



Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Datum
28 juni 2013
Contactpersoon
Ir. P.M. van Rooij
Oms kenmerk
Dir/plrj/cecs/145454/2013
Onderwerp
Veldnorm hoofdbehandelaarschap

Bijlage(n)
1
Doorkiesnummer
8907
Uw kenmerk

Geachte mevrouw Schippers,

De afgelopen tijd is in het kader van de uitwerking van het bestuurlijk akkoord intensief gesproken over en gewerkt aan een veldnorm voor het hoofdbehandelaarschap in de ggz. Wij zijn blij u te kunnen melden dat op veel punten overeenstemming is bereikt en dat alle partijen het eens zijn geworden over de richting die de komende jaren wordt ingezet.

De ggz is volop in ontwikkeling en staat aan de vooravond van een grote herordening. Doelstelling daarvan is te zorgen dat patiënten snel op de goede plek komen voor hun behandeling en daar zo efficiënt en effectief mogelijk worden behandeld. De sector wil daarbij ook transparant zijn over de bereikte resultaten en voor zover relevant hoe die bereikt zijn. In dat kader wordt een aanpassing van de declaratiestandaard voorgesteld om te zorgen dat zorgverzekeraars en toezichthouders op deze wijze de informatie krijgen die nodig is voor hun (formele) controles.

Alle partijen zijn eensgezind over het feit dat het bereikte resultaat, gezien de huidige stand van zaken, goed neerzet wat op dit moment als veldnorm mogelijk is. De komende jaren moet op basis van nieuwe data en gekoppeld aan de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden een nadere definiëring en precisering plaatsvinden. De ideeën over hoe dat eindplaatje eruit zou moeten zien verschillen. Gezien de constructieve samenwerking en de inzet van alle partijen bij de totstandkoming van deze veldnorm zien wij dit proces echter met vertrouwen tegemoet.

Ook benadrukken de gezamenlijke partijen dat de consequenties van de veldnorm voor uitvoering, implementatie en registratiedruk goed moeten worden onderzocht.





Een aantal partijen heeft opmerkingen gemaakt, die zij graag mee willen geven bij deze veldnorm. U vindt deze in de bijlage.

Wij vertrouwen erop dat wij met deze veldnorm uw vraag hebben beantwoord en dat deze de komende jaren gehanteerd kan worden als uitgangspunt voor beleid en uitvoering en zijn uiteraard graag bereid tot nadere toelichting.

Met vriendelijke groet,

Ir. P.M. van Rooij,
directeur.

Bijlage

Aanvullende opmerkingen van partijen bij de opgestelde veldnorm

- De NVVP is van mening dat de veldnorm weliswaar ruimte geeft voor invulling van het hoofdbehandelaarschap door psychotherapeuten, maar dat in de veldnorm expliciet moet worden vastgelegd dat psychotherapeuten patiënten in de gespecialiseerde ggz behandelen en dat dat ook in vrije vestiging kan gebeuren. Zij zijn van mening dat dit volgt uit de afspraken in het bestuurlijk akkoord toekomst ggz.
- De NVvP is van mening dat bij de definitie van gespecialiseerde ggz in het bestuurlijk akkoord past dat psychiaters, klinisch psychologen en geriateren het hoofdbehandelaarschap invullen. De NVvP deelt de opvatting dat dit niet meteen realiseerbaar is en dat er een implementatieperiode noodzakelijk is, maar is van mening dat dit als eindmodel in 2015 gerealiseerd moet kunnen zijn.
- V&VN pleit expliciet en zonder voorbehoud voor de verpleegkundig specialist als hoofdbehandelaar in zowel de generalistische basis ggz als in de gespecialiseerde ggz. Daarnaast wijst zij erop dat de 'verlengde arm-constructie' waar in de inleiding over gesproken wordt een achterhaald concept is.
- Een aantal partijen geeft aan dat de HBO+verpleegkundige/SPV in het BIG niet onderscheidend is gedefinieerd en dat dit de controles moeilijker maakt. Gezien het belang van de mogelijkheid van hoofdbehandelaarschap van deze professional voor vooral chronische patiënten is er echter toch voor gekozen.
- ZN is van mening dat de voorliggende notitie het label 'veldnorm' nog niet verdient en meer een maximale opsomming van beroepen is die zichzelf bevoegd en bekwaam achten voor het hoofdbehandelaarschap in de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz. Daarbij merken zij wel op dat de zorgverzekeraars eigen beleid kunnen voeren over de invulling van het hoofdbehandelaarschap en dat wellicht in hun polisvoorwaarden en/of contracteerbeleid zullen opnemen. ZN is bereid aandacht te vragen bij haar leden voor de overgang van de huidige situatie naar de gewenste situatie in de contractering voor 2014. Tot slot zou ZN graag de verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar nog smarter formuleren.

