

Veelgestelde vragen Spiegelinformatie GGZ

Datum : 5 januari 2021
Versie : 1.0

1. Inleiding.....	2
2. Achtergrondinformatie	2
3. Algemene vragen	2
4. Pagina 4: U sluit DBC's in de gGGZ vlak na de bovengrens van de voorgaande productgroep.....	5
5. Pagina 5: U opent bGGZ prestaties kort na het sluiten van de vorige.....	5
6. Pagina 6: U opent DBC's kort na het sluiten van de vorige DBC	6
7. Pagina 7: U heeft DBC's die parallel lopen met een DBC bij andere zorgaanbieders	7
8. Pagina 8: U declareert ambulante DBC's waarop een fysiotherapeut tijd heeft geschreven	7
9. Pagina 9: U declareert DBC's waarop tijd door een social worker is geschreven	8
10. Pagina 10: U declareert de prestatie bGGZ Intensief	9
11. Pagina 11: U declareert verblijfsdagen met overnachting in de GGZ voor cliënten die op hetzelfde moment voor medisch-specialistische zorg (MSZ) zijn opgenomen.....	9
12. Pagina 12: U declareert DBC's of prestaties bGGZ voor cliënten die al ergens anders in de LGGZ verblijven	9
13. Pagina 13: U declareert meer dan 365 dagen aaneengesloten verblijf in de gGGZ of meer dan 730 dagen aaneengesloten verblijf in de LGGZ	10
14. Pagina 14: In een ambulante setting levert u gemiddeld meer minuten dan andere zorgaanbieders.....	10
15. Pagina 15: In een klinische setting levert u gemiddeld meer minuten dan andere zorgaanbieders.....	11
16. Pagina 16: Bij een deel van de cliënten met verblijf van E of hoger vindt geen afschaling van verblijfszwaarte plaats.....	11
17. Pagina 17: U declareert gemiddeld meer verblijfsdagen dan andere zorgaanbieders die verblijf leveren.....	11
18. Pagina 18: U declareert DBC's waarop dagbesteding is geschreven	12
19. Pagina 19: U declareert Verblijf met rechtvaardigingsgrond (VMR) langer dan 6 maanden	12
20. Pagina 20: U declareert DBC's met 'Restgroep diagnoses' als diagnosehoofdgroep”	13
21. Pagina 21: Bij de overgang naar de LGGZ vindt bij een deel van uw cliënten hogere inschaling plaats dan was verwacht op basis het verblijf in de DBC	14
22. Pagina 22: U registreert gemiddeld meer indirecte tijd in de gGGZ dan andere zorgaanbieders.....	14
23. Pagina 23: U registreert gemiddeld minder directe tijd van een rechtmatig regiebehandelaar in de gGGZ dan andere zorgaanbieders.....	15

24. Pagina 24: U registreert gemiddeld minder directe tijd van een rechtmatig regiebehandelaar in de bGGZ dan andere zorgaanbieders.....	16
25. Pagina 25: U heeft cliënten die u onafgebroken langer dan 3 jaar ambulantly behandelt ...	17
Bijlage 1.....	18

Versie:	Belangrijkste wijzigingen:
1.0	-

1. Inleiding

- Wij sturen u spiegelinformatie. Deze spiegelinformatie geeft u inzicht in uw declaraties in vergelijking met de declaraties van andere zorgaanbieders.
- Met deze informatie beoordeelt u uw declaraties. Eventuele onrechtmatigheden corrigeert u voor DBC's en/of prestaties in de basis GGZ geopend vanaf 2019. Ten slotte zorgt u ervoor dat deze fouten zich in de toekomst niet meer kunnen voordoen. Zo beperken we samen controles achteraf.
- Wij monitoren regelmatig de declaraties, omdat wij het premiegeld van onze klanten zorgvuldig willen besteden.
- In dit document verzamelen wij de antwoorden op veelgestelde vragen. We vragen u eerst dit document te lezen, voordat u contact met ons opneemt.

2. Achtergrondinformatie

- In de gespecialiseerde GGZ worden DBC's gedeclareerd. De gespecialiseerde GGZ wordt in het veld ook specialistische GGZ genoemd, of afgekort tot G-GGZ of S-GGZ. Zilveren Kruis gebruikt voor de spiegelinformatie de afkorting gGGZ.
- In de generalistische basis GGZ worden prestaties gedeclareerd (basis kort, middel, intensief en chronisch). De generalistische basis GGZ wordt in het veld ook basis GGZ genoemd, of afgekort tot GB-GGZ of bGGZ. Zilveren Kruis gebruikt voor de spiegelinformatie de afkorting bGGZ.
- In de langdurige GGZ worden ZZP's gedeclareerd. Zilveren Kruis gebruikt voor de spiegelinformatie de afkorting LGGZ.
- De innovatieve prestaties (UMAMI en ELEO) zijn opgenomen binnen de data-analyses en daarmee onderdeel van deze spiegelinformatie.

3. Algemene vragen

Wie ontvangen de spiegelinformatie?

Alle GGZ-aanbieders worden met elkaar vergeleken. Het maakt daarbij niet uit of u een contract heeft. De monitoring van de data heeft namelijk geen relatie tot het contract. De aanbieders waarvan de declaraties het meest opvallen, ontvangen de spiegelinformatie.

Ik ben niet gecontracteerd en ik heb geen betaalovereenkomst. Is er een wettelijke bepaling op basis waarvan ik de verwachte acties uit het spiegelboekje moet uitvoeren?

Nee. Wij verplichten niemand acties uit te voeren. Wij laten u weten dat uw declaraties bij ons opvallen. Dit betekent dat wij, wanneer wij grote risico's zien, u zullen vragen om een verbeterplan of, in het uiterste geval, zullen overgaan tot een materiële controle wanneer uw declaraties blijven opvallen. Voor zo'n controle is een contract niet nodig. Een materiële controle heeft namelijk een wettelijke grondslag in [artikel 35 van de Wmg](#).

Welke onderwerpen zijn in de spiegelinformatie opgenomen?

Vanaf hoofdstuk 4 in deze veelgestelde vragen vindt u alle onderwerpen die in de spiegelinformatie zijn opgenomen.

Hoe zijn de spiegelonderwerpen bepaald?

Veel onderwerpen zijn al jaren onderdeel van materiële controles. Onze systemen kunnen niet alle mogelijke onrechtmatigheden signaleren als u een declaratie opstuurt. Het gaat dan om risico's op het gebied van gepast gebruik en correct declareren. Verder hebben we risico's toegevoegd waarbij meerdere zorgaanbieders betrokken

zijn. Een voorbeeld is een overschrijding van het maximaal aantal verblijfsdagen door verblijf bij verschillende instellingen.

Zijn dit alle risico's die Zilveren Kruis onderzoekt?

Dit zijn niet alle risico's waar Zilveren Kruis op controleert. Niet alle risico's zijn geschikt om als spiegelinformatie te laten zien. Dit kan bijvoorbeeld zijn doordat wij deze gegevens niet in onze data hebben. Een voorbeeld van zo'n risico is het risico op het ontbreken van een tijdige en juiste verwijzing. Als hier aanleiding voor bestaat kunt u hier een aparte controle over krijgen. Als u de laatste landelijke regels over verwijzingen nog eens wilt nalezen, kunt u terecht op [deze webpagina van de Rijksoverheid](#).

Ik snap het risico op de spiegelpagina niet. Hoe kan ik dan toch verder?

Op de spiegelpagina staat beknopt weergegeven wat het risico is. Verderop in deze veelgestelde vragen staat het risico nog uitgebreider beschreven. Ook de verwachte actie wordt in deze veelgestelde vragen nog verder toegelicht. Ten slotte kunt u ons een e-mail sturen via spiegelinformatie@zilverenkruis.nl.

Ik heb nog niet alle declaraties met een startdatum in 2019 naar jullie verstuurd. Waarom krijg ik de spiegelinformatie dan nu al?

Wij wijzen u het liefst zo vroeg mogelijk op opvallendheden in de declaraties. Zo kunnen wij u beter helpen om onjuiste declaraties te voorkomen. Wij gebruiken een groot deel van de declaratiedata (tot en met boekdatum 31 oktober 2020). Daarmee verwachten wij een representatief beeld over 2019 te kunnen geven. Declaraties die na 31 oktober 2020 bij ons binnenkomen kunnen, indien nodig, al door u gecorrigeerd worden. Dit kan dan een effect hebben op volgende spiegels.

Heeft u rekening gehouden met de specifieke doelgroep waar wij mee werken?

Nee, wij hebben u niet vergeleken met soortgelijke aanbieders. Dat is praktisch onhaalbaar en aanbieders verschillen vaak van mening over met wie ze te vergelijken zijn. Bovendien zijn er niet veel onderwerpen waar we u vergelijken met het gemiddelde. Dat gebeurt alleen bij de onderwerpen "Meer minuten dan verwacht bij ambulante/klinische DBC's", "Meer verblijfsdagen dan verwacht" en "Te zwaar patiëntprofiel". Waar van toepassing vergelijken we DBC's met DBC's met dezelfde diagnosehoofdgroep, waarmee we de variatie verminderen. Mocht u van mening zijn dat uw behandelprogramma of doelgroep voldoende verklaring geeft, kan het zijn dat wij u hier later naar vragen. Het is belangrijk dat deze toelichting toetsbaar is. U kunt hierbij denken aan een verwijzing naar uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek.

