

## FAQ Geestelijke Gezondheidszorg

### Is er voor behandeling binnen de GGZ een verwijzing nodig?

Ja, voor behandeling binnen de GGZ is vooraf een schriftelijke verwijzing nodig. De originele verwijsbrief dient aanwezig te zijn in het verzekerden dossier.

Zorg en Zekerheid hanteert als verwijzers:

- Huisarts
- Bedrijfsarts
- Medisch specialist

Bij verwijzingen binnen de GGZ (bijv. van BGGZ naar SGGZ) mogen alle regiebehandelaars doorverwijzen.

### Welke beroepsgroepen mogen optreden als regiebehandelaar?

De volgende beroepsgroepen mogen als regiebehandelaar optreden in de Generalistische Basis GGZ:

- Vrijgevestigde en praktijken:
  - GZ-psycholoog
  - Psychotherapeut
  - Klinisch psycholoog
  - Klinisch neuropsycholoog
- Instellingen:
  - GZ-psycholoog
  - Psychotherapeut
  - Klinisch psycholoog
  - Klinisch neuropsycholoog
  - Verpleegkundig specialist ggz
  - Bij dementie: Specialist ouderengeneeskunde of Klinisch geriater
  - Bij verslaving of gokproblemen: Verslavingsarts

De volgende beroepsgroepen mogen als regiebehandelaar optreden in de Gespecialiseerde GGZ:

- Vrijgevestigde en praktijken:
  - Psychotherapeut
  - Klinisch Psycholoog
  - Klinisch neuropsycholoog
  - Psychiater
- Instellingen:
  - GZ-psycholoog
  - Psychotherapeut
  - Psychiater
  - Klinisch psycholoog
  - Klinisch neuropsycholoog
  - Verpleegkundig specialist ggz
  - Bij dementie: Specialist ouderengeneeskunde of Klinisch geriater
  - Bij verslaving of gokproblemen: Verslavingsarts

### **Welke eisen hanteert Zorg en Zekerheid ten aanzien van de praktijkomvang?**

Praktijken die na 1 januari 2014 voor het eerst een zorgovereenkomst aanvragen mogen maximaal 8 Fte regiebehandelaren in dienst hebben. Zorg en Zekerheid verstaat onder een vrijgevestigde praktijk een kleinschalige praktijk dicht bij de mensen. Per 1 januari 2014 zijn maximaal 3 locaties toegestaan voor nieuwe praktijken. Per behandellocatie dient er ten minste voor 80% van de tijd een regiebehandelaar aanwezig te zijn.

### **Hoe wordt het tariefpercentage bepaald?**

Het tariefpercentage voor de Basis GGZ is 90% van het landelijke tarief. Over het tariefpercentage in de Gespecialiseerde GGZ is op dit moment niet veel te zeggen. Zodra de NZa tarieven bekend zijn en de overeenkomsten over een paar maanden opgemaakt zijn kunnen we een beter antwoord geven.

### **Hanteert Zorg en Zekerheid een omzetplafond?**

Voor de vrijgevestigden en praktijken hanteert Zorg en Zekerheid geen omzetplafond. Wel hanteren wij een urenplafond. Dit urenplafond is voor een fulltime regiebehandelaar gebaseerd op 52 weken werken, 40 uur per week en een inzet van maximaal 20% medebehandelaars. Voor instellingen kan er een plafond worden gehanteerd. Dit wordt per instelling nader bekeken.

### **Hoe gaat Zorg en Zekerheid om met bevoorschotting?**

Bij de vrijgevestigden en praktijken geeft Zorg en Zekerheid geen voorschotten tenzij wij niet kunnen voldoen aan de financiële afspraken zoals gesteld in de overeenkomst. Wanneer wij niet aan de betaalvoorwaarden kunnen voldoen zal een declaratievoorschot gegeven worden. Voor grote instellingen ligt dit anders, zij kunnen hiervoor contact opnemen met de afdeling zorginkoop.

### **Welke afspraken gelden er als een prestatie/DBC doorloopt in het volgende jaar?**

Als in een bepaald jaar een prestatie Basis GGZ of een DBC is gestart voor een cliënt en de behandeling loopt door in het volgende jaar, dan gebeurt dit conform de afspraken die zijn gemaakt in het jaar waarin de prestatie/DBC is gestart. Op het moment dat het traject is beëindigd kan de prestatie gedeclareerd worden tegen het tarief dat is afgesproken in het jaar waarin de prestatie/DBC is geopend.

### **Hoe moet ik handelen bij een onterechte verwijzing naar de Generalistische Basis GGZ (GBGGZ)?**

Als de doorverwijzing niet terecht is en/of de behandelaar GBGGZ geen stoornis kan vaststellen, verwijst de behandelaar de verzekerde terug naar de huisarts en declareert de *Prestatie Onvolledig Behandeltraject*. Kern daarvan is dat de zorgaanbieder deze prestatie in rekening brengt als bij de verzekerde het vermoeden van een stoornis niet wordt bevestigd.

### **Hoe weet ik of een bepaalde DSM-5 stoornis of therapie wordt vergoed?**

Behandelingen voor DSM-5 stoornissen worden altijd vergoed bij gecontracteerde zorgverleners. Hier ligt ook een verwijzing aan ten grondslag. Het is dus van groot belang dat de verwijzing aanwezig is. Therapieën waarvoor geen verwijzing wordt uitgeschreven kennen geen vergoeding vanuit de ZVW maar kennen, naar gelang de polisvoorwaarden, wellicht wel een vergoeding vanuit de AV.