notitie

Aan
Partijen bestuurlijk akkoord

Datum
28 juni 2013
Van
Ir. P.M. van Rooij
Onderwerp
Hoofdbehandelaarschap

Bijlage(n)
Doorkiesnummer
033-4608907
Ons kenmerk

Voorafgaand

In het bestuurlijk akkoord is afgesproken:

Vanuit kwaliteitsoverwegingen spreken zorgverzekeraars en zorgaanbieders landelijk in 2012 criteria af waaronder taakherschikking en taakdelegatie plaatsvindt en wat de rol van de hoofdbehandelaar is (mede in het licht van de verlengde-arm-constructie). Het streven moet zijn dat de zorg steeds geboden wordt door de hulpverlener die daartoe het best geëquipeerd is en die de zorg het meest doelmatig kan bieden.

Het ministerie van VWS heeft de IGZ gevraagd met een advies te komen hoe een veldnorm hoofdbehandelaarschap er uit zou kunnen zien. De IGZ heeft begin mei haar conceptadvies opgeleverd voor invulling van het hoofdbehandelaarschap in de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz. Aangezien er veel discussie ontstond over dit pre advies van de IGZ en er getwijfeld werd aan de realiseerbaarheid ervan op korte termijn, is aan veldpartijen betrokken bij het bestuurlijk akkoord ggz gevraagd met een voorstel te komen voor een veldnorm.

In het directieoverleg van het bestuurlijk akkoord ggz van 30 mei is door partijen geconcludeerd dat er teveel doelstellingen tegelijk aan het hoofdbehandelaarschap gekoppeld worden, waardoor het moeilijk wordt consensus te vinden. Ook is geconcludeerd dat de koppeling aan de nu in ontwikkeling zijnde nieuwe echelons van generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz het lastig maakt omdat nog niet duidelijk is waar de scheiding precies komt. De echelonnering heeft niet tot primaire doel om tot een indeling van aan domeinen gekoppelde beroepsgroepen te komen, maar is bedoeld om duidelijk te maken hoe patiënten, afhankelijk van hun zorgvraag, hun weg vinden in het aanbod van de ggz.

Partijen zijn het erover eens dat het voorstel ruimte moet geven om vanuit de huidige praktijk naar een nieuwe toekomst toe te werken. De komende jaren zullen leren hoe patiënten zich over de drie echelons huisarts/POH, generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz gaan bewegen en of deze echelons voldoende helder en afgebakend gedefinieerd zijn. De verwachting is dat binnen de gespecialiseerde ggz, lerend vanuit de praktijk en dat vertalend naar kwaliteitsstandaarden, tot verdere specificatie en differentiatie wordt gekomen, en daarmee tot gerichtere, aan doelgroepen, aandoeningen en zorgzwaarte gekoppelde invulling van het hoofdbehandelaarschap. Daarmee zal duidelijk worden dat er een belangrijk deel is van deze zorg waarin het wenselijk en zelfs noodzakelijk is dat de psychiater de verantwoordelijkheid voor de behandeling moet nemen. Dit moet worden uitgewerkt en op implementatieconsequenties worden onderzocht. Deze veldnorm heeft derhalve betrekking op de jaren 2014 en 2015. Voorstel is op basis van nieuwe empirie en kwaliteitsstandaarden eind 2015 te komen tot verdere specificatie van het hoofdbehandelaarschap in beide echelons.