Wij zijn in 2019 gefuseerd. Wordt hier rekening mee gehouden?

Nee, hier wordt geen rekening mee gehouden. Wanneer de andere (toenmalige) aanbieder ook spiegelinformatie heeft ontvangen, is het misschien handig dat u de spiegelinformatie van u beide in samenhang beoordeelt. Misschien dat de fusie een verklaring kan geven voor opvallende declaraties.

Ik ben in het verleden al eens gecontroleerd op dezelfde onderwerpen en ik hoefde niets te corrigeren. Moet ik dan opnieuw meewerken?

Misschien hebt u al eerder met ons gesproken over uw declaraties. Wij houden hiermee maar beperkt rekening, omdat bijvoorbeeld wet- en regelgeving intussen is aangepast. Wij verwachten dat u door uw ervaring gemakkelijker met deze spiegel uit de voeten kunt.

Kan ik de opvallende declaraties ontvangen?

U kunt zelf bepalen om welke declaraties het gaat. U vindt de criteria die wij hanteren in de uitgangspunten van de spiegelinformatie. Als u er toch niet zelf uitkomt, kunt u bij ons een verzoek indienen voor het ontvangen van de declaratiegegevens via spiegelinformatie@zilverenkruis.nl.

Wat gebeurt er als ik niets doe?

Is er in uw declaraties onvoldoende verbetering zichtbaar, dan kan het zijn dat wij u, bij grote risico's, bij een volgende spiegel vragen om mee te werken aan een verbeterplan. Hierna beoordelen wij of u het verbeterplan uitvoert. Bij onvoldoende verbetering, start mogelijk alsnog een controle.

Kan ik een totaalfactuur krijgen voor de geconstateerde onrechtmatigheid?

We vragen u declaraties, indien nodig, zelf te corrigeren. Voor DBC's of prestaties in de basis GGZ die in 2019 zijn geopend, kan dit nog tot april 2021. Bij vragen kunt u contact opnemen met spiegelinformatie@zilverenkruis.nl.

Vervangt de spiegelinformatie materiële controles?

Voor het grootste deel is dit het geval. Wel kan het zijn dat als er in uw declaraties onvoldoende verbetering zichtbaar is, wij u, bij grote risico's, bij een volgende spiegel vragen om mee te werken aan een verbeterplan. Hierna beoordelen wij of u het verbeterplan uitvoert. Bij onvoldoende verbetering, start mogelijk alsnog een controle. In deze spiegelinformatie delen wij veel informatie met u. Wij voeren als verzekeraar regelmatig nieuwe analyses uit, maar ook kunnen signalen van buiten de verzekeraar reden zijn voor controles of extra analyses.

Wie beschouw ik als ‘behandelend personeel’?

Bij de spiegelinformatie raden wij u soms aan voor de controle van uw declaraties te overleggen met het behandelend personeel. Wij bepalen niet wie dit is, want dit hangt af van uw organisatie. Wij geven dit advies, omdat uit ervaring blijkt dat hiermee vaak de beste resultaten worden bereikt. Zo kan het helpen om bij specifieke casuïstiek de regiebehandelaar te betrekken of waar het gaat om zorgprogramma's een geneesheer directeur.

Kan ik de opvallende declaraties voor 2020 nu al corrigeren?

Ja, graag zelfs. Wij hopen dat u met de spiegelinformatie aan de slag gaat om de registratie en declaratie te verbeteren. Als uw declaraties in 2020 toch weer opvallen, ontvangt u vanzelf weer actuele spiegelinformatie van ons.

In veel pagina's staat het gemiddelde van Zilveren Kruis. Het is toch niet gezegd dat dat een juiste maat is voor wat goed is?

Dat klopt. Het gemiddelde zegt iets over de afwijking van uw declaraties ten opzichte van andere aanbieders die bijvoorbeeld ook verblijf met overnachting declareren en/of cliënten met vergelijkbare diagnoses behandelen. Met de kennis van uw eigen organisatie en zorgverlening kunt u bepalen of er een verklaring voor het verschil bestaat. Als u deze verklaring niet of onvoldoende kunt vinden, is dit reden kritisch naar uw zorgverlening te kijken en te beoordelen of u de wet- en regelgeving voldoende toepast.

Waarom moet ik actie ondernemen als de opvallendheden niet per se fout hoeven te zijn?

Als u een goede verklaring kunt geven voor de opvallende declaraties en u bent er zeker van dat u zich aan de wet- en regelgeving houdt, hoeft u nu niets te doen. Het kan zijn dat wij u in de begeleidende brief vragen om wel een uitleg naar ons toe te sturen. Het is belangrijk dat wij uw argumenten kunnen toetsen. Stel dat u bijvoorbeeld denkt dat uw cliënten complexere problematiek hebben of er meer sprake is van co-morbiditeit die ook wordt behandeld, zult u dit op de één of andere manier meetbaar moeten maken. Als dat niet lukt, kan het zijn dat wij u later zullen vragen om een verbeterplan.

Ik heb de declaraties onderzocht, maar ik heb geen fouten gevonden. Hoe voorkom ik dat ik volgende keer spiegelinformatie over dezelfde declaraties ontvang?

Dit is niet te voorkomen.

Ik wil graag op casusniveau een reactie geven. Mag dat?

Nee, dat mag niet. Wij willen de privacy van onze verzekerden zo veel mogelijk beschermen. Wij willen daarom in principe geen reactie op casusniveau ontvangen. Wilt u overleggen over een geanonimiseerde casus, zoek dan contact met Zilveren Kruis. Zie hiervoor het antwoord op de laatste vraag van dit hoofdstuk.

Wat is de deadline voor het reageren?

U hoeft niet te reageren en er is dus geen deadline. Het kan zijn dat wij u in de begeleidende brief, die leidend is, vragen om wél te reageren. De uiterste datum om te reageren wordt dan in de begeleidende brief vermeld. U kunt zelf aan de slag met de informatie uit de spiegel.

Kan een onderzoek van Speciale Zaken tegelijk lopen met het ontvangen van spiegels?

Ja. Het versturen van spiegelinformatie is niet hetzelfde als het uitvoeren van een materiële controle. Daarom kunnen spiegelinformatie en fraudeonderzoek naast elkaar lopen.

Welke UZOVI-codes zijn meegenomen voor de spiegelinformatie?

Voor de spiegelinformatie zijn de volgende UZOVI-codes meegenomen:

- 3311 - Zilveren Kruis Zorgverzekeringen
- 3313 - Interpolis Zorgverzekeringen
- 3314 - OZF Zorgverzekeringen
- 3329 - Avéro Achmea Zorgverzekeringen
- 0211, 3351 - FBTO Zorgverzekeringen
- 7084, 3358 - De Friesland Zorgverzekeringen
- 8958 - Aevitae
- 8960 - Caresco
- 8971 - IAK
- 9086 - ProLife

Ik wil graag contact met een medewerker van Zilveren Kruis. Kan dat?

Dat kan. Wij willen u wel vragen eerst dit document door te kijken of uw vraag al wordt beantwoord.

Als dat niet zo is, kunt u een e-mail sturen Naar spiegelinformatie@zilverenkruis.nl. Wij proberen binnen 3 werkdagen op uw verzoek te reageren. Het beste kunt u uw naam, telefoonnummer en een geschikte dag/tijd in uw verzoek opnemen. Dan plannen wij een overleg met u in.

4. Pagina 4: U sluit DBC's in de gGGZ vlak na de bovengrens van de voorgaande productgroep

- **Waarom ziet Zilveren Kruis hier een risico?**

Als u vaker dan verwacht DBC's sluit net nadat de grens van de productgroep is bereikt, kan het zijn dat u hier bewust op stuurt. Dit levert u per uur meer op, maar uiteindelijk betaalt de premiebetaler hieraan mee. Met de almaar stijgende zorgkosten is dit voor Zilveren Kruis een risico.

Het kan zijn dat u de behandeling eerder afrondt dan wenselijk is (onderbehandelen) of juist langer behandelt dan nodig (overbehandelen). In beide gevallen is er geen sprake van gepast gebruik. Hetzelfde geldt voor een zorgpad dat zonder wetenschappelijke onderbouwing precies zo is opgebouwd dat de afsluiting op een gunstig moment plaatsvindt.

- **Wat verwacht Zilveren Kruis van mij?**

Wij verwachten dat u alle zorg levert die nodig is, ongeacht het totaal aantal minuten dat u besteedt. De behandelintensiteit en -frequentie moet u kunnen onderbouwen vanuit dossierverloop. Als u werkt met standaardprogramma's, rekenen wij er daarnaast op dat hierin ruimte is voor individueel maatwerk om onder- of overbehandeling te voorkomen. Wij beoordelen periodiek of uw declaraties (nog) opvallen.

- **Welke productgrenzen zijn er?**

De productgroepen en bijbehorende grenzen zijn terug te vinden in de tariefbeschikking van de NZa, in bijlage 1 van de [TB/REG-19627-02](#).

5. Pagina 5: U opent bGGZ prestaties kort na het sluiten van de vorige

- **Waarom ziet Zilveren Kruis hier een risico?**

Voor iedere prestatie binnen de basis GGZ krijgt u een vast bedrag. Dit bedrag is voor een integrale prestatie; dat wil zeggen dat alle zorg aan de verzekerde hierin hoort te zitten. Als u deze zorg voor één zorgvraag over meerdere prestaties verdeelt, houdt u zich niet aan de wettelijke regels en mogen wij dit niet vergoeden. Daarnaast zorgt het voor een toename in zorgkosten en kan het betekenen dat het eigen risico van onze verzekerde onnodig in rekening wordt gebracht. Tenslotte sluit het ook niet aan bij de geest van de regeling, namelijk dat binnen de basis GGZ geprotocolleerd wordt gewerkt met een duidelijk begin en eind.

