

LKS

15 februari 2022

## Multidisciplinaire netwerken

### 1. Wat wordt verstaan onder multidisciplinaire lerende netwerken?

Met een multidisciplinair netwerk als bedoeld in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ wordt het volgende bedoeld.

Een lerend netwerk is een vorm van collegiaal leren, waar gewerkt wordt in een vaste groep, tijdens meerdere bijeenkomsten rond een gezamenlijk thema of casuïstiek. In een lerend netwerk wordt doelbewust kennis en ervaringen uitgewisseld over een bepaald kennisgebied. (Bijlage A, Begrippenlijst, pagina 35).

Multidisciplinair, tenzij....

In beginsel moeten lerende netwerken multidisciplinair zijn. Op de langere termijn zouden multidisciplinaire netwerken - omdat zorgverleners over de eigen grenzen heen kijken - een toegevoegde waarde voor de kwaliteit van zorg kunnen hebben. Echter, zorgaanbieders kunnen ook goede redenen hebben om te kiezen voor monodisciplinair leren, bijvoorbeeld omdat de waarde van multidisciplinair leren voor de specifieke context en setting er niet of beperkt is óf niet in verhouding staat tot de extra te leveren inspanningen en uiteindelijke kwaliteitswinst. Als zorgaanbieders weloverwogen kiezen voor monodisciplinair lerende netwerken, lichten zij die keuze toe in hun eigen Kwaliteitsstatuut.

Voor een deel van de ggz geldt dat leren en verbeteren vooral waarde krijgt in netwerken met vakgenoten. Daar voeren zij het gesprek over kwaliteitsstandaarden, het werken met zorgvraagtypering voor gepast gebruik, het inzetten van spiegelinformatie. Deze onderwerpen sluiten de komende jaren direct aan bij de behoefte van een deel van de ggz-professionals en bij actuele ontwikkelingen in de ggz. De organisatie en samenstelling van multidisciplinaire lerende netwerken naast het deelnemen aan de bestaande infrastructuur voor leren en verbeteren is voor deze zorgaanbieders in de praktijk onevenredig zwaar. Voor een ander deel ggz geldt dat de context juist vraagt om samen leren met beroepsbeoefenaren uit andere disciplines. Daar past een keuze voor een multidisciplinair netwerk goed bij. Dat kunnen overigens ook professionals uit andere sectoren zijn, niet alleen regiebehandelaren uit de ggz.

Kortom, de ggz is op veel dimensies divers: de behoefte van patiënten, de aard van de geleverde zorg, de context waarbinnen deze zorg moet worden geleverd, de kennis die daarvoor nodig is. Een betekenisvol lerend netwerk kan voor regiebehandelaren in hoogcomplexere zorgaanbod anders zijn dan voor zorgaanbieders die monodisciplinair werken en voor vrijgevestigden die tegelijk indicierend én coördinerend regiebehandelaar zijn. Alle regiebehandelaren moeten deelnemen aan lerende netwerken. De eis van multidisciplinariteit moet ook haalbaar en uitvoerbaar zijn. Zorgaanbieders kunnen alleen worden aangesproken op een resultaat dat zij ook daadwerkelijk kunnen realiseren.

Als zorgaanbieders kiezen voor deelname aan monodisciplinaire lerende netwerken, lichten zij deze keuze toe in hun eigen Kwaliteitsstatuut.

Het LKS is bedoeld om alle betrokkenen – patiënten, financiers, collega's, ketenpartners – inzicht te geven in de kwaliteit van de zorgaanbieder. Het is complementair met andere regelgeving vanuit de overheid, toezichthouders en beroepsverenigingen. Het Kwaliteitsstatuut van elke zorgaanbieder laat zien hoe deze samenwerkt in professionele en lerende netwerken. Deze transparantie is de waarde van het LKS.

## 2. Valt intervisie of MDO ook onder lerende netwerken?

Een lerend netwerk bestaat in beginsel uit ten minste vier andere regiebehandelaren uit twee of meer disciplines. Het gaat om de reflectie op de kwaliteit van indiceren en coördineren van zorg. Indien de intervisie hieraan voldoet zou het gebracht kunnen worden onder een vorm van lerend netwerk.

Een regulier MDO is niet hetzelfde als een multidisciplinair lerend netwerk. MDO is immers gericht op de kwaliteit en behandeling van de patiënt in plaats van dat het gericht is op de reflectie op de kwaliteit van indiceren en coördineren van zorg. Bovendien bestaat een lerend netwerk in beginsel uit ten minste vier andere regiebehandelaren uit twee of meer disciplines. De vraag is of dat in geval van een MDO ook zo is.

Het LKS stelt geen eisen aan MDO's of in welke situaties/op welke momenten een MDO plaats moet vinden. In die zin kun je op basis van het LKS niet afleiden dat er in cat A en/of cat B geen MDO plaats hoeft te vinden. Zo staat op blz. 10 van het LKS dat ook bij een laagcomplex zorgaanbod, de zorg multidisciplinair kan zijn. Als er sprake is van multidisciplinaire hulpverlening vinden er MDO's plaats, ongeacht de categorie.

