



Afspraken verwijzing Geestelijke gezondheidszorg

Uitgangspunten

- Belangrijke voorwaarde voor daadwerkelijke vermindering van administratieve belasting is dat alle zorgaanbieders en alle zorgverzekeraars bereid zijn dezelfde uniforme afspraken te hanteren. Dan pas kunnen de afspraken ook administratief eenvoudig en waar mogelijk geautomatiseerd worden nageleefd.

NB: In het belang van de kleinere zorgaanbieders met beperktere ICT-mogelijkheden zal naast de digitale uitwisseling ook een papieren weg mogelijk moeten zijn.

- Partijen willen zo veel mogelijk uitgaan van het vertrouwensbeginsel, zowel tussen zorgverleners onderling als tussen zorgverzekeraars en zorgverleners. Dat wil zeggen vertrouwen vooraf en controle, gericht en proportioneel, achteraf. Vanuit professionele richtlijnen mag ervan uit worden gegaan dat een zorgverlener goed dossier houdt waardoor achteraf altijd is na te gaan hoe zaken gelopen zijn en welke overwegingen gespeeld hebben.
- De NZa werkt met organisaties van aanbieders, verzekeraars en patiënten in de ggz aan het doorontwikkelen van de productstructuur van de basis-ggz, gespecialiseerde ggz en forensische zorg. De afspraken in dit document zijn geldig tot de invoering van deze nieuwe productstructuur.

NB: In dit document met afspraken maken we onderscheid tussen generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz (soms ook wel specialistische ggz genoemd).¹

¹ Het onderscheid tussen generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz vindt zijn oorsprong in het [Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014](#). Zie voor de actuele regels rond de declaratie van generalistische basis ggz: de beleidsregel 'Generalistische basis-ggz' en de nadere regel 'Generalistische basis-ggz' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), te vinden op www.nza.nl. Hier zijn ook de regels rond de declaratie van gespecialiseerde ggz te vinden.

Afspraken

1 Inhoud van de verwijzing²

1. De gegevens die noodzakelijk zijn voor de verwijzing sluiten aan bij de ‘envelop’ die onderdeel is van de NHG-Richtlijn ‘Informatie-uitwisseling huisarts-ggz. Deze ‘envelop’ bevat rubrieken voor logistiek, administratie en financiële verantwoording.³
2. Partijen willen dat ook de kleinere ggz-zorgaanbieders via zorgdomein worden aangesloten zodat zij ook gebruik kunnen maken van de digitale verwijzing. Het aansluiten van kleine zorgaanbieders op zorgdomein is overigens een zaak van de aanbieders zelf.
3. De patiënt moet zich vooraf vergewissen of er sprake is van gecontracteerde zorg. De verantwoordelijkheden van zorgaanbieders en zorgverzekeraars op het gebied van informatieverstrekking aan de cliënt, staan beschreven in de ‘Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten’ en de beleidsregel ‘Transparantie zorgaanbieders’ van de NZa.⁴

2 Verwijsroutes

1. De regiebehandelaar van een patiënt in de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz kan, als deze van oordeel is dat behandeling in de gespecialiseerde ggz respectievelijk de generalistische basis-ggz plaats moet vinden, rechtstreeks doorverwijzen naar de gespecialiseerde ggz respectievelijk de generalistische basis-ggz, met tegelijkertijd (dat wil zeggen: uiterlijk binnen 10 werkdagen) een schriftelijk/elektronisch melding aan de huisarts. Terugverwijzen naar de huisarts is dan niet nodig. Met ‘doorverwijzing’ wordt hier bedoeld dat de cliënt in verband met een bepaalde zorgvraag reeds een geldige (initiële) verwijzing naar de generalistische basis-ggz of gespecialiseerde ggz heeft, maar voor de behandeling van diezelfde zorgvraag nu vanuit de generalistische basis-ggz of gespecialiseerde ggz verder wordt verwezen naar een ander echelon (de gespecialiseerde ggz, respectievelijk de generalistische basis-ggz). Bij een doorverwijzing vanuit de generalistische basis-ggz naar de gespecialiseerde ggz (of andersom) bevat de genoemde melding aan de huisarts een inhoudelijke onderbouwing⁵ waarom de verzekerde wordt doorgestuurd naar de gespecialiseerde ggz (respectievelijk naar de generalistische basis-ggz). Daarnaast worden in dit geval de doorverwijzing en de melding aan de huisarts met inhoudelijke onderbouwing opgenomen in het patiëntendossier bij de aanbieder van generalistische basis-ggz (respectievelijk gespecialiseerde ggz) van waaruit de doorverwijzing plaatsvindt. Goedkeuring van de huisarts is niet nodig.