- **Wat verwacht Zilveren Kruis van mij?**

U mag alleen een nieuwe prestatie openen als er sprake is van een nieuwe zorgvraag. Er is inmiddels een [veldnorm](#) opgesteld die meer duidelijkheid geeft over wat een nieuwe zorgvraag is. Wij gaan ervan uit dat u deze veldnorm hanteert bij het registreren. Wij zullen hierop periodiek controleren. Mocht blijken dat u zich niet aan deze veldnorm houdt, kan dit financiële gevolgen hebben.

- **Waarom hanteert u een norm van 65 dagen?**

Wij hanteren geen norm, maar een signaleringsgrens. Deze keer hebben wij gekozen voor 65 dagen, een volgende keer zullen wij kiezen voor een ander aantal dagen. Het sluiten van een prestatie in de basis GGZ en het openen van een nieuwe binnen 65 dagen is een mogelijke indicatie voor het ontbreken van een nieuwe prestatie. Wij hanteren dus geen minimale tijd tussen twee opeenvolgende prestaties. Er kan immers in theorie zelfs de dag na het sluiten van een prestatie sprake zijn van een werkelijke nieuwe zorgvraag zoals omschreven in de veldnorm.

- **Mag ik per diagnose één prestatie openen?**

Binnen de basis GGZ wordt gewerkt met integrale prestaties voor een samenhangend cliëntprofiel. Dit betekent dat alle zorg die een verzekerde op een bepaald moment nodig heeft, binnen die prestatie geleverd dient te worden, ongeacht of er sprake is van één of meerdere diagnoses.

Het is dan ook niet toegestaan om een nieuwe prestatie te openen vanwege co-morbiditeit, een nieuwe primaire diagnose of een wijziging van de primaire diagnose (een nieuwe primaire diagnose is dus niet hetzelfde als een nieuwe zorgvraag). U mag alleen de prestatie sluiten en een nieuwe prestatie openen als er sprake is van een nieuwe zorgvraag conform de [veldnorm](#).

- **Hoe moeten de genoemde behandelminuten per prestatie worden geïnterpreteerd?**

De NZa heeft geen maximum aantal behandelminuten vastgesteld. Het aantal minuten per prestatie dat in de beleidsregel staat genoemd, is slechts een indicatie van het aantal minuten directe en indirecte cliëntgebonden tijd die nodig is om de zorg te leveren (zie ook de toelichting van de NZa). Ook als u dit indicatieve aantal minuten heeft bereikt, kunt u dus gewoon doorbehandelen binnen de betreffende

prestatie. De NZa heeft hiervoor gekozen omdat in de praktijk sprake is van zowel prestaties die onder de minutenindicatie vallen als prestaties die erboven vallen. Het is dus niet toegestaan om een nieuwe prestatie te openen omdat een bepaald aantal sessies of minuten is bereikt.

- **Hoeveel prestaties mag ik per jaar openen?**

Een behandelaar mag één prestatie basis GGZ per 365 dagen openen. Alle zorg die nodig is, zit in principe in de prestatie basis GGZ. De aanspraak voor de basis GGZ is in eerste instantie ook voor één jaar. In drie situaties mag meer dan één prestatie basis GGZ per 365 dagen worden geopend:

- Als de verzekerde/cliënt na afronding van de behandeling een (onverwachte) terugval heeft mag een nieuwe prestatie worden geopend
- Als verzekerde/cliënt zich na afronding van de behandeling (onverwacht) opnieuw aanmeldt met andere klachten mag uw behandelaar een nieuwe prestatie openen
- Als verzekerde/cliënt zorg nodig heeft die past bij de prestatie Chronisch én voor andere klachten mogen twee prestaties tegelijk worden geopend, één chronische prestatie en één prestatie kort/middel/intensief .

Zie voor meer toelichting ook de [veldnorm](#).

6. Pagina 6: U opent DBC's kort na het sluiten van de vorige DBC

- **Waarom ziet Zilveren Kruis hier een risico?**

Het is wettelijk niet altijd toegestaan een nieuwe, seriële DBC te openen. Zo mag u alleen een nieuwe DBC met dezelfde primaire diagnose openen als er meer dan 35 dagen voorbij zijn sinds het sluiten van de vorige DBC. U moet binnen deze 35 dagen de voorgaande DBC namelijk heropenen. U mag dus wel een nieuwe DBC openen, maar dan moet er daadwerkelijk sprake zijn van een andere diagnose die wordt behandeld. De verzekerde moet hierover zijn geïnformeerd. Zilveren Kruis ziet in de declaratiegegevens alleen de diagnosehoofdgroep. Het kan zijn dat er wel een andere primaire diagnose is gesteld, maar dat deze diagnose in dezelfde hoofdgroep valt. Deze declaraties tellen dan toch mee in de opgestuurde spiegelinformatie.

Een risico van onterecht openen van een nieuwe DBC is dat er meerdere DBC's worden gedeclareerd terwijl het gaat om één doorlopende behandeling. Dit wordt vaak "knippen" genoemd. Behalve dat zorgverzekeraars geen DBC's mogen vergoeden die niet aan de wettelijke vereisten voldoen, kan het declareren van een nieuwe DBC leiden tot het onnodig in rekening brengen van het eigen risico bij onze verzekerde. Verder kan het leiden tot meer zorgkosten, afhankelijk van het aantal minuten in beide DBC's.

- **Wat verwacht Zilveren Kruis van mij?**

Let bij het openen van een nieuwe DBC goed op of u minder dan 35 dagen geleden nog een DBC met dezelfde primaire diagnose heeft gesloten. Mocht deze voorgaande DBC al bij de verzekeraar in rekening zijn gebracht, moet u deze crediteren en heropenen. Bepaal bij het sluiten van een DBC of er voldoende grond is voor het openen van een nieuwe DBC op basis van een nieuwe diagnose. Hierbij is het niet van belang in welke groep deze diagnose valt. Wij verwachten in het dossier terug te kunnen vinden waarom u de primaire diagnose heeft veranderd, bijvoorbeeld aan de hand van een diagnostisch onderzoek en een aangepast behandelplan.

- **Waar komt de norm van 35 dagen vandaan?**

Deze norm komt uit de wet- en regelgeving. Als de cliënt binnen 35 dagen na het afsluiten van de DBC terugkomt voor dezelfde primaire diagnose, heropent u de voorafgaande DBC, tenzij de doorlooptijd van de DBC dan meer dan 365 dagen wordt. Zie ook [website van de NZa](#). Voor het openen van een DBC met een andere diagnose is geen minimaal of maximaal aantal dagen bepaald; u mag op de dag na sluiten een nieuwe DBC openen. Zie ook 'Wat verwacht Zilveren Kruis van mij?'.

- **Zijn er situaties waarbij binnen 35 dagen een nieuwe DBC mag worden geopend?**

Sinds 2017 is het verplicht de afgesloten DBC te heropenen als de cliënt binnen 35 dagen terugkomt voor dezelfde primaire diagnose. Als de doorlooptijd van de DBC dan meer dan 365 dagen wordt, opent u een nieuwe (vervolg-)DBC. Zie ook [de website van de NZa](#).

Een DBC mag alleen 'geknipt' worden in het kader van stepped care, dat wil zeggen: als de behandeling van de primaire diagnose wordt beëindigd en de behandeling van een andere diagnose start. Hiervoor is het logischerwijze noodzakelijk dat een andere diagnose de primaire diagnose (reden voor behandeling) wordt. Er moet dus niet alleen een andere diagnose genoteerd worden in het dossier, maar hier moet ook navolgbaar sprake van zijn én de behandeling moet zich vanaf dat moment op die diagnose gaan richten in plaats van op de vorige primaire diagnose. Het kan dus niet zo zijn dat de behandeling gewoon doorloopt, maar dan in een nieuwe DBC. Zie ook de [NR/REG-2021b](#).

7. Pagina 7: U heeft DBC's die parallel lopen met een DBC bij andere zorgaanbieders

- **Waarom ziet Zilveren Kruis hier een risico?**

Als er voor dezelfde cliënt bij verschillende aanbieders tegelijk een DBC wordt geopend, kan dit betekenen dat er eigenlijk in onderlinge dienstverlening wordt gewerkt. Dat wil zeggen dat u de zorg voor een deel uitvoert voor de andere aanbieder, bijvoorbeeld vanwege uw expertise. Hiervoor mag u geen eigen DBC openen, maar moet de tijd die u besteedt op de DBC worden geregistreerd van de andere zorgaanbieder waarvan u deze opdracht kreeg. Die aanbieder betaalt u dan voor de zorg die u verleent. Deze werkwijze is [wettelijk](#) vastgelegd.

Door meerdere DBC's te declareren, nemen de zorgkosten toe. Ook kan deze werkwijze zorgen voor het onnodig in rekening brengen van het eigen risico voor de cliënt.

Als er geen sprake is van onderlinge dienstverlening en de cliënt op meerdere plaatsen tegelijk wordt behandeld, kan dit er toe leiden dat de behandeling niet efficiënt verloopt, zeker als u niet weet dat uw cliënt al ergens anders in behandeling is.