## 3. Is er een minimum aantal deelnemers verplicht? Moeten alle leden van het lerende netwerk verplicht BIG geregistreerd zijn?

Het netwerk bestaat uit ten minste 4 andere regiebehandelaren. Dit impliceert dat deze leden BIG geregistreerd dienen te zijn. Naast het minimum van 4 regiebehandelaren kunnen er ook andere deelnemers zijn. Het gaat uiteindelijk om leren van elkaar, dus meer deelnemers (ook niet BIG-geregistreerd) is zeker een optie. Denk bijvoorbeeld aan de ervaringsdeskundige.

## 4. Wat wordt gezien als verschillende beroepsbeoefenaren als je als behandelaar voor meerdere beroepen bent opgeleid? Bijvoorbeeld zowel KP als PT?

In beginsel dient sprake te zijn van een multidisciplinair netwerk, dit betekent dat er sprake is van twee of meer disciplines. Multidisciplinair houdt de andere behandelaars in de GGZ in, niet per se uw eigen beroepsgroep. Bent u zelf opgeleid als klinisch psycholoog als ook psychotherapeut, dan is er sprake van meerdere specialismen. Houdt er ook wel rekening mee dat daarnaast een netwerk uit minstens 4 personen bestaat om uitwisseling en reflectie op kwaliteit mogelijk te maken.

## 5. Wat is het verschil tussen een professioneel netwerk en een lerend netwerk?

In geval van een professioneel netwerk gaat het om andere zorgaanbieders met wie er structurele samenwerkingsafspraken bestaan in het kader van de behandeling. Voorbeelden van samenwerkingsverbanden waarin de instelling participeert is bijvoorbeeld een regionaal netwerk jeugdzorg, veiligheidshuizen, etc. (voetnoot 28 bij vraag 5 format instellingen, pagina 48).

## 6. Is het verplicht om als lerend netwerk vaste leden te hebben? Of mag een netwerk ook bestaan uit een grote groep leden die in wisselende samenstelling samen komt?

Een lerend netwerk heeft als doel te reflecteren op de kwaliteit van zorg door de regiebehandelaren. Iedere regiebehandelaar dient minimaal twee keer per jaar te reflecteren. Een vaste samenstelling is niet een voorwaarde voor een lerend netwerk, echter is een wederzijds vertrouwen bij de uitwisseling cruciaal om een reflectie te garanderen.

## 7. Geldt de multidisciplinariteit van het lerende netwerk altijd? Ook voor (vaak monodisciplinair werkende) vrijevestigden?

Zie de inleiding voor een uitgebreide toelichting op deze vraag. Sprake is van multidisciplinair, tenzij..

8. Hoe toon ik de multidisciplinariteit in de praktijk aan? In hoeverre is men verplicht om deelname aan een lerend netwerk achteraf aan te kunnen tonen middels registratie? Wordt daarop gecontroleerd?

In het eigen Kwaliteitsstatuut beschrijf je hoe het (multidisciplinair) lerende netwerk is vormgegeven. Zo wordt er gevraagd wie er deelnemen. In het invulformat kun je zien waarop getoetst wordt door de gegevensmakelaar Mediquest. Toezichthoudende instanties of verzekeraars kunnen altijd informatie opvragen, ook over het lerend netwerk

### Regiebehandelaarschap

9. Hoe werkt het regiebehandelaarschap voor vrijgevestigde psychologen zonder BIG registratie?

In de GGZ kunnen alleen psychologen met een BIG registratie als regiebehandelaar optreden. Een uitzondering vormt de K&J psycholoog in het kader van de Regeling overgang Jeugdwet naar Zvw bij bereiken 18 jaar.

10. Hoe verhoudt de bepaling van wie regiebehandelaar kan zijn zich tot de bepalingen in de WvGGZ ten aanzien van wie zorgverantwoordelijke kan zijn?

Op grond van de wet verplichte GGZ is de zorgverantwoordelijke de persoon die samen met de betrokkene het zorgplan opstelt (of daar regie op uitvoert) en verantwoordelijk is voor de uitvoering van de verplichte zorg. Dat zou een psychiater of klinisch psycholoog kunnen zijn die verbonden is aan een behandelinstelling. De beperkte lijst van deskundigen als zorgverantwoordelijke (zie artikel 4 van de Regeling verplichte GGZ) is te verklaren daar in het kader van de WvGGZ sprake is van verplichte zorg.

11. Kan een behandelaar zowel coördinerend als indicerend regiebehandelaar zijn?

Ja, dit zijn twee rollen die door één persoon vervuld kunnen worden.

12. Mijn 'beroep' staat niet op de lijst van regiebehandelaren. Op basis waarvan is de lijst van regiebehandelaren samengesteld?