² In de onderhavige afspraken wordt steeds uitgegaan van een geldigheidsduur van de verwijzing van 9 maanden. Dit betekent dat binnen 9 maanden nadat de verwijzing is afgegeven het eerste patiëntcontact met de ggz-behandelaar moet hebben plaatsgevonden. Als dat niet is gebeurd en er is nog wel behoefte aan ggz, is hiervoor een nieuwe verwijzing nodig.

³ De ‘envelop’ uit de ‘NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-GGZ’, is separaat als bijlage bij deze afspraken gevoegd.

⁴ Zie https://www.nza.nl/regelgeving/nadere-regels/TH_NR_007__Informatieverstrekking_ziektekostenverzekeraars_aan_consumenten en https://www.nza.nl/regelgeving/beleidsregels/TH_BR_012__Transparantie_zorgaanbieders.

⁵ Het gaat hier nadrukkelijk om een inhoudelijke onderbouwing die de doorverwijzing voldoende motiveert. Bij een doorverwijzing van de generalistische basis-ggz naar de gespecialiseerde ggz kan hierbij gedacht worden aan de constatering dat er sprake is van meer complexe zorg dan bij aanvang voorzien; dat er sprake is van stagnerende behandeling, of dat er specifieke andere deskundigheid nodig is. Bij een doorverwijzing van gespecialiseerde ggz naar generalistische basis-ggz geeft de behandelaar bijvoorbeeld aan of er sprake is van minder complexe zorg dan bij aanvang voorzien, welke inzet reeds is gepleegd en wat het behandelresultaat hiervan is en wat geadviseerd wordt voor het vervolg van de behandeling. Ook afspraken over redenen om terug te verwijzen naar de gespecialiseerde ggz kunnen onderdeel zijn van de toelichting.