- **Wat verwacht Zilveren Kruis van mij?**

Als een andere aanbieder u vraagt een deel van de behandeling uit te voeren, mag u hiervoor geen eigen DBC declareren. U moet hierover dus afspraken maken met die zorgaanbieder. Verder verwachten wij dat u bij de intake duidelijk navraagt bij de cliënt of deze al ergens anders in zorg is en dit ook in het dossier opneemt. Mocht dat inderdaad zo zijn, maar dit beïnvloedt de behandeling naar uw oordeel niet negatief, is het aan te raden dat u contact zoekt met deze andere aanbieder, als uw cliënt hier tenminste toestemming voor geeft. Wij verwachten hierdoor een afname in het aantal DBC's dat u parallel declareert met een andere aanbieder.

- **Hoe voorkom ik dat ik gelijktijdig met een andere aanbieder een DBC heb openstaan?**

Zie de eerste twee vragen: "Waarom ziet Zilveren Kruis hier een risico?" en "Wat verwacht Zilveren Kruis van mij?".

- **Wat is onderlinge dienstverlening?**

Zie de eerste twee vragen: "Waarom ziet Zilveren Kruis hier een risico?" en "Wat verwacht Zilveren Kruis van mij?".

- **Wanneer mag ik zelf parallelle zorgtrajecten open hebben staan?**

U mag parallelle zorgtrajecten open hebben staan als aan drie voorwaarden is voldaan:

1. De verschillende diagnoses moeten apart benoemd zijn in de tabel met mogelijke parallelle diagnoses;
2. Er dient sprake te zijn van substantieel verschillende behandelingen. Dit moet de regiebehandelaar kunnen verantwoorden, bijvoorbeeld aan de hand van substantieel eigenstandige behandelplannen;
3. Een cliënt kan maximaal 3 openstaande zorgtrajecten hebben.

Als er sprake is van parallelle zorgtrajecten, moet de behandelaar de geboden zorg registreren op de DBC waarop de geboden zorg betrekking heeft.

- **Kan er binnen mijn organisatie sprake zijn van parallelle zorgtrajecten binnen eenzelfde diagnosehoofdgroep?**

Nee, parallelle zorgtrajecten binnen een organisatie mogen niet in eenzelfde diagnosehoofdgroep vallen. Onder diagnosehoofdgroep verstaan we een combinatie tussen de hoofdgroepen zoals deze in de DSM-5 worden aangeduid en de diagnosegroepen zoals opgenomen in de prestatiecode.

- **Hoe registreer ik bij co-morbiditeit?**

Co-morbiditeit vereist niet per definitie een parallel zorgtraject. Van een parallel zorgtraject is sprake als er verschillende diagnoses zijn met een gelijkwaardig belang, waarbij de regiebehandelaar(s) substantieel verschillende behandelingen in moet zetten. Als dit niet het geval is, betreft het een regulier zorgtraject (eventueel met co-morbiditeit). We raden u aan uw overweging voor het openen van een parallel zorgtraject vast te leggen in het dossier.

8. Pagina 8: U declareert ambulante DBC's waarop een fysiotherapeut tijd heeft geschreven

Op onze website staat informatie over (en antwoorden op vragen over) fysiotherapie. Deze vindt u [hier](#) onder het kopje "Soms vergoeding uit de basisverzekering".

- **Waarom ziet Zilveren Kruis hier een risico?**
Wij zien in de declaratiedata niet welke activiteit behandelaars uitvoeren. Wanneer wij zien dat een fysiotherapeut tijd registreert op de DBC, kan het zijn dat dit is voor fysiotherapie. Fysiotherapie is geen vergoede interventie voor de behandeling van een psychische stoornis. Wij mogen vanuit de GGZ alleen zorg vergoeden die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk voor behandeling van een psychische stoornis. Meer informatie hierover leest u op de [website van Zorgverzekeraars Nederland](#). Voor eerstelijns fysiotherapie geldt een [eigen aanspraak](#). Het risico is dus dat Zilveren Kruis zorg vergoedt die niet bewezen effectief is en waarvoor geen aanspraak bestaat binnen de basisverzekering.
- **Wat verwacht Zilveren Kruis van mij?**
Beoordeel aan de hand van de informatie op [onze site](#) of u zorg levert die u niet op de DBC GGZ mag registreren. Wij verwachten dat u minder tijd op de DBC door fysiotherapeuten zult registreren bij een volgende spiegel of dat u kunt aantonen dat de zorg die fysiotherapeuten op de DBC registreren passend is binnen de GGZ.
- **Waarom is fysiotherapie in de ambulante GGZ niet toegestaan?**
Fysiotherapie als behandelvorm binnen de GGZ voldoet niet aan de stand van wetenschap en praktijk. Na literatuuronderzoek naar de effectiviteit van fysiotherapie als behandelmethodede in de ambulante GGZ-behandeling is geen enkel wetenschappelijk bewijs gevonden voor de effectiviteit van het toepassen van fysiotherapie als interventie in de GGZ. Ook wordt in geen enkele richtlijn fysiotherapie als behandelmethodede geadviseerd.
- **De fysiotherapeut staat in de beroepentabel, waarom mag deze geen tijd schrijven?**
De fysiotherapeut mag beperkt tijd op de DBC schrijven. Voorwaarden zijn dat de uitgevoerde activiteiten:
 - Passen bij zijn competenties en opleiding, inclusief bijscholing (dus bijvoorbeeld geen cognitieve gedragstherapie);
 - Gericht zijn op de diagnostiek en/of behandeling van de psychische stoornis en bijdragen aan een behandeldoel;
 - Onderdeel zijn van een multidisciplinaire behandeling en hier ook een duidelijke samenhang mee hebben;
 - Besproken worden met de regiebehandelaar voor wat betreft verloop en voortgang.
 Er is geen uitputtend overzicht van activiteiten die een fysiotherapeut wel of niet mag doen. Gezien de aard van de werkzaamheden verwachten wij dat het aandeel zeer beperkt is.
- **Wat mag een fysiotherapeut wel doen binnen de GGZ?**
Bijvoorbeeld:
 - Diagnostiek op fysiek gebied, voor zover relevant voor de diagnostiek en/of behandeling van de psychische stoornis;
 - Psycho-educatie over bijvoorbeeld bewegen en stress;
 - Motiveren tot bewegen;
 - Lichaamsgerichte therapie;
 - Ademhalings- en ontspanningsoefeningen;
 - Graded activity gericht op beweegangst en vermindering bij pijnklachten.
- **Wat mag een fysiotherapeut niet doen binnen de GGZ?**
Bijvoorbeeld:
 - Fysiotherapie en oefentherapie zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden;
 - Activerende fysiotherapie;
 - Massage;
 - Begeleid sporten;
 - Belastbaarheidstraining;
 - Geleidelijk opbouwen fysieke activiteiten met als doel het verbeteren van de conditie, spierkracht, coördinatie, lenigheid of balans of het verhogen van het inspanningsniveau;
 - Fysieke metingen, zoals een conditiemeting, 'ter info';
 - Graded activity bij niet-pijnklachten (bron: [Zorgstandaard SOLK](#)).

9. Pagina 9: U declareert DBC's waarop tijd door een social worker is geschreven

Op onze website staat al informatie over social work/begeleiding. Deze vindt u [hier](#). Onder het kopje "Soms vergoeding uit de basisverzekering".

- **Waarom ziet Zilveren Kruis hier een risico?**
Niet alle zorg aan cliënten met GGZ-problematiek kan vanuit de zorgverzekeringswet worden betaald. Als het bijvoorbeeld gaat om het behouden van zelfredzaamheid is daarvoor de gemeente verantwoordelijk.

Het komt desondanks voor dat deze tijd toch op de DBC wordt geregistreerd. Vaak, maar niet altijd, leveren social workers deze begeleiding. Het kan dus ook zijn dat andere beroepen deze begeleiding uitvoeren. Ook dat is niet toegestaan. Het gaat niet om het beroep, maar om de activiteiten die dit beroep uitvoert. Verzekeraars kunnen niet zien of het om begeleiding of behandeling gaat binnen een DBC. Daarom kijken we bij deze spiegel naar de tijd die wordt geschreven door social workers.

- **Wat verwacht Zilveren Kruis van mij?**
Wij verwachten dat u in uw zorgverlening een duidelijke scheiding maakt tussen begeleiding zoals de gemeente die vanuit de Wmo moet aanbieden en de zorg die binnen de basisverzekering valt. U kunt hiervoor de informatie gebruiken die [op onze site staat](#). Het gaat er dus niet om dat u de zorg niet mag aanbieden, maar u zult een deel van de zorg bij de gemeente in rekening moeten brengen via bijvoorbeeld een maatwerkvoorziening. Hierdoor verwachten wij op den duur een vermindering van de tijd van social workers in onze data op te merken. Bent u van mening dat de tijd toch op de DBC (en dus binnen de zorgverzekering) hoort, dan rekenen wij erop dat u de inzet van social workers goed kunt onderbouwen en dat uit het dossier blijkt dat er inderdaad geen sprake is van ondersteunende begeleiding.

