

Tariefbeschikking generalistische basis-ggz TB/REG-21622-01

Versie 1

Dit document is gepubliceerd door NZa op het publicatie platform voor uitvoering (PUC). Dit document is een afdruk van de originele versie die is te vinden op: http://puc.overheid.nl/doc/PUC_313793_22. Controleer altijd of u de actuele versie in handen hebt.

Geldig vanaf: 01-01-2021 tot en met 31-12-2021.

Documentgegevens

Dit document is een afdruk van een originele publicatie op PUC Open Data.

Originele versie:

Citeertitel: Tariefbeschikking generalistische basis-ggz TB/REG-21622-01

Permalink: http://puc.overheid.nl/doc/PUC_313793_22

Soort document:

Type: Beleid en regels - Tarieven en prestaties

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

Versie en datums:

Versie: 1

Geldig vanaf: 01-01-2021 tot en met 31-12-2021

Laatste wijziging: 01-07-2020

Publicatiegegevens:

Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Kanaal: NZa

Vorm: origineel PUC document

Referentienummer: PUC_313793_22

Toegankelijkheid: Intern

Publicatiedatum: 01-07-2020

Taal: nl

Verrijking gepubliceerd bij document:

Thema's:

- Geestelijke gezondheidszorg
- Generalistische basis-ggz
- Zorgverzekeraars

Inhoudsopgave

Oude tariefbeschikking.....	8
Inwerkingtreding.....	9
Bezwaarclausule.....	10

Tariefbeschikking generalistische basis-ggz TB/REG-21622-01

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft met inachtneming van Hoofdstuk 4, paragrafen 4.2 en 4.4, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg),

en meer in het bijzonder:

de artikelen 35 en 50, eerste lid, 52 en 53, van de Wmg,

alsmede de beleidsregels:

- Generalistische basis-ggz, kenmerk BR/REG-21143
- Algemeen kader tariefprincipes curatieve zorg, kenmerk BR/CU-5149.
- Kostprijsonderzoek ggz en fz, kenmerk BR/REG-18163
- Beleidsregel tariefopbouw dbc's, dbbc's, prestaties generalistische basis-ggz en ozp's, kenmerk BR/REG-20130

en de regeling:

- Generalistische basis-ggz, kenmerk NR/REG-2114

besloten:

dat rechtsgeldig

door:

zorgaanbieders die generalistische basis geestelijke gezondheidszorg leveren en zorgaanbieders als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder c sub 2 Wmg (factormaatschappijen)

aan:

ziektelkostenverzekeraars en (niet-)verzekerden¹

*in rekening mag worden gebracht*²[2]

- De vier prestaties met maximaal de bijhorende bedragen (in euro's):

1 Voor de toepassing van deze tariefbeschikking wordt een persoon, die:
Krachtens de sociale ziektekostenwetgeving van een andere staat verzekerd is en
In Nederland woont of hier tijdelijk verblijft en
Krachtens een Verordening van de Raad van de Europese Unie, dan wel krachtens een door Nederland ondertekend bilateraal of multilateraal verdrag, recht heeft op verstrekkingen overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg, gelijkgesteld met een Zorgverzekeringswet-, respectievelijk Wlz-verzekerde.

2 Voor de beschrijving van de prestaties, voorschriften en beperkingen waaraan voldaan dient te worden om de prestaties in rekening te kunnen brengen, wordt verwezen naar de beleidsregel Generalistische basis-ggz BR/REG 20143.

Code	Prestatie	Maximumtarief
180001	Kort	€ 522,13
180002	Middel	€ 885,01
180003	Intensief	€ 1.434,96
180004	Chronisch	€ 1.380,49

- De prestatie Onvolledig behandeltraject met maximaal het bijhorende bedrag (in euro's):

Code	Prestatie	Maximumtarief
180005	Onvolledig behandeltraject	€ 228,04

- Voor wat betreft onverzekerde generalistische basis-ggz zoals omschreven in de Wmg, kunnen de volgende prestaties met maximaal de bijhorende bedragen (in euro's) in rekening worden gebracht:

Code	Prestatie	Maximumtarief
198300	ovp niet-basispakketzorg Consult	€ 114,41
198301	ovp niet-basispakketzorg Verblijf	€ 341,98

- Tot slot kunnen zorgaanbieders van generalistische basis-ggz de prestaties declareren voor keuringen, rapporten en informatieverstrekkingen die zijn opgenomen in vigerende bijlage behorend bij de 'Regeling medisch specialistische zorg' met het overzicht van de overige zorgproducten (ozp). Deze overige prestaties behoren niet tot het basispakket op grond van de Zvw, maar betreffen wel zorg zoals omschreven in de Wmg.

