

Afspraken verwijzing: de FAQ

mei 2017

De vragen en antwoorden in dit document zijn ingedeeld in de volgende onderwerpen:

[Overgang jeugd](#)

[Van gb-ggz naar g-ggz en vice versa](#)

[Informatie-uitwisseling](#)

[Jaargrens](#)

[Invoeringsdatum en reikwijdte](#)

[Overig](#)

Vragen overgang jeugd

1. A. Geldt de werkwijze voor de verwijzing bij de overgang 18-min/18-plus ook bij de overstap naar een andere zorgaanbieder, of alleen als het traject doorloopt bij dezelfde zorgaanbieder?

De werkwijze geldt alleen als het traject doorloopt bij [dezelfde](#) zorgaanbieder en indien er sprake is van onder de Zvw vallende ggz-zorg. Zie paragraaf 4.1 van de Afspraken verwijzing ggz.

B. En geldt de overgangsregeling zoals benoemd in paragraaf 4.2 van de Afspraken verwijzing ggz tussen verschillende zorgaanbieders?

Nee, deze overgangsregeling geldt alleen indien de zorg geleverd blijft worden bij [dezelfde](#) zorgaanbieder.

2. Voor overgang van behandeling volgens Jeugdwet naar behandeling volgens ZVW omdat patiënt 18+ wordt, is geen nieuwe verwijzing van de huisarts of andere erkende verwijzer nodig, mits de verwijzer van de behandeling volgens Jeugdwet ook erkende verwijzer is voor de Zvw. De regiebehandelaar van de behandeling bij Jeugd stuurt wel een brief voortzetting behandeling aan huisarts met inhoudelijke onderbouwing voordat patiënt 18 wordt. Echter, wie vul je als zorgaanbieder nu in als verwijzer van de DBC volgens de Zvw? De oorspronkelijke verwijzer van de behandeling bij Jeugd, de doorverwijzende regiebehandelaar of de huisarts.

Er moet sprake zijn van een Zvw-erkende verwijzer. De oorspronkelijke, Zvw-erkende, verwijzer moet dus worden ingevuld. Indien de oorspronkelijke verwijzer geen Zvw-erkende verwijzer is, moet er alsnog een verwijzing door een Zvw-erkende verwijzer gedaan worden.

3. In de nieuwe afspraken wordt gesproken over: als de zorg (dag)aansluitend doorloopt. Als iemand 18 jaar wordt, wordt het zorgtraject gesloten op de dag voordat cliënt 18 jaar wordt. Het nieuwe zorgtraject (ZVW) wordt gestart op de datum van het eerste cliëntgebonden contact op of na de 18e verjaardag. De inschrijving blijft open staan, maar het kan voorkomen dat er tijdelijk geen dbc open staat. Is er in deze situatie sprake van (dag)aansluitend doorlopende zorg?

Ja. Op basis van de Regeling gespecialiseerde ggz is het noodzakelijk dat bij een overgang van een andere bekostiging (in bovenstaande geval van Jeugdwet naar Zvw) een nieuw zorgtraject (in bovenstaande geval een initiële dbc) geopend moet worden. Daarbij geldt formeel dat de openingsdatum van de dbc dan gelijk is aan de datum waarop de eerst(volgend)e directe of indirecte patiëntgebonden activiteit plaatsvindt. Het kan dus inderdaad zijn dat op de 18^e verjaardag een inschrijving openstaat, maar dat er tijdelijk geen dbc open staat.

4. Indien de patiënt 18- is en een verwijzing heeft van een erkend verwijzer en doorstroomt naar de ZVW financiering: kan er te allen tijde rechtmatig doorverwezen worden naar de ZVW in het geval de initiële verwijsbrief ouder is dan 9 maanden?

Nee, zie voetnoot 2 van de afspraken verwijzing ggz: Binnen 9 maanden nadat de verwijzing is afgegeven moet het eerste patiëntcontact met de ggz-behandelaar hebben plaatsgevonden. Als dat niet is gebeurd en er is nog wel behoefte aan ggz, is hiervoor een nieuwe verwijzing nodig. Als de behandeling is gestart en de patiënt wordt doorverwezen, dan is deze termijn niet aan de orde. Er heeft dan immers een eerste patiëntcontact plaatsgevonden.