De 'lijst van regiebehandelaren' als bedoeld in het LKS is niet limitatief. Van belang is dat voldaan wordt aan de minimale opleidingsvereisten als gesteld bij de verschillende categorieën als genoemd in tabel 1 van paragraaf 2.8.4 van het LKS. Dit betekent dat verschillende professionals ingezet kunnen worden.

De implementatie van het LKS is op dit punt echter nog niet uitontwikkeld. De komende periode wordt onderzocht hoe de verschillende categorieën van complexiteit van situaties geduid kunnen worden zodat vervolgens daar de juiste professional met de juiste competenties aan gekoppeld kan worden als regiebehandelaar. Om voor de korte termijn ook al duidelijkheid te bieden is door de gezamenlijke partijen binnen het programma ZPM voor de korte termijn een lijst samengesteld met de professionals die regie behandelaar binnen de kaders van het LKS zouden kunnen zijn<sup>1</sup>.

13. Doorontwikkeling LKS is voor de langere termijn, wat is dan de werkwijze voor de korte termijn in het kader van de regiebehandelaar?

Ook op de korte termijn moet het LKS uitvoerbaar zijn. Omdat het partijen maar niet lukt om vanuit het LKS een goede aansluiting te vinden op het nieuwe Zorgprestatiemodel (ZPM), is vanuit het programma ZPM-aansluiting gezocht met het LKS. Binnen de kaders van het LKS is met een

---

<sup>1</sup> [Veldafpraak-Tijdelijke-invulling-regiebehandelaarschap-2022.pdf \(zorgprestatiemodel.nl\)](#)

veldafspraak een tijdelijke nadere invulling aan het regiebehandelaarschap gegeven. Deze tijdelijke invulling voorkomt interpretatieverschillen en biedt duidelijkheid aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De klinisch psycholoog als ook de GZ-psycholoog kan optreden als regiebehandelaar<sup>2</sup>.

Net als voor de andere zorgstandaarden, geldt voor het LKS het principe van 'comply or explain'. Dit betekent dat de zorgaanbieder zich dient te houden aan het LKS, maar dat er in uitzonderingsgevallen gemotiveerd vanaf geweken kan worden.

Ter illustratie:

Indien nodig kan er in het eigen kwaliteitsstatuut gelet op de cliëntenpopulatie en personele samenstelling van de zorgaanbieder en vanuit oogpunt van kwaliteit en toegankelijkheid een afwijking van het LKS nodig zijn in die zin dat de gz-psycholoog naast de coördinerende rol ook in de rol van indicierend regiebehandelaar in categorie B wordt ingezet. Gelet op de eerdergenoemde veldafspraak tijdelijke nadere invulling aan het regiebehandelaarschap binnen het ZPM<sup>3</sup> lijkt dit een gelegitimeerde keuze.

Bovenstaande betekent in antwoord op de vraag dat indien je kunt motiveren dat je beroep wel bevoegd en bekwaam is om de betreffende rol te vervullen, je dit gemotiveerd kunt aangeven in het eigen kwaliteitsstatuut. Je kunt hiervoor de eerdergenoemde tijdelijke veldafspraken daar als motivering bij gebruiken. Naast deze Q&A is een korte concrete instructie beschikbaar hoe dit op te nemen is in de formats 3.0 (zie ook voetnoot 3).

#### 14. Wie is verantwoordelijk in geval er sprake is van regiebehandelaarschap?

De vraag of en wanneer een professional verantwoordelijk is, is afhankelijk van de feiten en omstandigheden van de desbetreffende casus. Ten algemene kan gezegd worden dat elke professional verantwoordelijk is voor het eigen beroepsmatig handelen. Zie hiervoor ook artikel 30 van de Beroepscode voor de psychologen van het NIP. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de regie over het zorgproces.

#### Formats 3.0

#### 15. Is er een voorbeeld ingevuld format beschikbaar?

Het NIP heeft een korte en concrete instructie opgesteld die gehanteerd kan worden bij het invullen van format 3.0<sup>3</sup>.

#### 16. Tot wanneer is het huidige individuele KS geldig?

Voor de zorginkoop zijn V1, V2 en V3 heel 2022 geldig. Uiterlijk 1 juli 2022 moet V3 zijn geüpload.

Voor wat betreft overige vragen over de geldigheid van de huidige formats verwijs ik naar het eerder op onze website verschenen algemene communicatiebericht LKS. Meer technische informatie over het invulformat en uploaden vind je op de website GGZ Kwaliteitsstatuut. De bijbehorende technische FAQ staan op faq-GGZ kwaliteitsstatuut.

#### 17. Voor welke datum moet het nieuwe format LKS ingevuld en ingediend zijn? Zijn er mogelijkheden om hiervoor extra tijd te krijgen?

---

<sup>2</sup> Zie voetnoot 1

<sup>3</sup> <https://www.psynip.nl/wp-content/uploads/2022/01/Handvat-bij-het-invullen-van-het-Kwaliteitsstatuut.pdf>

Het LKS treedt met ingang van 1 januari 2022 in werking. Je dient uiterlijk 1-7-2022 een nieuw Kwaliteitsstatuut (invulformat V3) up te loaden. Er zijn geen mogelijkheden om extra tijd te krijgen (voor zover ons nu bekend). Aanpassingen zijn wel mogelijk.