Vragen

In het directieoverleg is afgesproken dat de volgende vragen beantwoord moeten worden:

1. Wat is de inhoud van hoofdbehandelaarschap?
2. Wie kan het hoofdbehandelaarschap voor welke zorg en in welke setting invullen?
3. Wat zijn de implicaties van dit scenario voor doelmatige en effectieve zorg, voor de kostprijzen en de uitvoering en op welke termijn kan het gerealiseerd worden?
4. Hoe komen we tot controleerbare declaraties waarop zowel voor patiënt als zorgverzekeraar duidelijk is wie de verantwoordelijk behandelaar is en hoeveel tijd die verantwoordelijk behandelaar zelf heeft besteed?

Na beantwoording van deze vragen kan een besluit worden genomen over de invulling en over het implementatietraject.

Veldnorm

Uitgangspunten voor de veldnorm:

Vanuit de afspraken in het bestuurlijk akkoord zijn de volgende uitgangspunten te destilleren:

- a. In de generalistische basis-ggz is sprake van DSM benoemde stoornissen met een veelal lichte tot matige, niet complexe problematiek. De producten zijn gemaximeerd op een inzet van 750 minuten tijd (directe en indirecte patiëntenzorg). Dat zijn gemiddeld max. 12-13 gesprekken.
- b. De gespecialiseerde ggz kenmerkt zich door een hogere mate van complexiteit waarbij een zwaarder beroep op specialistische kennis nodig is. Het kenmerkt zich o.a. door een sterkere diagnostische functie onder verantwoordelijkheid van de klinisch psycholoog, psychotherapeut of psychiater. Belangrijk is dat de diagnostische functie door een op de doelgroep gerichte professional wordt ingevuld. Dit betekent dat in de praktijk voor specifieke diagnoses ook anderen, mits bekwaam en bevoegd, deze taak kunnen invullen.
- c. We beschouwen de zorg als continuüm en benaderen daarom het hoofdbehandelaarschap voor generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz in samenhang. In het continuüm van zorg worden patiënten die niet aan de criteria onder a. en b. voldoen, maar gezien de aard van hun stoornis en de geldende richtlijnen langdurig (langer dan 750 minuten) behandeld moeten worden, ook behandeld (gefinancierd) vanuit de gespecialiseerde ggz. Centraal staat immers wat de patiënt nodig heeft. De patiënt moet zo min mogelijk last hebben van schotten tussen echelons. De huisarts is cruciaal in de toeleiding naar de juiste zorg passend bij de zorgvraag en de situatie van de patiënt.
- d. Uitgangspunt is voor alle patiënten een spoedige en effectieve behandeling te kunnen bieden, passende zorg op basis van wetenschappelijke inzichten, professionele expertise en ervaringskennis.
- e. Het bestuurlijk akkoord ggz vormt de context voor de concrete invulling van het hoofdbehandelaarschap. In het BA ggz is afgesproken dat partijen het essentieel vinden dat de ggz in Nederland van hoogstaande kwaliteit is. Om de zorg adequaat rondom de patiënt te organiseren, doelmatig en in goede samenhang geleverd door de juiste behandelaar, is een multidisciplinaire samenwerking tussen professionals nodig.
- f. De somatiek en ggz dienen qua verantwoordingsinformatie gelijk behandeld te worden.
- g. Patiënten hebben (binnen de ruimte van hun individuele zorgverzekeringpolis) keuzevrijheid naar wie zij zich wenden voor een behandeling. De behandelaar is verantwoordelijk voor het vaststellen of hij/zij bevoegd en bekwaam is.

3. De inhoud van het hoofdbehandelaarschap

Waar gesproken wordt over contact of overleg moet er rekening mee worden gehouden dat de ICT-ontwikkelingen snel gaan en dat (een deel van) de hieronder genoemde verantwoordelijkheden via nieuwe media worden uitgeoefend. Ook zal de techniek in de toekomst hiervoor nieuwe mogelijkheden bieden.

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.¹

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 medebehandelaars² 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. Medebehandelaars 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 communicatie³ 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.

¹ Aangezien het behandeltraject in de generalistische basis ggz kortdurend is, is het voor de patiënt in dit kader vaak niet wenselijk dat delen van het diagnostische traject worden uitbesteed.