10. Pagina 10: U declareert de prestatie bGGZ Intensief

- **Waarom ziet Zilveren Kruis hier een risico?**
Het [cliëntprofiel](#) zoals dat in de regelgeving is beschreven bepaalt welke prestatie u in rekening brengt. De minuten die u besteedt hangen hier dus niet direct mee samen. Het is niet toegestaan de prestatie te kiezen op basis van de hoeveelheid minuten die u hebt besteed. Als dit wel gebeurt, is dit niet alleen wettelijk niet toegestaan, maar leidt dit ook tot meer zorgkosten.
- **Wat verwacht Zilveren Kruis van mij?**
Beoordeel of u inderdaad de prestaties declareert op basis van het cliëntprofiel. Wij verwachten dat de verhouding tussen de verschillende prestaties in de basis GGZ (kort, middel en intensief) minder ongelijk zal worden. Als er sprake is van onterecht geopende intensieve prestaties, vragen we u deze te crediteren en op basis van het cliëntprofiel juiste prestatie te declareren.

11. Pagina 11: U declareert verblijfsdagen met overnachting in de GGZ voor cliënten die op hetzelfde moment voor medisch-specialistische zorg (MSZ) zijn opgenomen

- **Waarom ziet Zilveren Kruis hier een risico?**
Een cliënt kan niet op twee plaatsen tegelijk zijn, op twee bedden tegelijk liggen. Vaak blijkt dat fouten in de registratie leiden tot een onjuiste declaratie. Door deze onterecht "dubbele" verblijfsdagen nemen de zorgkosten toe. Het kan natuurlijk ook zijn dat de verblijfsdag in de MSZ onterecht is gedeclareerd.
- **Wat verwacht Zilveren Kruis van mij?**
Een goede aan- en afwezigheidsregistratie is cruciaal. Als blijkt dat verblijfsdagen zijn gedeclareerd van cliënten die op die dag niet aanwezig waren, vragen we u deze verblijfsdagen te crediteren.
- **Wat zijn de voorwaarden voor het declareren van een verblijfsdag?**
Een verblijfsdag met overnachting mag alleen geregistreerd worden als de cliënt op zijn laatst om 20:00 uur is opgenomen (zowel bij eerste opname als heropname) en 's nachts in de instelling verblijft. De grens van 20:00 uur geldt dus voor de eerste dag van de periode van opname. Voor de overige dagen geldt deze grens niet, maar moet de cliënt wel 's nachts in de instelling verblijven. De dag van opname en de daarop volgende nacht gelden als één verblijfsdag. De dag waarop de cliënt ontslagen wordt geldt niet als verblijfsdag. Zie ook de [NZa regelgeving](#).

12. Pagina 12: U declareert DBC's of prestaties bGGZ voor cliënten die al ergens anders in de LGGZ verblijven

- **Waarom ziet Zilveren Kruis hier een risico?**
De regelgeving zegt dat alle DBC's en prestaties in de basis GGZ moeten worden afgesloten wanneer een verzekerde overgaat naar de langdurige GGZ ([NR/REG-2021b](#)). Alle kosten voor de cliënt vallen vanaf dit moment binnen de LGGZ. In de ZZP zit zowel de vergoeding voor het verblijf als de

behandeling. Als er naast de ZZZ dus ook een DBC of prestatie in de basis GGZ wordt gedeclareerd, nemen de zorgkosten onnodig toe.

Te declareren in combinatie met:				
	dbc ggz (Zvw)	dbc med spec zorg (Zvw)	Basis-ggz	ozp's
zpp-ggz (Zvw)	Nee. Na 365 dagen aaneengesloten verblijf is er sprake van langdurige ggz. Dit wordt bekostigd met de zpp's ggz. Vanuit het zpp-ggz wordt alle zorg in het kader van een ggz diagnose geleverd, ongeacht het type ggz diagnose die hieraan ten grondslag ligt.	Ja, mits sprake is van diagnose niet behorend tot de ggz, kan voor deze zorg een somatische dbc in rekening worden gebracht.	Nee, vanuit het zpp-ggz wordt alle zorg in het kader van een ggz diagnose geleverd, ongeacht het type ggz diagnose die hieraan ten grondslag ligt.	Ja

Tabel 1: Samenloop DBC's, zpp's en ozp's uit NR/REG-2021b

- **Wat verwacht Zilveren Kruis van mij?**

U moet bij de intake bij uw cliënt of de verwijzende zorgaanbieder navragen of uw cliënt verblijft en zo ja of dit in de langdurige GGZ is. Mocht de cliënt op dat moment in de langdurige GGZ verblijven of de verwachting bestaat dat dit op korte termijn (binnen een jaar) zal gebeuren, moet u hierover afspraken maken met de zorgaanbieder waarbij de cliënt verblijft. Daarnaast vragen we u te onderzoeken of uw DBC's en/of uw prestaties in de basis GGZ terecht zijn gedeclareerd. Corrigeer onterechte declaraties en voorkom deze in de toekomst.

13. Pagina 13: U declareert meer dan 365 dagen aaneengesloten verblijf in de gGGZ of meer dan 730 dagen aaneengesloten verblijf in de LGGZ

- **Waarom ziet Zilveren Kruis hier een risico?**

Wettelijk is bepaald dat een cliënt aanspraak kan maken op maximaal 1095 dagen aaneengesloten verblijf in de GGZ ([Besluit zorgverzekering](#)). Verzekeraars mogen dan ook niet meer dan dat aantal dagen vergoeden. Het eerste jaar wordt bekostigd vanuit de DBC en het tweede en derde jaar in de langdurige GGZ met ZPP's. Voor de DBC en de ZPP gelden verschillende regels en een ander tarief. Zo levert een verblijfsdag in de DBC meer op dan een verblijfsdag in de ZPP. Als het verblijf van een cliënt dus voor meer dan 365 dagen vanuit de DBC wordt bekostigd, nemen de zorgkosten onnodig toe. Dit geldt ook wanneer de cliënt (onrechtmatig) langer dan 1095 dagen zou verblijven.

- **Wat verwacht Zilveren Kruis van mij?**

Als uw cliënt de gehele periode bij u verblijft, kunt u zelf goed bepalen [hoeveel dagen](#) hij of zij verblijft. Dit geldt ook voor cliënten die u van een andere zorgaanbieder overneemt. U heeft een inspanningsplicht om zorgvuldig uit te vragen bij de cliënt en/of de doorverwijzende zorgaanbieder of deze cliënt eerder opgenomen was en hoe lang.

- **Tellen VMR-dagen mee voor de telling in het kader van de overgang van de Zvw naar de Wlz?**

Nee, VMR-dagen tellen niet mee in de telling van 1095 dagen. Dit betekent ook dat een patiënt niet overgaat naar de LGGZ of Wlz zodra sprake is van VMR.

14. Pagina 14: In een ambulante setting levert u gemiddeld meer minuten dan andere zorgaanbieders

- **Waarom ziet Zilveren Kruis hier een risico?**

Het is de bedoeling dat de zorg die u verleent gepast is gezien de gezondheidstoestand van de cliënt. Dat betekent dat u niet te weinig en niet te veel zorg levert. Wanneer u voor de behandeling van diagnoses in dezelfde diagnosehoofdgroep fors meer minuten levert dan de meeste andere zorgverleners, dan ziet Zilveren Kruis het risico dat u meer tijd heeft geleverd dan noodzakelijk was voor de behandeling (overbehandeling). Tijd die ten onrechte wordt geleverd leidt tot een stijging van de zorgkosten en een toename van de wachttijden.

- **Wat verwacht Zilveren Kruis van mij?**
Wij verwachten dat u kritisch kijkt naar uw zorgprogramma's of zorgpaden en beoordeelt of alle zorg die u levert ook noodzakelijk is. Daarnaast verwachten we dat u per cliënt beoordeelt of het (gehele) zorgprogramma of zorgpad aangewezen is gezien de gezondheidstoestand van de cliënt. Verder verwachten wij dat u tijdens een behandeling regelmatig evalueert en aan de hand daarvan de intensiteit, behandeldoelen, duur en inhoud van de behandeling indien nodig aanpast. Wanneer de behandeldoelen van de cliënt behaald zijn, beëindigt u de behandeling.

15. Pagina 15: In een klinische setting levert u gemiddeld meer minuten dan andere zorgaanbieders

- **Waarom ziet Zilveren Kruis hier een risico?**
Het is de bedoeling dat de zorg die u verleent gepast is gezien de gezondheidstoestand van de cliënt. Dat betekent dat u niet te weinig en niet te veel zorg levert. Wanneer u voor de behandeling van diagnoses in dezelfde diagnosehoofdgroep fors meer minuten levert dan de meeste andere zorgverleners, dan ziet Zilveren Kruis het risico dat u meer tijd heeft geleverd dan noodzakelijk was voor de behandeling (overbehandeling). Tijd die ten onrechte wordt geleverd leidt tot een stijging van de zorgkosten en een toename van de wachttijden.
- **Wat verwacht Zilveren Kruis van mij?**
Wij verwachten dat u kritisch kijkt naar uw zorgprogramma's of zorgpaden en beoordeelt of alle zorg die u levert ook noodzakelijk is. Daarnaast verwachten we dat u per cliënt beoordeelt of het (gehele) zorgprogramma of zorgpad aangewezen is gezien de gezondheidstoestand van de cliënt. Verder verwachten wij dat u tijdens een behandeling regelmatig evalueert en aan de hand daarvan de intensiteit, behandeldoelen, duur en inhoud van de behandeling indien nodig aanpast. Wanneer de behandeldoelen van de cliënt behaald zijn, beëindigt u de behandeling.

