

## FAQ Bekostiging WVGZ

### **Vraag: Zorgtype Crisismaatregel bij een Crisis-dbc's**

Uit de nadere regeling: *Crisismaatregel [156]: Dit zorgtype wordt geregistreerd als er sprake is van verplichte zorg in het kader van de Wet verplichte ggz op basis van een crisismaatregel.*

Voor de crisis-dbc's binnen en buiten budget zijn aparte zorgtypes in het leven geroepen (uit B-regel acute psychiatrie): *Door de invoering van de budgetsystematiek voor de acute psychiatrische hulpverlening conform de generieke module, is er een 'crisis-dbc binnen budget' en 'crisis-dbc buiten budget' ingevoerd. De crisis-dbc binnen budget heeft een vast tarief en kan enkel worden gedeclareerd door of namens de gebudgetteerde zorgaanbieder op grond van een individuele tariefbeschikking. Voor de crisis-dbc's binnen budget is er één zorgtype, 303 (Acute psychiatrische hulpverlening binnen budget).*

*Een crisis-dbc buiten budget heeft een maximumtarief en mag in het geval van acute psychiatrische hulpverlening waarvoor geen budget is vastgesteld, worden gedeclareerd. Bij een crisis-dbc's buiten budget moet 1 van de volgende 3 zorgtypes worden geregistreerd: 304 (Acute psychiatrische hulpverlening buiten budget – vervolg binnen budget), 305 (Acute psychiatrische hulpverlening buiten budget – zorgaanbieder geen onderdeel regioplan), 306 (Acute psychiatrische hulpverlening buiten budget – geen regioplan).*

Betekent bovenstaande dat er voor de crisis-dbc's naast de genoemde 303, 304 en 305 ook het zorgtype 156 van toepassing kan zijn? Klopt dat en gaat dit ook goed in de validatie en declaratie?

### **Antwoord:**

Bij crisis-dbc's bepaalt het zorgtype ook direct de dbc-prestatie. Bij registratie van zorgtype 303 wordt de dbc automatisch een prestatie 'crisis-dbc binnen budget'. Bij 304 en 305 wordt dit altijd een van de prestaties 'crisis-dbc buiten budget'. Als je deze zorgtypen overschrijft met zorgtype 156 dan wordt het een reguliere dbc, waarbij het zorgtype niet de prestatie bepaalt maar de diagnose (uitgezonderd diagnostiek dbc's). Een crisis-dbc binnen of buiten budget met zorgtype 156 kan niet voorkomen. Verder is het alleen voor een crisis-dbc mogelijk om crisisactiviteiten (act\_6) te registreren, bij een reguliere dbc is dat niet mogelijk. Als er crisisactiviteiten zijn geregistreerd op een reguliere dbc dan valt de dbc uit.

***Kortom, als er sprake is van crisisactiviteiten (act\_6) dan kan het zorgtype 303/304/305 (crisis-dbc's) niet worden overschrijven door 156 (crisismaatregel). Als dat wel gebeurt, valt de dbc uit. In geval van zorgtype Zorgmachtiging of Crisismaatregel moet voor alle reguliere dbc's het zorgtype worden aangepast, maar dus niet als er sprake is van een crisis-dbc. In de huidige situatie (RM) is dat ook al het geval.***

### **Vraag: Bij een voorbereiding van een Zorgmachtiging wordt er veel tijd ingezet van onze Geneesheer-Directeur, de psychiater voor een medische verklaring en de regiebehandelaar. Hoe wordt dit betaald?**

Antwoord: De tijd die deze professionals besteden aan de voorbereiding van de Zorgmachtiging, kan worden geschreven in de DB(B)C. Ook als de voorbereiding niet leidt tot een besluit tot verplichte GGZ. Speciaal hiervoor is de bandbreedte van de Diagnostiek-DBC's verhoogd tot > 1.800 minuten.