#### 18. Hoe zit het met de privacy vereisten bij het openbaar invullen van het format?

Mediquest voldoet als TTP aan alle daarvoor gestelde vereisten.

#### 19. Waar kan ik het format invullen?

Je kunt je kwaliteitsstatuut aanpassen door in te loggen op de website <https://ggzkwaliteitsstatuut.nl/Account/Login> en vervolgens naar 'statuut invullen/wijzigen' te navigeren

#### 20. Waar is de categorie indeling gebleven in het implementatieplan?

De categorie indeling uit het LKS sluit niet aan bij het ZPM. Omdat het ZPM ook per 1 januari 2022 in werking treedt is ervoor gekozen in het implementatieplan (en de daar op gebaseerde veldafpraak met de tijdelijke regeling regiebehandelaarschap) vooralsnog uit te gaan van de b-ggz en s-ggz indeling om extra administratieve lasten te voorkomen. Op termijn wordt meer aansluiting gezocht tussen LKS en ZPM. In het kwaliteitsstatuut moet om deze reden beide worden ingevuld.

#### 21. Waarin verschilt het nieuwe LKS van het oude LKS?

Belangrijke wijziging in het LKS is de categorie indelingen en de verschillende rollen van de regiebehandelaar. Ook is het multidisciplinaire lerende netwerk toegevoegd.

### Implementatie & informatie

#### 22. Hoe zeer loop ik als aanbieder risico door het implementatieplan te volgen?

Het implementatieplan is om formele redenen niet ingeschreven in de registers van het Zorginstituut. Dit betekent dat het plan niet in werking is getreden. Toch hebben we als merendeel van de veldpartijen in de GGZ afgesproken conform het implementatieplan te blijven handelen. Immers, om formele redenen is het niet doorggegaan, inhoudelijk zijn we het nog steeds met elkaar eens. Om deze reden zijn we tot de eerdergenoemde tijdelijke veldafpraak gekomen die inhoudelijk gebaseerd zijn op het implementatieplan. Deze tijdelijke veldafspraken zijn geaccordeerd in de bestuurlijke commissie van het zorgprestatie model. Zekerheidshalve zijn ze daarna nogmaals getoetst of de afspraken in lijn zijn met het LKS.

Wat betreft het risico het volgende. In beginsel geldt het LKS, maar tegelijkertijd ook het comply or explain principe (zie vraag 13). Kortom, indien er redenen zijn die de afwijking doen rechtvaardigen, is dat mogelijk. Hoewel wij van mening zijn dat deze redenen aanwezig zouden kunnen zijn (bijvoorbeeld de patiëntenstroom/ personeelsbestand/ kwaliteit van zorg/ veldafpraak) is op dit moment nog niet bekend of en hoe een toezichtbouder deze daadwerkelijk gaat beoordelen.

#### 23. Wat is de rol van de GZ-psycholoog in het implementatieplan?

In de tijdelijke veldafspraken wordt het overzicht met de tijdelijke invulling van het regiebehandelaarschap ZPM gehanteerd. Dit betekent dat de rol van de GZ-psycholoog als regiebehandelaar dezelfde is als nu: regiebehandelaar binnen de gehele generalistische basis GGZ en in instellingen in geval van de specialistische ggz. Voor de langere termijn wordt gewerkt aan meer duiding.

#### 24. Waar kan ik meer informatie over het LKS vinden?

Meer informatie over het LKS vind je op onze website en de website GGZkwaliteitsstatuut.nl en GGZ Landelijk Kwaliteitsstatuut | Zorginzicht.

## 25. Waar kan ik meer informatie over het implementatieplan vinden?

Het implementatieplan is niet in werking getreden. We hebben deze om onduidelijkheid in de communicatie en uitvoerbaarheid te voorkomen dan ook niet meer gepubliceerd. De eerdergenoemde tijdelijke veldafspraken zijn echter inhoudelijk gebaseerd op het implementatieplan. Deze afspraken zijn gepubliceerd op de [website van het zpm](#) en uiteraard ook terug te vinden op de site van het NIP.

## ZPM

### Samenwerking

#### 1. Hoe wordt in het Zorgprestatieplan (ZPM) het multi disciplinair overleg of intercollegiaal overleg bekostigd?

Valt de zorgaanbieder onder het Kwaliteitsstatuut sectie III? Dan hoeft het multidisciplinair overleg (MDO) niet meer te worden vastgelegd voor de declaratie. Het is verdisconteerd in het tarief.

Zorgaanbieders die onder sectie II van het Kwaliteitsstatuut vallen en die met een andere zorgverlener over een patiënt overleggen, mogen een intercollegiaal overleg registreren. De precieze voorwaarden staan in de beleidsregel van de NZa.