2. Partijen zijn er geen voorstander van om een algemene verwijzing ggz (zonder aanduiding generalistische basis-ggz of gespecialiseerde ggz) door de huisartsen mogelijk te maken.
3. Voor vervolgbehandeling van dezelfde problematiek door dezelfde zorgaanbieder binnen de gespecialiseerde ggz (waarvoor een zogenaamde vervolg-DBC wordt geopend) is geen nieuwe verwijzing vereist, ongeacht de diagnose/ behandeling van de gespecialiseerde ggz. Voor de generalistische basis-ggz is er steeds sprake van een eenmalige aanspraak en geldt deze regel dus niet (uitgezonderd het product 'chronisch', hierop is afspraak 2.4 van toepassing).
4. Als de patiënt is behandeld in de gespecialiseerde ggz en er wordt door de betreffende zorgaanbieder geen vervolg-DBC geopend, maar een product 'chronisch' in de generalistische basis-ggz, is hiervoor geen verwijzing nodig (namelijk er is continuïteit van zorg). Als binnen de generalistische basis-ggz na het sluiten van een zorgproduct, een (nieuw) zorgproduct 'chronisch' wordt geopend voor de vervolgbehandeling van dezelfde problematiek bij dezelfde zorgaanbieder, is eveneens geen nieuwe verwijzing nodig. De regiebehandelaar van de patiënt doet hiervan wel (steeds) binnen 30 dagen een melding aan de huisarts met een inhoudelijke onderbouwing en zorgt ervoor dat deze melding met inhoudelijke onderbouwing wordt opgenomen in het patiëntendossier.
5. Als de patiënt is verwezen voor de behandeling van een bepaalde stoornis in de gespecialiseerde ggz, maar de diagnose wijzigt, terwijl de patiënt wel bij de betreffende zorgaanbieder in behandeling blijft, meldt de zorgaanbieder de gewijzigde diagnose binnen 30 dagen aan de huisarts en noteert de zorgaanbieder deze melding in het patiëntdossier. Dit overeenkomstig punt e uit paragraaf 4.2.2 van het Plan van Aanpak jaarrekeningen ggz⁶, waarnaar door de NZa verwezen wordt in circulaire CI/16/5c. Dit punt e is daarmee zowel van toepassing op ggz-instellingen als vrijgevestigde ggz-aanbieders.
6. Voor generalistische basis-ggz is een nieuwe verwijzing verplicht wanneer het een nieuwe zorgvraag betreft. In de gespecialiseerde ggz wordt, bij een vervolg DBC binnen een jaar na afsluiting van de initiële DBC, altijd een melding aan de huisarts gegeven, zodat deze weet dat na afsluiting van de initiële behandeling, waarvoor de huisarts een afsluitbrief heeft ontvangen, de behandeling wederom opgepakt is.
7. Overeenkomstig de "Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz"⁷ ontvangt de huisarts, bij patiënten die langer dan een half jaar in zorg zijn bij de ggz, mits de patiënt hiervoor toestemming geeft, minimaal elk jaar een voortgangsverslag met: beloop, (gewijzigde) medicatie, (gewijzigd) controlebeleid door GGZ en/of huisartsenpraktijk, een eventueel crisisplan, en een aanspreekpunt bij en contactgegevens van de GGZ-aanbieder.

6. Waar in deze tekst wordt gesproken over het "Plan van Aanpak jaarrekeningen ggz" wordt bedoeld op het "[Plan van aanpak verantwoording behandelingen en jaarrekeningen curatieve ggz naar aanleiding van de NBA audit alert 32](#)" d.d. 1 december 2014, zoals dat is aangeboden aan de Tweede Kamer.

7. http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2016/03/LGA-opmaak_def.pdf

3 Onvolledige of ontbrekende verwijzing

1. De hoofdregel is dat behandelingen enkel kunnen worden gestart na een verwijzing. Dit is in overeenstemming met artikel 14, lid 2 Zorgverzekeringswet. Als de verwijzing er wel is, maar onvolledig is, wordt gehandeld conform wat er in 3.2 van dit document staat. Als de verwijzing er niet is, geldt hetgeen er in 3.3 van dit document staat. Als de verwijzing er niet is en er geen sprake is van een of meer van de in 3.3 genoemde situaties, is er sprake van niet-verzekerde zorg (Zorgverzekeringswet).
2. Onvolledige verwijzing:
Als de verwijzing van een bepaalde patiënt er voorafgaand aan de behandeling wel is, maar deze niet volledig is (er is sprake van een onvolledige verwijzing als deze er weliswaar op tijd is en ook gekoppeld is aan een erkende verwijzer en een specifieke patiënt, maar verder niet overeenkomt met de 'envelop' die onderdeel is van de NHG-Richtlijn 'Informatie-uitwisseling huisarts-ggz) of er is twijfel over de juistheid van de verwijzreden, vraagt de zorgaanbieder schriftelijk aanvullende/ de ontbrekende informatie aan de verwijzer. De zorgaanbieder documenteert deze nadere vraag in het dossier. De verwijzer levert binnen een termijn van 30 dagen de aanvullende/ ontbrekende informatie aan de zorgaanbieder. Ook als na 30 dagen geen reactie is ontvangen, kan een behandeling gedeclareerd worden. Bij een onvolledige verwijzing kan gestart worden met de behandeling als de zorgaanbieder, uiterlijk binnen 10 werkdagen nadat gestart wordt met de behandeling, schriftelijk de betreffende verwijzer heeft gevraagd om alsnog zorg te dragen voor het volledig maken van de verwijzing. Een afschrift van dit schrijven bewaart de zorgaanbieder in het dossier van de patiënt. Hiermee heeft de zorgaanbieder alles gedaan wat in zijn macht ligt om de verwijzing volledig te maken en kan die worden beschouwd als zijnde een volledige verwijzing. Op die manier wordt een grote administratieve last van zorgaanbieders verminderd, en tevens ook van huisartsen. Aan dit voorstel is een termijn gekoppeld van 30 dagen.
3. Ontbrekende verwijzing:
Indien er sprake is van acute ggz (= ggz waarvoor een crisis-dbc kan worden gedeclareerd) kan direct met behandelen worden gestart en is er geen verwijzing nodig. Indien er sprake is van reguliere ggz (daarmee wordt bedoeld de ggz waarvoor géén crisis-dbc wordt gedeclareerd) kan slechts in uitzonderingssituaties met de behandeling worden gestart als een verwijzing ontbreekt. Overeenkomstig wat hierover in de circulaire CI/16/5c van de NZa is opgenomen moet hiervoor dan een voldoende zorginhoudelijke grond bestaan. *"Het enkele feit dat er een zorgbehoefte is bij de patiënt is"* volgens de circulaire *"op zichzelf geen voldoende zorginhoudelijke grond."*

In de circulaire staat dat de zorginhoudelijke grond wel gelegen kan zijn in:

- *"het specifieke toeleidingstraject dat tot de betreffende zorgverlening heeft geleid. Dit is bijvoorbeeld het geval als de behandeling (dag) aansluitend volgt op een acute ggz-behandeling, een periode van gedwongen opname, of een justitieel zorgtraject: zie de punten b tot en met e uit paragraaf 4.2.2. van het Plan van Aanpak jaarrekeningen ggz."* De punten b tot en met e uit paragraaf 4.2.2. van het Plan van Aanpak jaarrekeningen ggz gelden daarmee zowel voor ggz-instellingen als voor vrijgevestigde ggz-aanbieders. (Deze paragraaf uit het Plan van Aanpak jaarrekeningen ggz is separaat als bijlage bij deze afspraken bijgevoegd.)
- *Als van al het voorgaande "geen sprake is, moet (om zorgverlening zonder voorafgaande verwijzing te rechtvaardigen) de zorginhoudelijke grond zodanig van aard zijn dat uitstel van zorgverlening, gelet op de specifieke context van het geval en de algemeen geldende kwaliteitsnormen uit de Wet BIG en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (waar de Inspectie voor de Gezondheidszorg toezicht op houdt), niet mogelijk is."* (zie punt a uit paragraaf 4.2.2. van het Plan van Aanpak jaarrekeningen ggz; ook dit punt geldt voor zowel ggz-instellingen als vrijgevestigde ggz-aanbieders). Er moet dan dus – hoewel er geen sprake is van crisis-ggz - wel sprake zijn van een spoedeisende noodzaak tot behandelen.

Voor alle hiervoor genoemde gevallen wordt afgesproken dat in de regel zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen circa 30 dagen nadat de DBC of het zorgproduct is gestart, door de regiebehandelaar een melding met inhoudelijke onderbouwing wordt verzonden aan de huisarts. Deze melding met inhoudelijke onderbouwing wordt opgenomen in het patiëntendossier en wordt in samenhang met het patiëntendossier door alle betrokken partijen (VWS, NZa, verzekeraars, accountants en instellingen) als een rechtmatige toegang tot de ggz beschouwd (zie plan van aanpak jaarrekeningen, paragraaf 4.2.2; ook dit punt geldt zowel voor ggz-instellingen als vrijgevestigde ggz-aanbieders).

In de hiervoor genoemde situaties kan het voorkomen dat de patiënt geen huisarts heeft. In dat geval zorgt de ggz-aanbieder dat de patiënt een huisarts krijgt, overlegt de regiebehandelaar met deze nieuwe huisarts, stuurt de regiebehandelaar aan deze nieuwe huisarts de van toepassing zijnde melding (zie hiervoor) en zorgt deze ervoor dat deze melding in het patiëntendossier wordt opgenomen. Door het contact dat er is geweest met de nieuwe huisarts, wordt dit in samenhang met het patiëntendossier door alle betrokken partijen (VWS, NZa, verzekeraars, accountants en instellingen) als een rechtmatige toegang tot de ggz beschouwd (zie plan van aanpak jaarrekeningen, paragraaf 4.2.2; ook dit punt geldt zowel voor ggz-instellingen als vrijgevestigde ggz-aanbieders).

4 De verwijzing bij de overgang 18-min/18-plus

1. In de situatie dat de behandeling van de patiënt is gestart voor diens 18^e verjaardag, na een verwijzing van een door de zorgverzekeraar erkende verwijzer, zoals een huisarts of medisch specialist, en deze behandeling na de 18^e verjaardag van de patiënt (dag)aansluitend doorloopt bij dezelfde zorgaanbieder, is geen nieuwe verwijzing nodig. In dat geval volstaat het als de regiebehandelaar vóórdat de patiënt 18 jaar wordt, een melding met inhoudelijke onderbouwing aan de huisarts geeft en de regiebehandelaar ervoor zorgt dat deze melding met inhoudelijke onderbouwing wordt opgenomen in het patiëntendossier. Deze melding en inhoudelijke onderbouwing worden dan in samenhang met het patiëntendossier als een geldige verwijzing gezien. In de situatie dat de behandeling van de patiënt voor diens 18^e verjaardag is gestart *zonder* een verwijzing van een door de zorgverzekeraar erkende verwijzer, kan deze behandeling alleen na diens 18^e verjaardag ten laste van de zorgverzekering worden voortgezet als een door de zorgverzekeraar erkende verwijzer alsnog een verwijzing geeft voor start van de behandeling in de Zvw.
2. Als de patiënt voor zijn of haar 18^e verjaardag behandeld wordt door een K&J psycholoog of Orthopedagoog-Generalist en deze behandeling loopt na diens 18^e verjaardag, met inachtnaam van afspraak 4.1, (dag)aansluitend door, en deze K&J psycholoog of Orthopedagoog-Generalist verwijst de patiënt (overeenkomstig de Overgangsregeling 18-/18+)⁸ na diens 18^e verjaardag na maximaal 365 dagen door naar een in het modelkwaliteitsstatuut⁹ genoemde regiebehandelaar, meldt de overdragende regiebehandelaar dit aan de huisarts. Deze doorverwijzing (overdracht) en melding aan de huisarts worden opgenomen in het patiëntendossier van de zorgaanbieder van waaruit de doorverwijzing plaatsvindt en worden beschouwd als een geldige verwijzing.

Bijlagen

Bijlage 1 - 'NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-ggz: de envelop'

Bijlage 2 - 'Paragraaf 4.2.2. uit het Plan van aanpak jaarrekeningen ggz d.d. 1-12-2014'

⁸ <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-ggz/RegisterKwaliteitsstandaardenDocumenten/Overgangsregeling%2018-18+.pdf>.

⁹ <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-ggz/RegisterKwaliteitsstandaardenDocumenten/Model%20kwaliteitsstatuut%20ggz.pdf>.

De nieuwe afspraken zijn gemaakt door de branche- en beroepsverenigingen in de ggz en zorgverzekeraars. Betrokken organisaties zijn NIP, LVVP, NVvP, GGZ Nederland, NVZ, LHV, NHG, VPH, InEen, V&VN en ZN.



nederlands huisartsen
genootschap