16. Pagina 16: Bij een deel van de cliënten met verblijf van E of hoger vindt geen afschaling van verblijfszwaarte plaats

- **Waarom ziet Zilveren Kruis hier een risico?**
Het is de bedoeling dat u de verblijfszwaarte levert die het meest passend is voor de gezondheidstoestand van uw cliënt. Zeker bij langere opnames met een hoge verblijfszwaarte, verwachten wij dat in de loop van de opname het geleidelijk beter gaat met de cliënt waardoor er minder zorg en toezicht nodig is. Dit leidt logischerwijze ook tot een lagere verblijfszwaarte richting het einde van de opname. Wanneer de verblijfszwaarte relatief hoog is en gedurende de hele opname gelijk blijft, bestaat het risico dat u een zwaardere verblijfszwaarte levert en/of declareert dan nodig is gezien de gezondheidstoestand van de cliënt. Een onnodig hoge verblijfszwaarte leidt tot een stijging van de zorgkosten.
- **Wat verwacht Zilveren Kruis van mij?**
Wij verwachten dat u kritisch kijkt naar uw beleid rondom het inschalen van uw cliënten in een bepaalde verblijfszwaarte. Daarnaast verwachten we dat u kijkt naar uw wijze van (periodiek) evalueren en het beleid voor het afschalen van de verblijfszwaarte en dit zo nodig bijstelt.

17. Pagina 17: U declareert gemiddeld meer verblijfsdagen dan andere zorgaanbieders die verblijf leveren

- **Waarom ziet Zilveren Kruis hier een risico?**
Verblijf in een GGZ instelling mag alleen ten laste van de Zvw worden gebracht als sprake is van medisch noodzakelijk verblijf in verband met de geneeskundige zorg. Het [Zorginstituut Nederland](#) heeft beschreven wanneer hier sprake van is. Wanneer u fors meer verblijfsdagen declareert dan de meeste andere zorgverleners, dan ziet Zilveren Kruis het risico dat u meer verblijf met overnachting heeft geleverd dan noodzakelijk was voor de behandeling (overbehandeling). Verblijf dat ten onrechte wordt geleverd, leidt tot een stijging van de zorgkosten en een toename van de wachttijden door het onnodig bezet houden van bedden.
NB: verblijf met rechtvaardigheidsgrond (VMR) wordt hier buiten beschouwing gelaten.
- **Wat verwacht Zilveren Kruis van mij?**
Onderzoek in samenwerking met het behandelend personeel wat de oorzaak is van het grote aantal

verblijfsdagen en of dit passend was bij de gezondheidstoestand van de cliënt. Pas waar nodig uw beleid aan. U kunt hiervoor gebruik maken van de [Werkwijzer Medisch noodzakelijk verblijf ggz](#). Hierbij is het belangrijk om naast het aanvankelijk inschalen van de cliënten op de juiste verblijfszwaarte, ook gedurende de behandeling evaluatiemomenten te hebben. Tijdens deze momenten wordt opnieuw de medische noodzaak bepaald en, zodra mogelijk, tijdig het verblijf beëindigd (of afgeschaald). Dit wordt besloten door de regiebehandelaar in overleg met de cliënt en/of zijn naasten.

Als u bij één of meerdere DBC's vaststelt dat er te veel verblijfsdagen zijn gedeclareerd, dan moet u de DBC corrigeren en met het correcte aantal verblijfsdagen de DBC opnieuw declareren. We verlangen van u vanuit de [regelgeving van de Nederlandse Zorgautoriteit](#) en de [Wgbo](#) dat u in het behandeldossier vastlegt welke keuzes er gemaakt zijn rondom het inschalen van de cliënt op één van de prestaties van verblijf, rondom het herbeoordelen van de cliënt bij een gewijzigde zorgvraag en rondom het al dan niet beëindigen van het verblijf van de cliënt.

- **Is er een aantal verblijfsdagen dat per klinische DBC gedeclareerd mag worden?**
Vanuit wet- en regelgeving wordt geen maximum gesteld aan het aantal verblijfsdagen per DBC. Om deze reden spreken wij dan ook niet over wat wij toestaan, maar over wat wij verwachten.
NB: een cliënt mag niet langer dan 365 dagen in de gespecialiseerde GGZ verblijven, zie ook de teksten onder Pagina 13.

18. Pagina 18: U declareert DBC's waarop dagbesteding is geschreven

- **Waarom ziet Zilveren Kruis hier een risico?**
In het [Standpunt vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ](#) van Zorginstituut Nederland is beschreven dat dagbesteding in de ambulante setting binnen de GGZ alleen gedeclareerd mag worden als er eigenlijk geneeskundige begeleiding wordt geleverd. Wanneer er dagbesteding in de ambulante setting geregistreerd wordt terwijl geen sprake is van geneeskundige begeleiding, dan wordt deze dagbesteding onterecht ten laste van de Zvw gebracht. Deze dagbesteding kan dan mogelijk gefinancierd worden vanuit de Wmo.
Dit betekent in de praktijk dat geneeskundige begeleiding nodig moet zijn in het kader van de psychiatrische behandeling en dat deze geneeskundige begeleiding (geregistreerd als dagbesteding) terug te vinden moet zijn in het individuele behandelplan dat opgesteld is door de regiebehandelaar. Daarnaast moet de geneeskundige begeleiding een koppeling hebben met het behandelplan en er een terugkoppeling plaatsvinden van gedrag of resultaten tijdens "dagbesteding" aan de regiebehandelaar. Een (fors) aandeel dagbesteding kan er op wijzen dat er niet alleen geneeskundige begeleiding geleverd is, maar ook dagbesteding. Dagbesteding mag conform de uitspraken van het Zorginstituut niet geleverd worden in de ambulante setting.
NB: Het zou ook kunnen dat meer dagbesteding is geregistreerd dan feitelijk geleverd, bijvoorbeeld omdat de cliënt niet bij alle dagbesteding aanwezig was.
- **Wat verwacht Zilveren Kruis van mij?**
Onderzoek of er bij de registratie van dagbesteding in feite sprake was van geneeskundige begeleiding. Controleer of in uw beleid rondom dagbesteding wordt voldaan aan de eisen vanuit het [Zorginstituut Nederland](#) (terechte levering) en [de Nederlandse Zorgautoriteit](#) (feitelijke levering).
- **Welke vormen van dagbesteding mogen geleverd worden in de ambulante setting?**
Geen; dagbesteding in de ambulante setting mag niet gedeclareerd worden. In de praktijk zien we echter ook dat geneeskundige begeleiding wordt geschreven onder de activiteitencodes van dagbesteding. Dit wordt voor nu gedoogd. Wel verzoeken we u om deze geneeskundige begeleiding in de toekomst onder de juiste activiteitencode te schrijven conform de geldende registratievereisten.

19. Pagina 19: U declareert Verblijf met rechtvaardigingsgrond (VMR) langer dan 6 maanden

- **Waarom ziet Zilveren Kruis hier een risico?**
Wanneer voor uw cliënt geen sprake meer is van medisch noodzakelijk verblijf, maar ontslag medisch niet verantwoord is door het ontbreken van de noodzakelijke ambulante zorg of vervolgvoorzieningen (niet zijnde de Wlz), dan kunt u de deelprestatie VMR declareren. Hier zijn (rand)voorwaarden aan verbonden, zoals beschreven in de [Werkwijzer Medisch noodzakelijk verblijf ggz](#). Eén van deze voorwaarden is dat zorgverzekeraars maximaal de eerste zes maanden VMR vergoeden. Elke VMR-prestatie die na een onafgebroken periode van zes maanden (ca. 180 dagen) bij de zorgverzekeraar wordt ingediend, komt ten onrechte ten laste van de Zvw gebracht.

- **Wat verwacht Zilveren Kruis van mij?**
Wij verwachten dat u het aantal overschreden VMR-prestaties corrigeert tot het maximum van zes maanden (ca. 180 dagen). Wij raden u aan om in het vervolg de looptijd van VMR goed in beeld te houden, zodat u tijdig actie kunt ondernemen vóórdat de termijn verstrijkt. Zo voorkomt u dat u ons achteraf moet terugbetalen. Tot slot verwachten wij dat u zich voldoende inzet om voor alle cliënten die VMR ontvangen geschikte vervolgzorg en/of -voorziening te vinden en dat u daarbij tijdig contact opneemt met overige betrokken instanties (zoals vermeld in de [Werkwijzer](#)).
- **Gelden er uitzonderingen op de 6 maanden?**
Er is één uitzondering: VMR dat langer dan zes maanden duurt door een gebrek aan noodzakelijke ambulante zorg vanuit de Zvw. In die situatie wordt het VMR vergoed door verzekeraars tot het moment dat de noodzakelijke ambulante zorg wel voorhanden is. Wij gaan ervan uit dat in die gevallen u voor deze cliënten contact met ons zoekt vóórdat de overschrijding van 6 maanden plaatsvindt.
- **Wat als de cliënt voor wie VMR gedeclareerd wordt weer medisch noodzakelijk verblijf nodig heeft?**
In dat geval is er weer sprake van geneeskundige zorg. U moet dan (opnieuw) in het behandeldossier vastleggen welke keuzes er gemaakt zijn rondom het inschalen van de cliënt op één van de prestaties van verblijf.
- **Tellen VMR-dagen mee voor de telling in het kader van de overgang van de Zvw naar de Wlz?**
Nee, VMR-dagen tellen niet mee in de telling van 1095 dagen. Dit betekent ook dat een patiënt niet overgaat naar de LGGZ of Wlz zodra sprake is van VMR.