#### 2. Er is mogelijkheid tot declareren intercollegiaal overleg kort of lang. Staat dat ergens nader gespecificeerd?

Zie hiervoor hoofdstuk 5 van de Beleidsregel Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg. Van de prestatie Intercollegiaal overleg kan alleen gebruik gemaakt worden als er ook sprake is van de setting ambulant kwaliteitsstatuut sectie II. De prestatie is voor de tijd die besteed wordt door de consulterende zorgverlener voor patiënten die bij deze zorgverlener onder behandeling zijn. De prestatie is voor inhoudelijk overleg tussen twee of meer behandelaren genoemd in artikel 2.2 Consulten beroep van de zorgverlener, waarbij de verwijzer is uitgesloten. Het overleg moet in het belang zijn van de behandeling van een specifieke patiënt of het systeem rondom de specifieke patiënt. Hierbij is er sprake van een interactie, een direct wederkerig overleg tussen de behandelaren. Het resultaat van het overleg wordt vastgelegd in het patiëntendossier. Van deze prestatie bestaan twee vormen: kort (van 5 tot 15 minuten) en lang (vanaf 15 minuten).

#### 3. Ik huur andere collega's in of word ingehuurd, op welke manier is dit in het ZPM te bekostigen? Is hiervoor onderlinge dienstverlening in te zetten?

U kunt de zorg die u in opdracht van een aanvrager levert of als u iemand anders inhuurt via onderlinge dienstverlening in rekening brengen. Bij onderlinge dienstverlening gebruikt u de reguliere zorgprestatie en als die er niet is de prestatie 'onderlinge dienstverlening'. Hiervoor gelden de lijst met consultregistrerende beroepen en de veldafpraak omtrent de tijdelijke invulling voor het regiebehandelaarschap. Voor de langere termijn wordt gekeken naar de mogelijkheid om dit direct bij de zorgverzekeraar van de patiënt in rekening te brengen. Zie voor meer informatie hierover de informatiekaart onderlinge dienstverlening.

### Behandelduur

#### 4. Verdwijnt het onderscheid tussen basis ggz en de gespecialiseerde ggz?

Als het ZPM wordt ingevoerd, gaan voor basis-ggz en gespecialiseerde ggz dezelfde prestaties gelden. De NZa heeft bepaald dat de prestaties die voor basis-ggz in rekening worden gebracht een 'zorglabel' moeten meekrijgen. De basis-ggz zal dus voor zorgverlener, patiënt en zorgverzekeraar wel herkenbaar blijven. Het is niet uit te sluiten dat zorgverzekeraars voor gecontracteerde basis-ggz afspraken met zorgaanbieders zullen willen maken. Dit staat echter los van het Zorgprestatie model.

5. **Geldt er in de basis ggz en in de gespecialiseerde ggz een maximale behandelduur (maximale aantal minuten) in het nieuwe ZPM?**

Als het ZPM wordt ingevoerd, gaan voor basis-ggz en gespecialiseerde ggz dezelfde prestaties gelden. De bekostiging van basis-ggz gaat dan niet meer uit van genormeerde tijden. De Staatssecretaris bevestigt dat in zijn brief aan de Tweede Kamer over de invoering van het Zorgprestatie model, op pagina 9: In de basis-ggz vervallen de huidige genormeerde tarieven, die uitgaan van een bepaalde duur van het behandeltraject. Vanuit de bekostiging is er dan geen maximale behandelduur meer.

Tegelijkertijd wijst de Staatssecretaris op het belang van volumebeheersing en monitoring. Het is daarom niet uit te sluiten dat zorgverzekeraars voor gecontracteerde basis-ggz afspraken met zorgaanbieders zullen willen maken. Dit staat echter los van het ZPM.

De NZa heeft bepaald (ook met het oog op de monitoring die in de brief wordt genoemd) dat de prestaties die voor basis-ggz in rekening worden gebracht een 'zorglabel' moeten meekrijgen. De basis-ggz zal dus voor zorgverlener, patiënt en zorgverzekeraar wel herkenbaar blijven.

6. **Moet de behandeling na een jaar worden afgesloten zoals nu in de DBC systematiek het geval is?**

Nee, in het ZPM is geen maximale behandelduur of sluitingstermijn opgenomen. Het is echter niet uit te sluiten dat zorgverzekeraars voor gecontracteerde basis-ggz afspraken met zorgaanbieders zullen willen maken. Dit staat echter los van het ZPM.

### **Informatie & implementatie**

7. **Waar kan ik meer informatie over het ZPM en de implementatie daarvan vinden?**

Voor meer informatie over het Zorgprestatie model kunt u terecht op: [www.zorgprestatie model.nl](http://www.zorgprestatie model.nl)

8. **De administratieve lasten zouden toch dalen, hoe zit dat als ik maandelijks moet gaan declareren, de zorgvraag moet gaan typeren etc.?**

Een van de ontwerpcriteria van het ZPM was het verminderen van administratieve lasten. Zo hoeft de indirecte tijd niet meer te worden geregistreerd. Ook is er geen minutenregistratie meer nodig indien de zorgaanbieder zich houdt aan de spelregels van planning = realisatie. Dat wil zeggen dat de zorgaanbieder ipv daadwerkelijk gerealiseerde tijd, uitgaat van gepland tijd. En de controles zijn zoveel mogelijk in de EPD's ingebouwd waarbij is aangesloten bij de uitgangspunten van horizontaal toezicht. De invoering van een nieuw bekostigingsmodel brengt altijd tijdelijk extra administratieve lasten met zich mee. Van belang is hier wel te vermelden dat is afgesproken dat in het nieuwe model uit kan worden gegaan van het principe van planning is realisatie.

