragen uitvoeren. Aanbieders brengen dan eigen bijdragen bij cliënten in rekening en innen die ook. In dit tweede geval moet de opbrengst van de eigen bijdragen verrekend worden tussen verzekeraar en aanbieder.

l. Wanneer kan de eigen bijdrage in rekening worden gebracht?

Indien de verzekeraar er voor kiest de inning van de eigen bijdrage zelf uit te voeren en deze aan te laten sluiten op de huidige systematiek van DBC declaraties, dan kan de eigen bijdrage pas na het afsluiten van de DBC plaatsvinden, omdat dan voor de verzekeraar duidelijk is welke GGZ-zorg met welke DBC's zijn verleend. Indien de zorgaanbieder de eigen bijdrage int kan deze al eerder bepalen of er een eigen bijdrage verschuldigd is en deze dus al eerder in rekening brengen.

m. Wat gebeurt er als zorgaanbieders de eigen bijdrage voor eigen rekening nemen?

Als de zorgaanbieder de eigen bijdrage voor de verzekeraar int, kan deze er voor kiezen de eigen bijdrage voor eigen rekening te nemen. In beginsel mag iedereen immers iets voor een ander betalen (schenking). Wel hangt het van de (inhoud van de) eventuele overeenkomsten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar af of de zorgaanbieder verplicht is de eigen bijdragen te innen. Als die afspraak bestaat, pleegt de zorgaanbieder wanprestatie als hij de eigen bijdrage toch zelf voor zijn rekening neemt.

n. Hoe verloopt het traject van inning van de eigen bijdrage bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder?

Zorgverzekeraars die de Zvw uitvoeren zijn financieel verantwoordelijk voor de eigen bijdragen en uitvoering daarvan. Dit is op grond van Europees recht een eigen bevoegdheid van verzekeraars. De overheid mag niet in die bevoegdheid van zorgverzekeraars treden. De overheid kan dus niet bepalen hoe het traject in dit geval dient te verlopen. Verzekeraars kunnen zelf kiezen hoe eigen bijdragen worden uitgevoerd. Ervan uitgaande dat de niet gecontracteerde zorgaanbieder de rekening aan de verzekerde presenteert, kan de verzekerde deze rekening bij zijn zorgverzekeraar indienen. De verzekeraar vergoedt de verzekerde conform de polis, verminderd met de eigen bijdrage (en het evt. nog resterende eigen risico).

o. Er is een DBC geopend bij een zorgaanbieder. Die DBC wordt afgesloten, vervolgens wordt een DBC geopend bij een andere zorgaanbieder. Moet de eigen bijdrage dan opnieuw betaald worden?

Over een kalenderjaar betaalt de verzekerde aan de eigen bijdragen per kalenderjaar niet meer dan € 200. Dit geldt ook bij wisseling van zorgaanbieder. Indien de verzekerde voor een in jaar x geopende DBC € 200 moet betalen, hoeft hij voor eventuele verdere in jaar x geopende DBC's geen eigen bijdrage meer te betalen. Indien de verzekerde voor een in jaar x geopende DBC € 100 moet betalen, hoeft hij voor een eventuele volgende in jaar x geopende DBC maximaal € 100 betalen. Dat geldt ook in het geval de latere DBC's door een andere zorgaanbieder worden geopend.

p. Wat gebeurt er als de verzekerde geen eigen bijdrage kan betalen?

De verzekerde kan de inner van de eigen bijdrage om een betalingsregeling verzoeken, bijv. om de eigen bijdrage in termijnen te voldoen. Mensen die, bijvoorbeeld door cumulatie van diverse betalingen, de eigen bijdrage echt niet kunnen opbrengen, kunnen bijzondere bijstand aanvragen. Als de verzekerde niet betaalt, kan de instantie die de eigen bijdrage oplegt en int incassomaatregelen treffen, met als uiterste maatregel dat hij naar de rechter stapt om uiteindelijk de vordering geïnd te krijgen. Het is aan de instantie die de eigen bijdrage oplegt en int om te bepalen hoe hier mee om te gaan.