20. Pagina 20: U declareert DBC's met 'Restgroep diagnoses' als diagnosehoofdgroep"

- **Waarom ziet Zilveren Kruis hier een risico?**
Onder de diagnosehoofdgroep "Restgroep diagnoses" vallen relatief veel diagnoses die onverzekerde zorg betreffen. Wanneer u relatief veel DBC's met diagnose hoofdgroep 'Restgroep diagnoses' declareert, blijkt niet uit de data of het verzekerde zorg betreft. De reden hiervoor is dat Zilveren Kruis alleen de diagnose-informatie op diagnosehoofdgroepniveau ontvangt. Het [Zorginstituut Nederland](#) bepaalt welk deel van de geneeskundige GGZ onder het basispakket van de Zvw valt. Onverzekerde zorg is niet beperkt tot de diagnosehoofdgroep "Restgroep diagnoses".
Het is onrechtmatig om onverzekerde zorg ten laste te brengen van de Zvw.
- **Wat verwacht Zilveren Kruis van mij?**
Onderzoek aan de hand van de informatie op onze [website](#) of uw gedeclareerde DBC's verzekerde zorg betreffen. Corrigeer onterechte declaraties en voorkom deze in de toekomst. De webpagina toont, onder het kopje Onverzekerde behandelingen van psychische stoornissen, een lijst welke psychische stoornissen uit de DSM-5 géén verzekerde GGZ zijn. De link naar de meest recente lijst van Zorginstituut Nederland genaamd '[Uitleg uitspraken Geneeskundige GGZ](#)' is ook op de webpagina te vinden.
- **Hoe kan ik onverzekerde zorg in rekening brengen?**
Wanneer u onverzekerde zorg levert kunt u deze bij uw cliënt in rekening brengen. Gebruik hiervoor één van de twee Overige Zorgproducten (OZP's).
 - Niet-basispakketzorg Consult
 - Niet-basispakketzorg Verblijf.
 Voor beide prestaties geldt een maximumtarief, gebaseerd op respectievelijk een consult van 60 minuten en een verblijf van 24 uur. Het maximumtarief voor 2019 is voor het Niet-basispakketzorg Consult € 105,25 en voor het Niet-basispakketzorg Verblijf € 342,56.
Deze zorg moet uw cliënt zelf betalen en kan niet bij de zorgverzekeraar worden ingediend. U bent verplicht om uw cliënt hier vooraf over te informeren.
Mocht na diagnostiek blijken dat de gestelde diagnose geen verzekerde zorg betreft, dan mag u enkel de diagnostiek in rekening brengen.

21. Pagina 21: Bij de overgang naar de LGGZ vindt bij een deel van uw cliënten hogere inschaling plaats dan was verwacht op basis het verblijf in de DBC

- **Waarom ziet Zilveren Kruis hier een risico?**

Zilveren Kruis maakt geen gebruik van een machtigingenbeleid voor de instroom van cliënten in de langdurige GGZ. Wel verwachten wij dat u gebruik maakt van de verplichte [checklist LGGZ](#). Wij verwachten daarbij dat de ingeschaalde ZZP niet hoger is dan in onderstaande conversietabel is opgenomen. De conversietabel is een afgeleide van de kenmerken van de verblijfsprestaties uit de NZa-regelgeving:

Voorafgaande verblijfscategorie in DBC (gGGZ)	Verwachte inschaling ZZP-GGZ (LGGZ)
A	3
B	3
C	4
D	5
E	6
F	7
G	7
H	KIB
DBC VMR	ZZP VMR

Dit betekent dat u een hogere ZZP declareert dan op basis van de voorgaande verblijfszwaarte volgens de conversietabel wordt verwacht. Een onnodig hoge verblijfszwaarte leidt tot een stijging van de zorgkosten.

- **Wat verwacht Zilveren Kruis van mij?**

Wij vragen u de declaraties van de hoger (dan de conversietabel) ingeschaalde cliënten te onderzoeken. Corrigeer onterechte declaraties en voorkom deze in de toekomst.

22. Pagina 22: U registreert gemiddeld meer indirecte tijd in de gGGZ dan andere zorgaanbieders

- **Waarom ziet Zilveren Kruis hier een risico?**

Voor het leveren van zorg is naast directe tijd meestal ook indirecte tijd nodig, voor bijvoorbeeld multidisciplinair overleg, verslaglegging, uitwerking en voorbereiding. De kern van de zorg bestaat echter uit directe tijd. Wanneer u veel indirecte tijd levert vergeleken met andere zorgverleners, kan dit betekenen dat uw administratieve processen niet efficiënt zijn ingericht. Wellicht zijn er meer mensen dan noodzakelijk aanwezig bij multidisciplinaire overleggen of vinden deze onnodig vaak plaats. Er kan ook sprake zijn van registratiefouten, zoals het ten onrechte niet delen van de totaal bestede tijd van het multidisciplinair overleg door het aantal besproken cliënten of het ten onrechte declareren van reistijd. Onterecht geregistreerde indirecte tijd leidt tot een onnodige stijging van de zorgkosten.

- **Wat verwacht Zilveren Kruis van mij?**

Wij verwachten dat u uitzoekt waar de indirecte tijd die u levert met name uit bestaat en dat u kritisch evalueert of deze tijd inderdaad juist is geregistreerd en noodzakelijk was gezien de gezondheidstoestand van de cliënt om de zorg te leveren. Wij verwachten vervolgens van u dat u eventuele fouten corrigeert en indien nodig uw beleid aanpast om onnodige indirecte tijd in de toekomst te voorkomen.

- **Is er een maximum percentage indirecte tijd?**

Zilveren Kruis bepaalt géén maximum percentage indirecte tijd. De mate van indirecte tijd die wordt ingezet, is de verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar. Uitgangspunt is dat de indirecte tijd die wordt geregistreerd uitgevoerd is (feitelijke levering) én nodig was (terechte levering).

23. Pagina 23: U registreert gemiddeld minder directe tijd van een rechtmatig regiebehandelaar in de gGGZ dan andere zorgaanbieders

▪ **Waarom ziet Zilveren Kruis hier een risico?**

In de GGZ is het [Model Kwaliteitsstatuut](#) ontwikkeld. In deze landelijk erkende veldnorm wordt beschreven wat minimaal nodig is om kwalitatief goede zorg te verlenen. Iedere zorgaanbieder moet een eigen kwaliteitsstatuut opstellen en publiceren om bij de verzekeraar te mogen declareren. Goedkeuring voor publicatie door Zorginzicht wil niet zeggen dat uw statuut inhoudelijk is beoordeeld en goedgekeurd. In het Model Kwaliteitsstatuut is opgenomen wie regiebehandelaar mag zijn. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft deze norm vertaald naar bindende declaratiebepalingen. Het statuut beschrijft verder voor welke doelgroep(en) en in welk stadium van de behandeling een (bepaalde) regiebehandelaar nodig is (zie Sectie I, artikel 4.2 en Sectie III, artikel 2.2). Het kost een regiebehandelaar tijd om deze taken uit te voeren en om aan deze verantwoordelijkheden invulling te geven. Wij verwachten dit terug te zien in de declaraties.

Als de Regiebehandelaar weinig directe tijd heeft besteed, ziet Zilveren Kruis een risico dat deze niet of onvoldoende de regie heeft kunnen voeren over de diagnostiek en behandeling. Gezien de expertise van de regiebehandelaar(s) die hiermee wordt gemist, kan dit ten koste gaan van gepast gebruik. Als een behandeling kan worden aangeboden zonder veel betrokkenheid van deze regiebehandelaar kan dat ook betekenen dat er geen sprake is van zorg die passend is binnen de financiering van de gespecialiseerde GGZ. Er zou immers sprake moeten zijn van complexe en risicovolle problematiek die wordt behandeld. Hierbij willen we ook wijzen op de wettelijke begrenzing van de zorg zoals die wordt beschreven in de [wetgeving](#): Geneeskundige GGZ (waaronder dus gespecialiseerde GGZ) is zorg zoals psychiaters (medisch-specialist) en de klinisch psycholoog plegen te bieden. Bij al deze risico's kunnen de zorgkosten onnodig oplopen.

▪ **Wat verwacht Zilveren Kruis van mij?**

Wij vragen u aan de hand van het [Model Kwaliteitsstatuut](#) te beoordelen of bij u de regiebehandelaar voldoende betrokken is, in het bijzonder op de beschreven momenten uit de diagnostiek en de behandeling (zie Sectie I, artikel 4.2 en Sectie III, artikel 2.2) en of deze behandelaar het regiebehandelaarschap voldoende vorm geeft. Als de regiebehandelaar onvoldoende betrokken is, verzoeken wij u het beleid naar de toekomst toe in lijn met het model kwaliteitsstatuut aan te passen, zodat er altijd voldoende directe tijd van de regiebehandelaar is. Binnen een instelling moet u er ook voor zorgen dat de psychiater of klinisch psycholoog aanwezig is bij het multidisciplinair overleg. Dit verwachten wij terug te zien in de toekomstige spiegelinformatie. Naar het verleden toe vragen we u om te beoordelen of bij de DBC's waarbij sprake is van een laag aandeel directe tijd door een regiebehandelaar sprake is van gespecialiseerde GGZ. Als dit niet zo is, moet u deze DBC's (deels) crediteren en dus niet ten laste brengen van de Zvw.