### **Declaratie/facturatie**

9. **Kan ik ergens een voorbeeld factuur vinden?**

Er is een voorbeeldfactuur (onder restitutie nota) beschikbaar. Deze voorbeeldfactuur is gebaseerd op de informatie elementen die genoemd staan in art 4.1. in de Nadere Regel van de NZa. De

uitzondering ivm privacy bezwaren (de zgn opt out regeling) staat genoemd in art 4.3. van dezelfde regel.

10. Is het verplicht om per sessie/ consult of per maand een factuur te sturen, of mag je ze ook verzamelen en aan eind van behandeling een factuur opstellen over alle consulten?

Er is vanuit de bekostiging en de regelgeving geen verplichting voor een bepaalde termijn van factureren. Het is echter niet uit te sluiten dat zorgverzekeraars voor gecontracteerde ggz afspraken met zorgaanbieders hierover zullen willen maken. Dit staat echter los van het Zorgprestatie model. Hiervoor moet u dan ook uw contract en/of polisvoorwaarden raadplegen. Vanuit de praktijk horen we dat de meeste aanbieders eens per maand gaan factureren.

11. Zijn er nog criteria wanneer de toeslagen wel of niet gedeclareerd mogen worden?

De toeslagen kunnen niet afzonderlijk gedeclareerd worden, maar alleen als toeslag op een consult of een verblijfsdag. De precieze prestatiebeschrijving (en dus ook eisen) van de toeslagen staat in hoofdstuk 4 van de Beleidsregel Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg.

12. Waar vallen e-health behandelingen onder? Hoe declareer ik die?

Dat ligt aan het soort e-health en de manier van levering. In artikel 1.1. van de Beleidsregel Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg staat onder de definitie van contact: Een zorginhoudelijk en ononderbroken interactie. Een contact kan zowel 'face to face', telefonisch, 'screen to screen' als 'bit to bit' plaatsvinden.

In Artikel 3.2 Registratieverplichtingen verantwoording consulten van de Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg is vastgelegd hoe dit geregistreerd moet worden.

In artikel 2.3 lid 2 van de Beleidsregel Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg staat: Voor asynchrone digitale zorg geldt het volgende. De zorgaanbieder registreert één consult per dag op basis van de totale tijd besteed aan het contact met de patiënt op verschillende momenten van die dag.

Een chatgesprek kan zowel onder synchrone als onder asynchrone zorg vallen. Wanneer een behandelaar gedurende een bepaalde periode ononderbroken met één chatconversatie bezig is, dan hoeft de asynchrone regel niet gebruikt te worden. In dat geval kan het consult worden gekozen op basis van de directe tijd die is geleverd.

Een chatgesprek is asynchroon, wanneer een behandelaar bijvoorbeeld verschillende chats tegelijk open heeft staan en zijn aandacht verdeeld over verschillende gesprekken. De contacten zijn dan steeds onderbroken. De asynchrone regel moet dan worden toegepast om één consult te declareren en niet meerdere korte consulten.

13. Als een consult een mix is van behandeling en diagnostiek, moet dat dan afzonderlijk gedeclareerd worden?

Consulten waarin zowel diagnostiek als behandeling wordt gegeven worden gedeclareerd als behandelconsulten. Deze consulten mogen niet worden opgeknipt in een deel behandeling en een deel diagnostiek.

In de toelichting van de Beleidsregel Prestaties en Tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg zegt daarover het volgende:

*Diagnostiekactiviteiten kunnen ook onderdeel zijn van behandelconsulten, maar alleen consulten die enkel als doel hebben het uitvoeren van diagnostiek mogen als een diagnostiekconsult gedeclareerd*



worden. Een consult is een ononderbroken contact en kan niet deels als diagnostiekconsult en deels als behandelconsult worden gedeclareerd.

14. Wanneer en op welke manier kan ik een transitieprestatie of een facultatieve prestatie declareren?

Volgens de beleidsregel van de NZa kunnen een zorgverzekeraar en zorgaanbieder samen schriftelijk het gebruik van een transitieprestatie overeenkomen om bedoelde/gewenste effecten of onvoorziene, en door hen gezamenlijk als ongewenst benoemde, effecten van de overgang naar het zorgprestatiemodel op te vangen als die niet redelijkerwijs binnen de maxmax tarieven kunnen worden opgevangen. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar kunnen dit ook doen als dit effect komt door een tekortkoming in het zorgprestatiemodel. Van een tekortkoming is sprake als een onderwerp dat zorgverzekeraar en zorgaanbieder daarvoor (gezamenlijk) aandragen bij het programma zorgprestatiemodel, door het programma op de landelijke doorontwikkelagenda worden opgenomen.