- q. *Hoe moet de eigen bijdrage worden geregeld indien een somatische patiënt tijdens ziekenhuisopname binnen hetzelfde ziekenhuis door een somatisch en een psychiatrisch specialist behandeld moeten worden?*

Indien een verzekerde tijdens een ziekenhuisverblijf voor een somatische aandoening ook door een psychiater moet worden behandeld en daarvoor een GGZ-DBC wordt geopend, dan is deze verzekerde de eigen bijdrage in verband met behandeling verschuldigd. Omdat in dit geval het ziekenhuisverblijf niet in verband met een geneeskundige GGZ-behandeling plaatsvindt, geldt de eigen bijdrage voor GGZ-verblijf van € 145 per maand niet.

2. Eigen bijdrage verblijf

2.1 Toelichting

De verzekerde van achttien jaar of ouder betaalt vanaf 1 januari 2012 voor verblijf dat noodzakelijk is, in verband met zorg zoals psychiaters of klinisch-psychologen die plegen te bieden, een eigen bijdrage van € 145 per maand. Er is geen bijdrage verschuldigd gedurende de eerste 31 dagen van dat verblijf.

Een onderbreking van het verblijf van ten hoogste zeven dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 31 dagen. Na die onderbreking loopt de telling dus door. De dagen van de onderbreking tellen ook niet mee voor de berekening van de eigen bijdrage.

Indien de verzekerde een gedeelte van de maand is opgenomen, wordt het bedrag naar rato verlaagd. Over een gedeelte van een maand is de bijdrage gelijk aan het bedrag per maand, vermenigvuldigd met twaalf maal het aantal dagen waarover die bijdrage binnen die maand verschuldigd is en gedeeld door 365.

De eigen bijdrage voor verblijf is niet gekoppeld aan de DBC-systematiek. Indien bijvoorbeeld gedurende het onafgebroken verblijf een vervolg-DBC wordt geopend, heeft dat geen invloed op de berekening van de eigen bijdrage. Er begint geen nieuwe 31 dagen termijn. De eigen bijdrage voor verblijf is verschuldigd naast de eventuele eigen bijdrage voor de behandeling.

De enige uitzondering op de eigen bijdrage voor verblijf is de leeftijdsgrens. Verzekerden van jonger dan achttien jaar betalen geen eigen bijdrage voor verblijf. N.B. De overige uitzonderingen die van toepassing zijn op de reguliere eigen bijdrage ggz (bv behandeling vanwege BOPZ) zijn dus *niet* van toepassing op de eigen bijdrage voor verblijf.

2.2 Voorbeelden

- Als de verzekerde op dag twintig wordt ontslagen en na vier dagen weer wordt opgenomen, telt de eerste dag na de onderbreking als dag 21.
- Als de verzekerde op dag twintig wordt ontslagen en na tien dagen weer wordt opgenomen, telt de eerste dag na de onderbreking als dag één van de 31-dagen telling.
- Als de verzekerde na een verblijf van veertig dagen met ontslag gaat, en na zes dagen weer wordt opgenomen, is hij vanaf de eerste verblijfsdag na de onderbreking weer een eigen bijdrage verschuldigd.
- Als de verzekerde na een verblijf van veertig dagen met ontslag gaat, en na twaalf dagen weer wordt opgenomen, begint de 31 dagen termijn opnieuw te tellen vanaf de eerste verblijfsdag na de onderbreking.
- Als de verzekerde op zijn veertigste verblijfsdag de leeftijd van achttien jaar bereikt, is hij vanaf die dag een eigen bijdrage voor verblijf verschuldigd.

2.3 Vraag en antwoord

- a. *In hoeverre sluit de eigen bijdrage voor verblijf aan op de productstructuur DBC GGZ?*

De eigen bijdrage voor verblijf is niet gekoppeld aan de DBC-systematiek. Er is dus ook geen koppeling met de DBC GGZ productstructuur voor verblijf.

- b. *Welke definitie van een verblijfsdag dient gehanteerd te worden?*

De dag van opname is de eerste verblijfsdag, de dag van ontslag is de laatste verblijfsdag. Voor de 31-dagen telling geldt dat de telling begint bij de dag van opname. Voor het bepalen van de lengte van een onderbreking geldt dat de dag na ontslag de eerste dag van de onderbreking is. De dag vóór heropname is de laatste dag van de onderbreking.

c. Gelden weekend- en vakantieverlof als onderbreking?

Nee, verlof- en vakantiedagen gelden niet als onderbreking. Immers, de plaats in de instelling wordt voor de verzekerde met verlof vastgehouden/gereserveerd. Bij het bepalen van de hoogte van de eigen bijdrage in een bepaalde maand moeten eventuele verlofdagen dus meegerekend worden.

d. Geldt de eigen bijdrage verblijf ook voor DBC's die voor 1 januari 2012 zijn geopend?