• **Wie mag er regiebehandelaar zijn in de gespecialiseerde GGZ?**

In de [NR/REG-2021b](#) staat beschreven dat regiebehandelaars in de gespecialiseerde GGZ BIG-geregistreerd moeten zijn en een ggz-specifieke opleiding hebben gevolgd. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen 'vrijgevestigden' en instellingen'.

Instellingen:

- psychiater
- klinisch psycholoog
- klinisch neuropsycholoog
- psychotherapeut
- specialist ouderengeneeskunde
- verslavingsarts in profielregister KNMG
- gz-psycholoog
- klinisch geriater
- verpleegkundig specialist ggz

Daarnaast staat in het model kwaliteitsstatuut beschreven dat als een ander dan de psychiater of klinisch psycholoog regiebehandelaar is, er een klinisch psycholoog of psychiater lid moet zijn van het multidisciplinaire team zodat deze op verschillende momenten in de diagnostiek en behandeling geconsulteerd kan worden.

Vrijgevestigden:

- psychiater
- klinisch psycholoog
- klinisch neuropsycholoog
- psychotherapeut

- **Hoeveel tijd moet de regiebehandelaar minstens schrijven?**
Zilveren Kruis heeft géén minimum percentage voor inzet van een regiebehandelaar. De keuze voor het inzetten van medebehandelaars is de verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar. Wel moet de regiebehandelaar zelf directe tijd besteden aan de diagnostiek. Ook moet de regiebehandelaar voldoende directe en indirecte tijd hebben besteed gedurende de behandeling om de taken en verantwoordelijkheden die hij heeft te vervullen. De taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar staan in het Model Kwaliteitsstatuut.
- **Waarom hanteren jullie een norm van 30% bij instellingen?**
Dit percentage van 30% zien wij niet als norm. Wij vinden de inzet van de regiebehandelaar van cruciaal belang in de behandeling van complexe en risicovolle problematiek en schatten op basis hiervan in dat een dergelijke inzet nodig is om de taken en verantwoordelijkheden te voldoen. Het kan zijn dat wij dit percentage later bijstellen.
- **Waarom hanteren jullie een norm van 50% bij vrijevestigden?**
Dit percentage van 50% zien wij niet als norm. In sectie II, art 3.2 van het Model Kwaliteitsstatuut staat vermeld dat de vrijevestigde alle fases van het zorgtraject *grotendeels zelf* uitvoert. Vandaar de keuze voor de signaleringsgrens van 50%.

24. Pagina 24: U registreert gemiddeld minder directe tijd van een rechtmatig regiebehandelaar in de bGGZ dan andere zorgaanbieders

- **Waarom ziet Zilveren Kruis hier een risico?**
In de GGZ is het [Model Kwaliteitsstatuut](#) ontwikkeld. In deze landelijk erkende veldnorm wordt beschreven wat minimaal nodig is om kwalitatief goede zorg te verlenen. Iedere zorgaanbieder moet een eigen kwaliteitsstatuut opstellen en publiceren om bij de verzekeraar te mogen declareren. Goedkeuring voor publicatie door Zorginzicht wil niet zeggen dat uw statuut inhoudelijk is beoordeeld en goedgekeurd. In het Model Kwaliteitsstatuut is opgenomen wie regiebehandelaar mag zijn. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft deze norm vertaald naar bindende declaratiebepalingen. Het statuut beschrijft verder voor welke doelgroep(en) en in welk stadium van de behandeling een (bepaalde) regiebehandelaar nodig is (zie Sectie I, artikel 4.2 en Sectie III, artikel 2.2). Het kost een regiebehandelaar tijd om deze taken uit te voeren en om aan deze verantwoordelijkheden invulling te geven. Wij verwachten dit terug te zien in de declaraties.
Om aan zijn taken en verantwoordelijkheden te kunnen voldoen, is een substantieel aandeel directe tijd van de regiebehandelaar noodzakelijk. Als de Regiebehandelaar onvoldoende betrokken is geweest, ziet Zilveren Kruis het risico dat deze niet de regie heeft kunnen voeren over de behandeling. Daarnaast is er een risico dat onvoldoende gebruik is gemaakt van de kennis en kunde van de regiebehandelaar, waardoor het zorgtraject minder doelgericht heeft kunnen verlopen. Bij al deze risico's kunnen de zorgkosten onnodig oplopen.
- **Wat verwacht Zilveren Kruis van mij?**
Wij vragen u aan de hand van het [Model Kwaliteitsstatuut](#) te beoordelen of bij u de regiebehandelaar voldoende betrokken is, in het bijzonder op de beschreven momenten uit de diagnostiek en de behandeling (zie Sectie I, artikel 4.2 en Sectie III, artikel 2.2) en of deze behandelaar het regiebehandelaarschap voldoende vorm geeft. Als de regiebehandelaar onvoldoende betrokken is, verzoeken wij u het beleid naar de toekomst toe in lijn met het model kwaliteitsstatuut aan te passen, zodat er altijd voldoende directe tijd van de regiebehandelaar is. Dit verwachten wij terug te zien in de toekomstige spiegelinformatie. Naar het verleden toe vragen we u om te beoordelen of bij de prestaties waarbij sprake is van een laag aandeel directe tijd door een regiebehandelaar sprake is van geneeskundige GGZ. Als dit niet zo is, moet u deze prestaties crediteren en dus niet ten laste brengen van de Zvw.
- **Wie mag er regiebehandelaar zijn?**
In de [NR/REG-2023](#) staat beschreven dat regiebehandelaars in de generalistische basis GGZ BIG-geregistreerd moeten zijn en een ggz-specifieke opleiding hebben gevolgd. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen 'vrijgevestigden' en instellingen'.

Instellingen:

- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog
- Psychotherapeut
- GZ-psycholoog
- Specialist ouderengeneeskunde
- Verslavingsarts in profielregister KNMG
- Klinisch geriater

- Verpleegkundig specialist ggz

Vrijgevestigden:

- Klinisch psycholoog
 - Klinisch neuropsycholoog
 - Psychotherapeut
 - GZ-psycholoog
- **Hoeveel tijd moet de regiebehandelaar minstens schrijven?**
Zilveren Kruis heeft géén minimum percentage voor inzet van een regiebehandelaar. De keuze voor het inzetten van een medebehandelaar is de verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar. Wel moet de regiebehandelaar zelf directe tijd besteden aan de diagnostiek. Ook moet de regiebehandelaar voldoende directe en indirecte tijd hebben besteed gedurende de behandeling om de taken en verantwoordelijkheden die hij heeft te vervullen. De taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar staan in het Model Kwaliteitsstatuut.
 - **Waarom hanteren jullie een norm van 30% bij instellingen?**
Dit percentage van 30% zien wij niet als norm. Wij vinden de inzet van de regiebehandelaar van cruciaal belang in de behandeling van complexe en risicovolle problematiek en schatten op basis hiervan in dat een dergelijke inzet nodig is om de taken en verantwoordelijkheden te voldoen. Het kan zijn dat wij dit percentage later bijstellen.
 - **Waarom hanteren jullie een norm van 50% bij vrijgevestigden?**
Dit percentage van 50% zien wij niet als norm. In sectie II, art 3.2 van het Model Kwaliteitsstatuut staat vermeld dat de vrijgevestigde alle fases van het zorgtraject *grotendeels zelf* uitvoert. Vandaar de keuze voor de signaleringsgrens van 50%.

25. Pagina 25: U heeft cliënten die u onafgebroken langer dan 3 jaar ambulantly behandelt

- **Waarom ziet Zilveren Kruis hier een risico?**
Vooral in een behandeling met als doel herstel of genezing is het belangrijk regelmatig de behandeldoelen te evalueren, deze doelen bij te stellen en is het de verwachting dat naar een einde toe wordt gewerkt. Het behandelplan is hierbij een belangrijk instrument. Wanneer cliënten lang in behandeling blijven, bestaat het risico op overbehandelen. Dat wil zeggen dat extra behandeling geen waarde meer toevoegt. Het kan ook zijn dat doelen niet meer goed in beeld zijn en de behandelaar en cliënt het moeilijk vinden de behandeling af te sluiten en “afscheid” te nemen. Daarnaast kan langer doorbehandelen leiden tot meer zorgkosten of het beperken van doorstroom met langere wachttijden tot gevolg.
- **Wat verwacht Zilveren Kruis van mij?**
Wij verwachten dat u structureel beoordeelt of de behandeling op koers ligt, de voortgang met de cliënt bespreekt en hiervan verslag doet in uw dossier. U kunt, indien mogelijk en met toestemming van uw cliënt, ook een collega vragen een oordeel te geven over de (on)mogelijkheden van doorbehandelen of de casus inbrengen in een mdo.
- **Waarom wordt een grens van drie jaar aangehouden?**
Voor een curatieve behandeling, en dan vooral psychotherapeutisch van aard, is de duur van de behandeling over het algemeen tot zo'n twee jaar beperkt. Wij hebben ervoor gekozen een marge aan te houden tot drie jaar. Ook binnen het landelijke zelfonderzoek wordt deze termijn aangehouden. Het gaat hier dus niet om een harde norm die iets zegt over goed of fout.

Bijlage 1

datum	onderwerp