15. Komt het te vervallen dat behandelingen van bepaalde diagnoses niet vergoed worden (zoals, aanpassingsstoornissen, burn-out en slaapproblematiek) aangezien er overgestapt wordt naar zorgvraagtypering?

De invoering van het Zorgprestatiemodel is niet van invloed op het verzekerde pakket. De aanspraken in het kader van de Zorgverzekeringwet blijven ongewijzigd.

16. Blijft de DSM er nog naast bestaan?

In transitieperiode 2022 en 2023 wordt voor de ggz en de fz ook de DSM-5 diagnose geregistreerd. Voor de gespecialiseerde ggz wordt de diagnosehoofdgroep op de factuur vermeld, voor de gb-ggz het profiel (type traject). In principe vervalt de DSM-hoofdgroep op de factuur in 2024, tenzij de zorgvraagtypering dan nog onvoldoende is doorontwikkeld.

## Setting

17. Hoe bepaal je de setting? En wie controleert dat?

De patiënt wordt op basis van diens zorgvraag bewust verwezen naar een bepaalde setting. Uitgangspunt bij het toekennen van een setting is het behandelplan van de patiënt. Op basis hiervan kan de patiënt worden verwezen naar een geschikte behandelaar of behandelteam. In het behandelplan komt tot uitdrukking hoe de zorg wordt geleverd. Op basis daarvan bepaalt u van welke setting sprake is.

18. Kan binnen in een organisatie sprake zijn van verschillende soorten settings, zoals mono en multidisciplinair?

Een zorgaanbieder kan zorg leveren binnen verschillende settings. De patiënt kan binnen één zorgaanbieder van setting wisselen als zijn of haar toestand daar aanleiding voor geeft en / of de aard van de zorglevering significant verandert. Op- en afschaling van zorg op het niveau van settings is daarmee inzichtelijk.

## Zorgvraagtypering

19. Is de HONOS/HONOS+ straks verplicht? En op welke manier wordt dit gekoppeld aan de ROM?

Vanaf 2022 wordt het zorgvraagtype verplicht op de factuur vermeld bij de zorgprestaties. De verplichting geldt per patiënt, niet per prestatie. De regiebehandelaar typeert de zorgvraag. De

zorgvraagtypering gaat mee bij iedere declaratie, tenzij er een privacyverklaring is ondertekend. Er is één uitzondering: bij diagnostiekconsulten is het vermelden van het zorgvraagtype optioneel.

20. [Gaat de zorgvraagtypering straks ook leiden tot maximale zorgduur? Of blijf je individuele gepaste zorg mogen leveren?](#)

In 2022 en 2023 is de registratie van het zorgvraagtype bedoeld om informatie te verzamelen voor de validatie en doorontwikkeling van zorgvraagtypering. Vanaf 2024 gaat zorgvraagtypering ondersteunen bij afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over wat voor specifieke patiëntengroepen een reële vergoeding is, gegeven de voor die groep gepaste zorg.

## Beroepen

21. [Welk tarief declareer ik als ik samenwerk of onder verantwoordelijkheid werk van een andere beroepsgroep?](#)

Iedere zorgprofessional die op de [lijst consultregistrerende beroepen](#) staat registreert onder het beroep waar hij/zij toe gediplomeerd is.

22. [Mijn beroep is niet opgenomen in de beroepenlijst. Hoe kan ik in het ZPM mijn werk doen en betaald krijgen?](#)

Als je beroep niet op de [lijst consultregistrerende beroepen](#) staat, betekent dit niet dat jouw inzet niet wordt vergoed. Jouw inzet is dan vergoed via de consultprestaties van de andere beroepen of via de verblijfsprestaties. Door minder zorgprofessionals te belasten met registratie, worden administratieve lasten verminderd.

23. [Waarom moeten masterpsychologen in het ZPM een logo verklaring hebben?](#)

Partijen zijn met elkaar tot een veldafpraak gekomen waaronder de beroepenlijst. Met als doel te komen tot een beroepenlijst die bijdragen aan de kwaliteit van zorg. Met de LOGO verklaring is geborgd dat de masterpsycholoog over bepaalde theoretische achtergrond en werkervaring (diagnostiek, werkervaringsuren en klinische vakken) hebt in de klinische psychologie.

Het beroep WO-psycholoog is via de hardheidsclausule op de lijst overige beroepen gekomen. Dit betekent dat WO-psychologen consulten in de categorie 'overige beroepen' kunnen registreren. Vanaf 1 juli 2022 kan dat alleen als de WO-psycholoog een LOGO-verklaring heeft. Dit betekent echter niet dat nadien masters niet kunnen worden ingezet of dat hun inzet niet wordt vergoed. De inzet wordt dan vergoed via de consultprestaties van de andere beroepen of via de verblijfsprestaties. Het eerste halfjaar van 2022 is een overgangperiode. Dan geldt de voorwaarde van de LOGO-verklaring nog niet.