² Tot de medebehandelaren behoren professionals uit zowel de medische, psychologische als verpleegkundige discipline

³ De hoofdbehandelaar volgt bij al deze stappen de afspraken zoals die zijn vastgelegd in de door LPGGz, NPCF, Consumentenbond en GGZ Nederland overeengekomen algemene leveringsvoorwaarden ggz (<http://www.ggznederland.nl/patient-en-kwaliteitswetgeving/leveringsvoorwaarden/zvw-leveringsvw-patient-zorginstelling-2012.pdf>) Voor aanbieders die deze leveringsvoorwaarden niet hanteren geldt dat de hoofdbehandelaar er zorg voor dient te dragen:

1. dat de cliënt kennis heeft genomen van de gestelde diagnose en dat deze nader is toegelicht

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 DBC-spelregels.

Uitgangspunt is keuzevrijheid voor een passende zorgaanbieder voor de patiënt, waarbij van belang is dat er afspraken zijn gemaakt over de beschikbaarheid van een (7x24-uurs) beschikbare multidisciplinaire setting als achterwacht.

4. De invulling van het hoofdbehandelaarschap

Voorstel is het hoofdbehandelaarschap niet alleen te definiëren langs de lijn van de generalistische basis-ggz of gespecialiseerde ggz, aangezien de precieze afbakening tussen die domeinen de komende jaren nog moet worden ingevuld en het onderscheid bovendien te grofmazig is om recht te doen aan de differentiatie en specialisatie en deskundigheid van de verschillende beroepen. Ook willen we niet op voorhand de mogelijkheid van taakdifferentiatie en taakdelegatie uitsluiten. Het is juist de bedoeling dat de zorg doelmatig geleverd wordt door de best geëquipeerde professional, aansluitend op de vraag van de patiënt. Het is aan professionals zelf deze afweging te maken, binnen de ruimte die richtlijnen en de kwaliteitswet daarvoor bieden. Hiermee sluiten we aan op de systematiek van de somatiek. Hierna wordt een duiding gegeven van hoe het hoofdbehandelaarschap ingevuld wordt.

Generalistische basis-ggz

De toekomstige generalistische basis-ggz komt enerzijds voort uit de zorg die nu door eerstelijnspsychologen en door ggz

instellingen in en rondom de huisartsenpraktijken wordt geleverd én anderzijds de veelal lichte tot matige, niet complexe problematiek die nu nog onder de tweedelijns ggz-financiering wordt verantwoordend behandeld. Het betreft het deel dat nu via kortdurende DBC's (tot 750 minuten) wordt gedeclareerd. Bij hoofdbehandelaars in de generalistische basis-ggz gaat het om de BIG geregistreerde hulpverleners uit de medische, psychologische en verpleegkundige disciplines:

- *Eerstelijns psycholoog*
- *GZ psycholoog*
- *Verpleegkundig specialist*

-
2. dat de cliënt geïnformeerd wordt over de behandelmogelijkheden
 3. dat het behandelplan in overleg met de cliënt is opgesteld en dat de cliënt met het behandelplan instemt (informed consent)
 4. dat de cliënt de beschikking krijgt over behandelvoortgangsinformatie (o.a. ROM-uitkomsten)
 5. dat de voortgang van de behandeling periodiek wordt geëvalueerd met de cliënt en het behandelplan eventueel wordt bijgesteld op basis van gelijkwaardigheid (shared decision making).
 6. dat de familie/naastbetrokkenen geïnformeerd worden bij vaststelling behandelplan en het verloop van de behandeling (na toestemming van de cliënt)
 7. dat de klachten samen met de cliënt zijn geïnventariseerd en geanalyseerd

- *Orthopedagoog generalist*
- *Verslavingsarts*
- *Specialist ouderengeneeskunde*
- *Psychotherapeut*
- *Psychiater*
- *Klinisch psycholoog*
- *Klinisch neuropsycholoog*
- *Klinisch geriater*
- *Kinder- en jeugdpsycholoog*
- *HBO+ verpleegkundige/SPV*

Inzet van medisch specialisten als hoofdbehandelaar in de generalistische basis-ggz zal naar verwachting uitzondering zijn, daar zij veelal middels consultatie betrokken zullen worden. De HBO+ verpleegkundige/SPV kan alleen als hoofdbehandelaar in de generalistische basis-ggz worden ingezet bij patiënten in een stabiele chronische fase.

Gespecialiseerde ggz

De gespecialiseerde ggz is in het bestuurlijk akkoord beschreven als gekenmerkt door hoge complexiteit waarbij een zwaar beroep op specialistische kennis nodig is. In de praktijk is er uiteraard behoorlijke variatie in de doelgroep die niet in de basis ggz behandeld kan worden. Kijkend naar de huidige werkelijkheid richt de gespecialiseerde ggz zich de komende jaren op patiënten met meer complexe ggz problematiek die vaker een doelgroep gerichte (vaak diagnosegerichte) behandeling vragen. Die behandelingen worden veelal vormgegeven vanuit een team waarin zowel de medische, psychologische als verpleegkundige disciplines vertegenwoordigd zijn, zodat alle aspecten van de problematiek adequaat behandeld kunnen worden. Daarnaast worden deze behandelingen vormgegeven door vrijgevestigden.

De behandeling van de patiënt vangt aan met de diagnostische fase. Tijdens deze diagnostische fase is, afhankelijk van de problematiek van de patiënt (bepaald door de verwijzingsinformatie) te allen tijde een psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts of klinisch geriater verantwoordelijk voor de initiële diagnostiek. Deze professional bepaalt aan de hand van de diagnostiek welke professional vervolgens als hoofdbehandelaar verantwoordelijk is voor de verdere uitvoering van de behandeling. In de DBC validatieregels is vastgelegd dat initiële DBC's alleen gedeclareerd kunnen worden als één van deze beroepen (psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts of klinisch geriater) directe tijd heeft geschreven in de DBC.

Het hoofdbehandelaarschap kan worden uitgevoerd door een professional uit de medische, psychologische of verpleegkundige discipline mits beschikkend over een BIG registratie en werkend in een multidisciplinaire context waarbinnen één van volgende beroepsgroepen direct beschikbaar is:

- Psychiater
- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog
- Psychotherapeut
- Specialist ouderengeneeskunde
- Verslavingsarts
- Klinisch geriater
- Verpleegkundig specialist (alleen bij patiënten met chronische problematiek, wanneer het verpleegkundig domein dominant is)

Ook voor de groep patiënten die conform de richtlijnen langduriger behandeld moet worden dan de mogelijkheden die de generalistische basis-ggz hiervoor biedt kunnen deze professionals het hoofdbehandelaarschap invullen. Partijen werken zo spoedig mogelijk toe naar een situatie waarin de verantwoordelijke professional voor de diagnosefase ook hoofdbehandelaar is in de uitvoering van zorg.

Vrijgevestigden, behandelteams en specifiek de bij de diagnostiek noodzakelijk te betrekken professionals dienen ruime ervaring te hebben in de behandeling en diagnostiek van de specifieke doelgroep, zich uitend in een minimaal aantal patiënten per jaar en het werken volgens de (indien aanwezige) multidisciplinaire richtlijnen.

De complexiteit van de ggz-problematiek komt tot uiting als de behandeling conform richtlijnen langer dan 750 minuten duurt of komt tot uiting in een laag maatschappelijk functioneren (GAF < 50), problematiek op meerdere levensgebieden, een combinatie van psychiatrische diagnoses, een combinatie met een verstandelijke handicap, somatische comorbiditeit, agressie, suicidaliteit of het hebben van een strafrechtelijke of civielrechtelijke maatregel.

5. Implementatie

In 2010 werden volgens de NZa bijna 1 miljoen mensen behandeld in de tweedelijns curatieve ggz en ruim 350.000 in de eerste lijn door zo'n 4700 eerstelijnspsychologen, 2450 vrijgevestigden en meer dan 250 instellingen. Met de introductie van de generalistische basis-ggz en de versterking van de eerstelijns wordt beoogd zo'n 20% van de behandeling die nu in de tweedelijns ggz worden gegeven te verplaatsen naar de generalistische basis-ggz. Dit geeft ruimte om in de gespecialiseerde ggz de meer complexe patiënten te behandelen. Tabel 1 geeft het huidige aantal professionals in de verschillende in deze notitie genoemde beroepen.