### **Vraag: In verband met de invoering van de WVGZ heb ik ook extra kosten voor Zorgadministratie, extra klachtenafhandeling en ICT. Hoe wordt dat betaald?**

Antwoord: Er is in de ZVW een aparte deelprestatie die je in rekening kunt brengen wanneer je van de OvJ de opdracht krijgt om een Zorgmachtiging voor te bereiden. Die valt in dezelfde range als de ECT en de Methadonverstrekking. Het tarief bedraagt € 328,12. Daarnaast is er vanwege de extra productieafspraken ook extra dekking voor overhead.

### **Vraag: Hoe hangen de WVGZ en de nieuwe bekostiging van de acute GGZ samen?**

Antwoord: De activiteiten rondom de voorbereiding van de Zorgmachtiging vallen niet onder de acute GGZ, een Crisismaatregel wel. Als een IBS-beoordeling binnen de crisisdienst nu al door een psychiater wordt uitgevoerd, is het verschil met de BOPZ niet erg groot. Alleen het formulier voor de Medische Verklaring is uitgebreider dan voorheen. Als dat door een arts-assistent of SPV'er werd gedaan, betekent dit een verschuiving van arts-assistent/SPV inzet naar psychiater-inzet.

**Vraag: Dat is allemaal wel leuk dat ik er mogelijkheden zijn voor dekking van de meerkosten van de WVGZ, maar bij de zorgcontractering zegt mijn verzekeraar dat er geen extra geld voor is, en dat dit binnen het bestaande budget moet worden opgevangen. Dan wordt het wel een sigaar uit eigen doos.**

Antwoord: Dat is niet waar:

- In het [HLA](#) is afgesproken dat het GGZ-budget wordt verhoogd met €50 mln (art. 6.1.b) voor o.a. *oplossen wachttijden, aanpak arbeidsmarktproblematiek, richtlijnontwikkeling om de kwaliteit op peil te houden en te verbeteren, invoering Wet verplichte ggz, module acute ggz, beveiligde zorg etc.*
- Of dat voldoende is, kun je mede gezien de discussie over de acute GGZ inderdaad wel betwijfelen, maar dat het niet is opgehoogd is niet waar.
- Verder zie je over de hele sector nu al jaren een onderuitputting en verlaging van het Makrokader GGZ. Dat is echt in strijd met het HLA. Zorgverzekeraars hebben dat inmiddels verwerkt in lagere premies, maar dat hadden ze dan maar niet moeten doen. De uitspraak dat het makrokader niet toereikend is, is dus onzin.
- Ook met VWS is met alle partijen (ook ZN) steeds besproken, dat als de 50 mln niet toereikend is voor deze doelen, dat moet worden bekeken in het licht van het totale makrokader GGZ. Pas als dat wordt overschreden, gaan we opnieuw om tafel.

**Vraag: De Geneesheer-Directeur, de onafhankelijke psychiater en de zorgverantwoordelijke kunnen hun activiteiten in het kader van de voorbereiding van de zorgmachtiging en de crisismaatregel in een lopende (als de patiënt al in zorg is) of een nieuwe DBC schrijven. Een Officier van Justitie is echter geen geldige verwijzer. Hoe moet dat dan?**

Antwoord: Dit wordt een constructie analoog aan spoedzorg of een gedwongen opname: bij de voorbereiding ZM wordt de huisarts binnen 30 dagen geïnformeerd door de zorgaanbieder en wordt daarmee aangemerkt als verwijzer.

**Vraag: Soms wordt de Geneesheer-Directeur aangewezen voor de regie op een Zorgmachtiging van een patiënt die niet in zorg is in de instelling waar deze GD werkt, maar wel bij een andere instelling waar dan een DBC loopt. Moeten de activiteiten van de GD dan middels onderlinge dienstverlening worden gedeclareerd bij die andere zorginstelling?**

Antwoord: Nee dat hoeft niet. Voor de voorbereiding van de ZM kan via de instelling waar de GD werkt, een diagnostiek-DBC worden geopend om de activiteiten van de GD (en evt de psychiater) in te registreren. Omdat het niet om een DBC gaat met dezelfde primaire diagnose, is onderlinge dienstverlening niet aan de orde.