

**TARIEFBESCHIKKING
GENERALISTISCHE BASIS-GGZ**



Kenmerk	Datum vaststelling	Datum inwerkingtreding	Geldig tot en met
TB/REG-18608-01	30 juni 2017	1 januari 2018	31 december 2018

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 beleidsregel:

Generalistische basis-ggz, kenmerk BR/REG-18120

en de regeling:

Generalistische basis-ggz, kenmerk NR/REG-1804

besloten:

dat rechtsgeldig

door:

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

aan:

ziekttekostenverzekeraars en (niet-)verzekerden¹

in rekening mag worden gebracht²

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

Code	Prestatie	Maximumtarief
180001	Kort	€ 487,26
180002	Middel	€ 830,23
180003	Intensief	€ 1.301,85
180004	Chronisch	€ 1.201,50

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.

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

Code	Prestatie	Maximumtarief
180005	Onvolledig behandeltraject	€ 198,88

- 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	€ 101,03
198301	ovp niet-basispakketzorg Verblijf	€ 328,43

- 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 min patiëntgeb. tijd en 15 min indirecte tijd (inlezen en rapport schrijven).	€ 84,29
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).	€ 84,29
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.	€ 42,14
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.	€ 42,14
119052	Schriftelijke informatieverstrekking aan bedrijfsarts, verzekeringsarts of (via de patiënt aan) het centraal bureau rijvaardigheidsbewijzen (CBR).	€ 82,02

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.

De bedragen zijn inclusief btw-kosten, maar exclusief de btw-heffing en afdracht door een zorgaanbieder.

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 gasis-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.

Intrekking oude tariefbeschikking

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beschikking wordt de tariefbeschikking van 8 november 2016 (kenmerk: TB/REG-17613-02), die op 1 januari 2017 in werking is getreden, beëindigd.

Inwerkingtreding

Deze tariefbeschikking treedt in werking met ingang van 1 januari 2018.

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.

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.

TB/REG-18608-01

Pagina
4 van 4

Bezwaar en beroep

Ingevolge artikel 8:1 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb), juncto artikel 7:1, lid 1 Awb kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit een bezwaarschrift indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit, unit Juridische Zaken, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht. Het bezwaar kan per post, per fax of, indien in uw geval van toepassing, via het webportaal Toegang (<https://toegang.nza.nl>) ingediend worden (dus niet via e-mail). In de linkerbovenhoek van de envelop vermeldt u: Bezwaarschrift. Het bezwaar moet volgens artikel 6:5 lid 1 Awb schriftelijk en ondertekend worden ingediend en moet ten minste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, de dagtekening, een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar zich richt en de gronden van het bezwaar. Wij verzoeken u een kopie van het bestreden besluit bij te voegen.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. C.A.H. ten Damme RA
waarnemend unitmanager Geestelijke Gezondheidszorg en Forensische Zorg