	Aantal geregistreerd	Werkzaam in de ggz (fte)
Psychiater	3299	2415
Klinisch psycholoog	2008	1480
Klinisch neuropsycholoog	113	37
Ggz verpleegkundig specialist	438	338
Klinisch geriater	210	?
Verslavingsarts	114	114
Gz-psycholoog	10571	4841

Psychotherapeut	3093	1538
totaal	19.846	10.763

Een aanzienlijk deel van deze capaciteit is niet direct beschikbaar voor behandelingen voor de zorgverzekeringswet. Die capaciteit is kleiner om verschillende redenen:

- Een belangrijk deel van deze functionarissen werkt in de GGZ maar binnen de domeinen AWBZ, Justitie, gemeenten en bureaus jeugdzorg
- Een deel heeft opleidingstaken of vervult wetenschappelijk onderzoek
- Een deel van de tijd wordt besteed aan kwaliteitsontwikkelingen en verbetering van zorgprogramma's.
- Een deel is directeur of inhoudelijk manager van een zorginstelling
- Een deel (5%) van de capaciteit valt uit als gevolg van ziekteverzuim
- Een deel van hen heeft grotere rol in de nieuwe wet 'Verplichte ggz'.

Het voorstel uit deze notitie sluit aan op de huidige praktijk waarin taakherschikking en taakdelegatie de richting zijn en steeds meer gebruik wordt gemaakt van nieuwe media. Implementatie van dit voorstel op korte termijn is daarmee overzienbaar. Desondanks zijn partijen van mening dat een grondige voorbereiding van de implementatie nodig is om te voorkomen dat patiënten tussen wal en schip gaan vallen.

6. Declaratiebepalingen en controleerbaarheid

In de declaratiebepaling van de NZa staat:

hoofdbehandelaar: zorgverlener, al dan niet in dienst van een rechtspersoon als bedoeld onder d, die, in reactie op de zorgvraag van een cliënt, bij die cliënt de diagnose stelt en onder wiens verantwoordelijkheid het DBC-traject van die cliënt wordt doorlopen. Uitsluitend zorgverleners met een beroep dat is opgenomen in het BIG-register en die bevoegd en bekwaam zijn om cliënten te classificeren volgens de systematiek van de DSM-IV-TR kunnen als hoofdbehandelaar worden aangemerkt.

In de algemene declaratiebepalingen staat:

Voor het leveren van zorg aan een cliënt kan de zorgaanbieder een bij deze zorg behorend DBC-tarief declareren indien voldaan is aan de volgende voorwaarden:

- het gehele DBC-traject is afgesloten overeenkomstig het document 'Spelregels DBC-registratie GGZ 2013';*
- de stappen die het DBC-traject omvatten, te weten: openen, typeren, registreren, sluiten en valideren, zijn volledig doorlopen;*
- de onder b genoemde stappen, met uitzondering van valideren, vinden plaats door of onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar.*
- de hoofdbehandelaar, als bedoeld in artikel 3, g, heeft voor het stellen van een diagnose, direct cliëntgebonden tijd, zoals genoemd in bijlage 6 van het document 'Spelregels DBC-registratie GGZ 2013', besteed aan de cliënt waarvoor wordt gedeclareerd.*

e. het aantal geleverde minuten direct cliëntgebonden tijd, als bedoeld onder d, is geregistreerd op een dusdanige manier dat effectieve controle door de zorgverzekeraar mogelijk is.

Bij de gegevens op de factuur staat opgenomen:

9.5 AGB-code

Voor zelfstandig gevestigde zorgaanbieders: de AGB-zorgverlenerscode en – indien van toepassing - de AGB-praktijkcode.

Voor instellingen: de AGB-instellingscode en - indien van toepassing - de AGB-zorgverlenerscode.

Partijen stellen voor de definitie en de uitwerking van het hoofdbehandelaarschap in de declaratiebepalingen niet te wijzigen, maar aan de gegevens op de factuur toe te voegen de verplichting aan instellingen om naast de AGB-instellingscode ook de AGB-code van de hoofdbehandelaar toe te voegen. We sluiten hierbij aan op de in de somatiek gebruikelijke systematiek.

Ook stellen wij voor de verplichting om aan de verplichte gegevens de totaal bestede tijd in een DBC toe te voegen. Bij de gecontracteerde zorginstellingen is dat momenteel al de praktijk.

Partijen vragen de NZa om voor definitieve besluitvorming onderzoek te doen naar de administratieve lastenverzwaring en de mogelijke implementatieproblemen.