Ja. De eigen bijdrage verblijf geldt vanaf 1 januari 2012. Niet de openingsdatum van de DBC is bepalend, maar het jaar waarin in de verblijfsdag valt.

e. Indien het bereiken van leeftijd 18 ná de begindatum van de DBC valt maar vóór de einddatum van de DBC plaatsvindt, geldt de leeftijdsgrens < 18 ook dan als uitsluitende conditie voor eigen bijdrage voor verblijf?

De eigen bijdrage verblijf start bij het bereiken van de volgende twee condities: leeftijd van 18 jaar en 31 dagen onafgebroken verblijf, ongeacht start- en einddatum van de DBC. Dus wanneer iemand op zijn 44ste verblijfsdag 18 jaar wordt, betaalt hij vanaf die dag een eigen bijdrage voor verblijf.

f. Is het mogelijk een bedrag per dag te hanteren in plaats van een bedrag per maand, ivm aansluiting op DBC systematiek?

Er is geen koppeling tussen de eigen bijdrage voor verblijf en de DBC-systematiek. Over een gedeelte van de maand is de eigen bijdrage gelijk aan het bedrag per maand, vermenigvuldigd met twaalf maal het aantal dagen waarop die bijdrage binnen die maand verschuldigd is en gedeeld door 365. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen zelf afspraken maken om er voor te zorgen dat de bovengenoemde formule eenduidig wordt gehanteerd. Ter illustratie de berekening van de eigen bijdrage van een verblijf van 41 dagen: $(41-31) \times 12 \times \text{€}145 / 365 = \text{€}47,67$.

g. Gelden crisis, BOPZ en bemoeizorg ook als uitsluitende conditie voor de eigen bijdrage voor verblijf?

Nee, crisis, BOPZ en bemoeizorg zijn alleen uitsluitende conditie voor de eigen bijdrage ggz in verband met behandeling.

h. Tellen de crisis- en BOPZ dagen mee in het aantal verblijfsdagen waarover een EB kan worden geheven?

Ja. Crisis en BOPZ zijn alleen een uitsluitende conditie voor de eigen bijdrage ggz in verband met behandeling.

i. Aan welk jaar dient de eigen bijdrage verblijf toe berekend te worden door de zorgverzekeraar?

De eigen bijdrage voor verblijf dient toe berekend te worden aan het jaar waarin de betreffende verblijfsdag valt.

j. Welke partij is verantwoordelijk voor eigen bijdrage verblijf?

Eigen bijdragen GGZ zijn onderdeel van wet- en regelgeving in het kader van Zvw. Zorgverzekeraars die Zvw uitvoeren zijn financieel verantwoordelijk voor de eigen bijdragen en uitvoering daarvan. Dit is op grond van Europees recht een eigen bevoegdheid verzekeraars waar de overheid niet in mag treden. Verzekeraars kunnen zelf kiezen hoe de eigen bijdragen worden uitgevoerd. Of zij doen de uitvoering zelf: dan brengen zij eigen bijdragen zelf bij verzekerden in rekening en moeten zij die zelf innen. Of zij spreken met

zorgaanbieders af dat aanbieders eigen bijdragen uitvoeren. Aanbieders brengen dan eigen bijdragen bij cliënten in rekening en innen die ook. In dit tweede geval moet de opbrengst van de eigen bijdragen verrekend worden tussen verzekeraar en aanbieder.

k. Wanneer kan eigen bijdrage verblijf in rekening worden gebracht?

Het is verstandig om deze eigen bijdrage tussentijds op te leggen. Dit voorkomt oploop van eigen bijdrage over enkele maanden. Over de eventuele hiervoor noodzakelijke tussentijdse gegevensuitwisseling dienen zorgverzekeraar en zorgaanbieder onderling afspraken te maken.

3. Begrenzing tarief DBC boven 18.000 minuten

3.1 Toelichting

Het tarief van DBC's van 18.000 minuten en langer wordt voor DBC's geopend vanaf 1 januari 2012 begrensd tot het tarief van dezelfde behandeling tot 18.000 minuten. Dit betekent dat het tarief van de DBC's die hoger zijn dan 18.000 minuten gelijkgesteld wordt met het tarief van dezelfde behandeling tot 18.000 minuten. Deze maatregel beperkt niet de aanspraak op zorg boven de 18.000 minuten.