Code	Prestatie	Maximumtarief
119027	Rijbewijs: rapporten op verzoek CBR voor rekening van de te keuren persoon (houder resp. aanvrager rijbewijs) omvat 15	€ 92,14

Code	Prestatie	Maximumtarief
	min patiëntgeb. tijd en 15 min indirecte tijd (inlezen en rapport schrijven).	
119028	Rijbewijs: rapporten op verzoek politie, voor rekening van centraal bureau rijvaardigheidsbewijzen (CBR) omvat 15 min. patiëntgebonden tijd en 15 min. indirecte tijd (inlezen en rapport schrijven).	€ 92,14
119029	Rijbewijs: rapport op verzoek CBR voor rekening te keuren houder/aanvrager rijbewijs, toeslag icm 119027, per 15 min extra direc.pat.geb tijd of (met voorw.) per 15 min extra indir.tijd,max.2 toeslag.	€ 46,06
119030	Rijbewijs: rapporten op verzoek politie voor rekening van CBR, toeslag icm 119028, per 15 min. extra direct patiënt.geb tijd of per 15 minuten extra indirecte tijd met een maximum van 4 toeslagen.	€ 46,06
119053	Schriftelijke informatieverstrekking (met toestemming patiënt) aan bedrijfsarts, verzekeringsarts, centraal bureau rijvaardigheidsbewijzen (CBR) of andere partij binnen sociaalrechtelijke wetgeving.	€ 89,65

Onderlinge dienstverlening

Voor zorg die in het kader van onderlinge dienstverlening wordt verleend, geldt een vrij tarief als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder a, van de Wmg.

Max-max tarieven

De maximumtarieven voor de prestaties Kort, Middel, Intensief, Chronisch en Onvolledig behandeltraject in de onderhavige tariefbeschikking kunnen ten hoogste met 10% worden verhoogd indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar ten grondslag ligt. Een tarief dat niet hoger is dan de maximumtarieven in de onderhavige tariefbeschikking kan aan een ieder in rekening worden gebracht.

Een max-max tarief kan alleen in rekening worden gebracht aan:

- de ziektekostenverzekeraar met wie het verhoogde maximumtarief is overeengekomen, of;
- de verzekerde ten behoeve van wie een ziektekostenverzekering met betrekking tot generalistische basis-ggz is gesloten bij een ziektekostenverzekeraar met wie een zodanig maximumtarief schriftelijk is overeengekomen.

Regiebehandelaarschap

Het tarief voor de prestaties Kort, Middel, Intensief, Chronisch en Onvolledig behandeltraject mogen alleen in rekening worden gebracht als de AGB-code en het beroep van de regiebehandelaar(s) op de factuur vermeld staan.³ Daarnaast mag het tarief alleen in rekening worden gebracht als directe patiëntgebonden tijd van een regiebehandelaar onderdeel uitmaakt van de uitgevoerde prestatie.

³ Op grond van het onder 1 bepaalde zijn er ook andere voorwaarden, voorschriften en beperkingen die bij het in rekening brengen van tarieven voor zorgprestaties in acht moeten worden genomen. Het op de factuur vermelden van (de AGB-code van) de regiebehandelaar(s) is apart vermeld in verband met de aanwijzing van de Minister van VWS met kenmerk 979700-151911-MC van 10 juni 2016.

Oude tariefbeschikking

De Tariefbeschikking generalistische basis-ggz, met kenmerk TB/REG-20631-02, die een geldigheidsduur had tot en met 31 december 2020, is op laatstgenoemde datum van rechtswege komen te vervallen.

Inwerkingtreding

Deze tariefbeschikking treedt in werking met ingang van 1 januari 2021 en vervalt met ingang van 31 december 2021.

Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel d, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal van de vaststelling van deze tariefbeschikking in de Staatscourant mededeling worden gedaan.

Bezwaarclausule

Indien u het niet eens bent met dit besluit, dan kunt u binnen zes weken na verzending/bekendmaking van dit besluit een bezwaarschrift indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit. U kunt uw bezwaar indienen: per post of per fax. Het is niet mogelijk uw bezwaar via de e-mail in te dienen.

Adres:

Nederlandse Zorgautoriteit
t.a.v. unit Juridische Zaken
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

(In de linkerbovenhoek van de envelop vermeldt u: Bezwaarschrift)

Fax:

030 – 296 82 96

Het bezwaar dient volgens artikel 6:5, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en dient ten minste de volgende gegevens te bevatten:

- naam en adres van de indiener;
- de dagtekening;
- een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar zich richt;
- de gronden (onderbouwing) van het bezwaar.

Wij verzoeken u een kopie van dit besluit bij te voegen.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

M. Krijgsheld MSc
unitmanager Geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg