

## TARIEFBESCHIKKING

### Generalistische Basis GGZ



<b>Kenmerk</b> TB/CU-7117-03	<b>Datum vaststelling</b> 31 augustus 2015	<b>Datum inwerkingtreding</b> 1 januari 2016	<b>Geldig tot</b>
---------------------------------	---	---	-------------------

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:*

artikel 50 lid 1 en artikel 35 lid 1 sub b en sub c van de Wmg

*alsmede de beleidsregel:*

Generalistische Basis GGZ, kenmerk BR/CU-7137

*en de regeling:*

Generalistische Basis GGZ, kenmerk NR/CU-732

*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-)verzekerden<sup>1</sup>

*in rekening mag worden gebracht<sup>2</sup>*

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

<b>Code</b>	<b>Prestatie</b>	<b>Maximumtarief</b>
180001	Kort	€ 457,43
180002	Middel	€ 779,40
180003	Intensief	€ 1.222,15
180004	Chronisch	€ 1.127,95

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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	€ 186,71

- Voor wat betreft de zorg die niet tot het Basispakket op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) behoort kunnen de volgende prestaties met maximaal de bijhorende bedragen (in euro's) in rekening worden gebracht:

Code	Prestatie	Maximumtarief
198300	OVP niet-basispakketzorg Consult	€ 95,89
198301	OVP niet-basispakketzorg Verblijf	€ 307,00

- 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 beleidsregel 'Prestaties en tarieven Medisch Specialistische Zorg' met het overzicht van de overige zorgproducten (OZP). De Overige Prestaties voor de GGZ zijn te selecteren door bij de kolom 'Soort overig zorgproduct' voor 'OZP Overige Verrichtingen' te kiezen én in de kolom 'Door GGZ te declareren' te kiezen voor 'x'. Deze overige prestaties behoren niet tot het Basispakket op grond van de Zvw, maar betreffen wel zorg zoals omschreven in de Wmg.

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

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

- de ziektekostenverzekeraar met wie het verhoogde maximumtarief is overeengekomen of;
- de verzekerde ten behoeve van wie een ziektekostenverzekering met betrekking tot Generalistische Basis GGZ is gesloten bij een ziektekostenverzekeraar met wie een zodanig maximumtarief schriftelijk is overeengekomen.

#### **Beëindiging en inwerkingtreding**

Deze beschikking treedt in werking met ingang van 1 januari 2016.

Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel d, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) wordt van deze beschikking melding gemaakt in de Staatscourant.

Nummer TB/CU-7117-03

Pagina  
3

Met de inwerkingtreding van deze beschikking wordt de geldigheidsduur van beschikking TB/CU-5076-01 beperkt tot en met 31 december 2015.

Deze beschikking vervangt de reeds eerder door de NZa gepubliceerde, maar nog niet in werking getreden Tariefbeschikking Generalistische Basis GGZ met kenmerk TB/CU-7117-02.

**Bezwaar en beroep**

Ingevolge artikel 8:1 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, per post of per fax (dus niet via e-mail), indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit, Unit Juridische Zaken, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht. 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. J. Rijneveld  
wnd. unitmanager Eerstelijns Zorg en Ketens