Aangezien in de budgetsystematiek niet wordt gedifferentieerd naar DBC productgroepen gaat deze maatregel gepaard met een korting op het instellingsbudget van die instellingen die dit type zorg leveren. De totale korting komt uit op 26 miljoen euro. De aanwijzing hierover gaat binnenkort naar de NZa.

3.2 Vraag en antwoord

- a. *Mag een zorgaanbieder zorg leveren boven de 18000 minuten?*

Dat mag. Daarvoor geldt hetzelfde tarief als voor dezelfde behandeling tot 18000 minuten.

- b. *Blijven de productgroepen boven 18000 minuten bestaan?*

Waarschijnlijk blijven de productgroepen om uitvoeringstechnische redenen in ieder geval in de productstructuur van 2012 bestaan. Definitieve uitwerking van de maatregel vindt plaats door de NZa na verzending van een aanwijzing daartoe door VWS.

- c. *Zijn behandelingen langer dan 18000 minuten nog verzekerde zorg?*

Ja, behandelingen langer dan 18000 minuten blijven verzekerde zorg.

- d. *Mag een zorgaanbieder een vervolg-DBC openen om te voorkomen dat de DBC langer is dan 18000 minuten?*

Nee. Zie hiervoor de regels voor het sluiten en (her)openen DBC's van DBC Onderhoud. Dat wil zeggen: een DBC kan pas na 365 dagen, of wanneer de hoofdbehandelaar verwacht dat de laatste activiteit voor de patiënt is geleverd, worden afgesloten.

4. Aanpassingsstoornis uit het pakket

4.1 Toelichting

Vooruitlopend op een scherpere formulering van de Zvw-aanspraak voor geestelijke gezondheidszorg is de behandeling van aanpassingsstoornissen per 1 januari 2012 uit het Zvw pakket verwijderd. Dit geldt zowel voor eerstelijns als tweedelijns behandeling van deze stoornis. De behandeling van deze stoornis wordt dus niet meer vergoed vanuit de basisverzekering voor DBC's die zijn geopend vanaf 1-1-2012 of eerstelijnsconsulten die worden geleverd vanaf 1-1-2012.

4.2 Vraag en antwoord

- a. *Valt verblijf bij aanpassingsstoornissen nog onder het pakket?*

Verblijf bij behandeling van aanpassingsstoornissen valt niet meer onder het basispakket.

- b. *Welke uitzonderingen zijn er op de pakketuitname van de behandeling van aanpassingsstoornis?*

Er zijn geen uitzonderingen van toepassing.

- c. *Worden DBC's diagnostiek vergoed als de primaire diagnose een aanpassingsstoornis is?*

Dit type DBC's bevat geen behandelactiviteiten. Dus ook geen behandeling van de aanpassingsstoornis. DBC's diagnostiek worden daarom ook vergoed als de primaire diagnose aanpassingsstoornis blijkt te zijn.

- d. *Verdwijnen de DBC's aanpassingsstoornissen uit de DBC ggz productstructuur?*

Nee, de DBC's worden niet uit de productstructuur geschrapt.

- e. *Bij de bijzondere DBC productgroepen kort, crisis, alleen indirecte tijd en bij eerstelijns consulten is de diagnose niet zichtbaar op de factuur, terwijl het hier (wanneer sprake is van de primaire diagnose aanpassingsstoornis) niet langer om verzekerde zorg gaat. Hoe moet de zorgverzekeraar controleren of er sprake is van verzekerde of onverzekerde zorg?*

DBC O, CVZ en NZa werken aan het inzichtelijk maken van (on)verzekerde zorg in de DBC ggz productstructuur. In 2012 is bij de genoemde groepen het onderscheid helaas nog niet inzichtelijk, en zullen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zelf afspraken moeten maken over hoe om te gaan met dergelijke declaraties. Meest voor de hand liggende oplossing is dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspreken dat eerstgenoemde deze facturen rechtstreeks bij de verzekerde indienen.

- f. *Wanneer de secundaire stoornis een aanpassingsstoornis is, is de zorg dan verzekerd of onverzekerd?*

De zorg is dan verzekerd. Alleen wanneer de primaire stoornis (van een DBC) aanpassingsstoornis is, is er geen sprake van verzekerde zorg.

5. Eerstelijns psychologische zorg en internetbehandeltraject

5.1 Toelichting

Het aantal vergoede zittingen in de eerstelijns psychologische zorg wordt per 1-1-2012 verlaagd van acht naar vijf per kalenderjaar. Onder deze aanspraak valt ook het internetbehandeltraject. De eigen bijdrage eerstelijnspsychologische zorg wordt verhoogd tot € 20 per zitting. Voor een internetbehandeltraject geldt een eigen bijdrage van € 50

5.2 Vraag en antwoord

- a. *Hoe kan de aanspraak voor een verzekerde op het internettraject worden bepaald als hij al eerstelijns psychologische zorg heeft gehad, en vice versa? Hoe kan de eigen bijdrage voor een verzekerde in een dergelijk geval worden bepaald?*

Maximaal de marktwaarde van vijf zittingen eerstelijns psychologische zorg mag worden vergoed voor het internetbehandeltraject. Dus vijf x € 80 (marktprijs van een zitting eerstelijns psychologische zorg) = € 400. Daarbij geldt een eigen bijdrage van € 50.

Er mag binnen een bepaald jaar geen optelling plaatsvinden van vijf zittingen eerstelijns psychologische zorg en een internetbehandeltraject. Wel mag een combinatie plaatsvinden (internet + face to face) die optelt tot maximaal de marktwaarde van vijf zittingen eerstelijns psychologische zorg. Bijvoorbeeld een internetbehandeltraject met een marktwaarde van drie zittingen eerstelijns psychologische zorg + twee zittingen face to face.

De eigen bijdrage voor een internetbehandeltraject is altijd € 50. Bij bovengenoemd voorbeeld zou dan een eigen bijdrage gelden van € 50 voor het internetbehandeltraject + twee x € 20 voor de zittingen face to face = € 90.

6. Zelf betalen no show

6.1 Toelichting

In DBC's geopend vanaf 1-1-2012 kan een zorgaanbieder in het geval een patiënt niet op zijn afspraak komt, de tijd die hij niet anders kan besteden niet meer registreren in de DBC systematiek. Een aanbieder kan wel rechtstreeks de patiënt een rekening sturen voor de verloren tijd. Een zorgaanbieder dient hierover zijn patiënten van te voren te informeren. Zo kan een behandelaar bij aanvang van de behandeling duidelijk maken of en wanneer een niet nagekomen afspraak gedeclareerd wordt.

7. Budget en tariefmaatregel

7.1 Toelichting

Om de structurele overschrijdingen in de curatieve GGZ te redresseren, vindt per 2012 voor de curatieve GGZ een tariefkorting plaats van € 222 miljoen. VWS heeft de NZa gevraagd zowel de DBC-tarieven als de budgetten te korten. De NZa werkt de maatregel uit.

8. Scherpere inkoop zorgverzekeraars

8.1 Toelichting

Met verzekeraars is afgesproken dat zij het beschikbare macrokader voor de curatieve GGZ leidend laten zijn voor de zorginkoop voor de gehele tweedelijns curatieve GGZ. Verzekeraars maken omzetafspraken met gebudgetteerde instellingen, niet gebudgetteerde instellingen en voor zover mogelijk vrijgevestigde GGZ aanbieders. Daarnaast nemen verzekeraars volumebeheersende maatregelen door in de overeenkomst met vrijgevestigde aanbieders grenzen te stellen aan de hoeveelheid ingezette medebehandelaars (beperken 'verlengde armconstructie' bij vrijgevestigde aanbieders); in de overeenkomst omzetmaxima te bepalen aan de hand van maximale werkbare uren op jaarbasis; de restitutievergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te verlagen; in de contractering de verplichting op te nemen om minuutinformatie op te nemen op de factuur. De beoogde volume-beheersing moet voor zorgverzekeraars gezien worden als een maximale inspanningsverplichting, die hen niet vrijwaart van de wettelijke zorgplicht. Daarnaast wordt gekeken op welke wijze monitoring van de productie gedurende het jaar kan worden vormgegeven. De precieze vormgeving wordt nog bekend gemaakt.

9. Anonieme e-health

9.1 toelichting

Voor anonieme e-mental health is € 2 mln beschikbaar vanaf 2012. VWS heeft hiervoor een beleidskader opgesteld. Voor 2012 konden zorgaanbieders een subsidieaanvraag indienen tot 15 november 2011.