24. [NIEUW: Kunnen masterpsychologen in het zorgprestatie model nu ook zelfstandig behandelen en declareren?](#)

Nee dat kan niet. Het zorgprestatie model regelt de bekostiging in de GGZ en FZ. Via de hardheidsclausule zijn masterpsychologen (onder voorwaarde dat zij over een LOGO verklaring beschikken) toegelaten tot de beroepenlijst ZPM. Dit staat echter los van de inhoudelijk gestelde kwaliteitseisen. De eisen zoals vastgelegd in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ en in de contracten van de zorgverzekeraars zijn onverminderd van toepassing. Dit betekent dus dat een masterpsycholoog als medebehandelaar van een regiebehandelaar kan behandelen en niet geheel zelfstandig.

## ICT

25. Wat moet ik doen als ik per 1 januari niet kan declareren omdat mijn softwareleverancier nog niet klaar is?

Omwille van de invoering van het Zorgprestatie­model zal het EPD voor uw eigen organisatie moeten worden aangepast. Daarom raden wij u aan contact op te nemen met uw leverancier om na te gaan wat de leverancier doet en wat u zelf moet doen. Wanneer vanwege de invoering van het zorgprestatie­model declaraties van een individuele zorgaanbieder lange tijd niet via de gebruikelijke route kunnen worden ingediend, kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders lokaal afspraken maken over financiering van reeds geleverde zorg/bevoorschotting.

## Indirecte Tijd

26. Hoe is het tarief van de consulten in het ZPM opgebouwd?

Er zijn verschillende prestaties gedefinieerd. Bij iedere prestatie hoort een eigen tarief. Dit tarief is gebaseerd op informatie uit het eerder gehouden kostprijs­onderzoek. In de verantwoordings­tabel van de NZa is af te lezen hoe de tarieven verder zijn opgebouwd. Op basis van vier factoren wordt bepaald welke prestatie geregistreerd moet worden.

- 1) Het beroep van de zorgprofessional die het consult uitvoert  
Er is een lijst opgesteld van beroepen die consulten registreren. Staat het beroep van een zorgprofessional niet op deze lijst, dan hoeven zij geen consulten te registreren. Dit betekent niet dat die inzet niet wordt vergoed. Deze inzet is dan vergoed via de consultprestaties van de andere beroepen of via de verblijfsprestaties.
- 2) Het soort consult: vindt het consult plaats in het kader van diagnostiek of in het kader van behandeling?
- 3) De duur van het consult: hoe veel tijd is besteed aan het consult?  
Bij het bepalen van de consultduur wordt alléén uitgegaan van de directe tijd. Dat is de duur van het contact met de patiënt (face to face of bijvoorbeeld screen to screen). Bij het bepalen van de tarieven is wel rekening gehouden met indirecte tijd, zoals verslaglegging of multidisciplinair overleg. Deze hoeft echter niet meer apart geregistreerd te worden.
- 4) Setting: vanuit welke setting is het consult geleverd?  
Er zijn grote verschillen in de omgeving van waaruit die behandeling plaatsvindt. Daar wordt in het zorgprestatie­model rekening mee gehouden door verschillende 'settings' te onderscheiden. De (acht) settings zijn gebaseerd op kenmerken van de organisatie en uitvoering van zorg. Want die kunnen sterk verschillen. Bijvoorbeeld of de zorg mono- of multidisciplinair wordt uitgevoerd. Of gedaan wordt vanuit een kliniek of een wijkteam. Zie voor meer informatie de informatiekaart settings van de NZa.

27. Er lijkt in de tarieven alleen ruimte voor directe tijd? Hoe ga ik om met de indirecte tijd?

Indirecte tijd zit voortaan verdisconteerd in het tarief van het consult. Voor de bekostiging hoeft de indirecte tijd niet meer geregistreerd te worden. In de planning moet natuurlijk wel rekening gehouden worden met de tijd die de zorgverlener kwijt is aan bijvoorbeeld verslaglegging. Een zorgaanbieder kan zelf bepalen of dit wordt ingericht in de agenda. Uiteraard zal u nog wel indirecte tijd besteden, maar er is geen verplichting om dit te registreren. Wij vinden het belangrijk dat hierover geen misverstanden bestaan. Het niet meer hoeven registreren van indirecte tijd kan een belangrijke verlichting van administratieve lasten opleveren.

28. Hoe ga ik om met uitvoerige diagnostiek nu de indirecte tijd in het tarief is opgenomen?

In een diagnostisch consult zit gemiddeld meer indirecte patiëntgebonden tijd dan in een behandelconsult. Voor wat betreft patiënten met complexe dossiers: in de consulttarieven zit het

gemiddelde aan indirecte tijd opgenomen gebaseerd op kostprijsonderzoek. De ene keer is dat te veel en de andere keer misschien iets te weinig.