Vragen van gb-ggz naar g-ggz en vice versa

5. A. Moet bij een doorverwijzing van GBGGZ <-> G-GGZ de persoonlijke AGB van de verwijzende regiebehandelaar vermeld staan?

Met ingang van deze afspraken verwijzing zijn alle regiebehandelaars potentiële doorverwijzers. De persoonlijke AGB van de doorverwijzende regiebehandelaar dient op de doorverwijzing en op de factuur vermeld te worden.

- B. Hoe uitgebreid moet de inhoudelijke onderbouwing zijn?

De vereisten aan de inhoudelijke onderbouwing zijn beschreven in voetnoot 5 van de afspraken verwijzing ggz.

6. Gelden de afspraken over de niet volledige verwijzing ook bij 'foutieve' verwijzingen van de huisarts? Voorbeeld: huisarts meldt cliënt aan voor generalistische basis ggz, maar door beoordeling hulpverlener gb-ggz blijkt gespecialiseerde ggz beter te passen. Moet in dit voorbeeld een juiste verwijsbrief vanuit de huisarts komen?

Nee, in geval van een volledige verwijzing maar de gerichtheid wordt door de hulpverlener gb-ggz als niet-passend beoordeeld, dan kan een regiebehandelaar in deze doorverwijzen conform de gemaakte afspraken verwijzing ggz.

7. A. Er wordt vanuit gegaan dat de verwijzende zorgaanbieder de huisarts informeert en de documentatie vastlegt in het dossier van cliënt. Wat ontvangt de ontvangende zorgaanbieder?

De ontvangende zorgaanbieder ontvangt een doorverwijzing (schriftelijk of digitaal) van de verwijzende zorgaanbieder die voldoet aan voetnoot 5 van het afsprakendocument.

B. Wie zijn bevoegde doorverwijzers?

Alle in het model kwaliteitsstatuut benoemde regiebehandelaars mogen doorverwijzen.

C. Wat als de verwijzende zorgaanbieder de huisarts niet informeert? Loopt de ontvangende zorgaanbieder dan financieel risico?

Nee, de ontvangende zorgaanbieder loopt hier geen risico. De doorverwijzende aanbieder kan hier wel op worden aangesproken bij controles.

8. Kan er rechtmatig doorverwezen worden van de G-GGZ naar de GB-GGZ en vice versa zonder het opvragen van een nieuwe verwijsbrief indien de initiële verwijsbrief **ouder** is dan 9 maanden?

Zie voetnoot 2 van de afspraken verwijzing ggz: Binnen 9 maanden nadat de verwijzing is afgegeven moet het eerste patiëntcontact met een ggz-behandelaar hebben plaatsgevonden. Als dat niet is gebeurd en er is nog wel behoefte aan ggz, is hiervoor een nieuwe verwijzing nodig. Als de behandeling is gestart en de patiënt wordt doorverwezen, dan is deze termijn niet aan de orde.

9. Welke verwijzer komt op de factuur in geval van doorverwijzing?

De doorverwijzende regiebehandelaar komt op de factuur. Zie ook vraag 5A.

10. A. Als een patiënt wordt doorverwezen door een regiebehandelaar van zorgaanbieder X naar zorgaanbieder Y, bij welke aanbieder dient de inhoudelijke onderbouwing (middels de 'doorverwijs-brief') in het patiëntdossier aanwezig te zijn?

Bij beide zorgaanbieders.

B. Dient zorgaanbieder Y ook de initiële verwijzing in het dossier opgenomen te hebben?

Nee, dit hoeft niet.

11. Bij een doorverwijzing vanuit de generalistische basis ggz naar de gespecialiseerde ggz (of andersom) binnen eenzelfde instelling doet de regiebehandelaar vanaf heden een melding en een inhoudelijke onderbouwing naar de huisarts. Goedkeuring van de huisarts is niet nodig. Welke verwijscode is dan van toepassing voor het nieuwe zorgtraject? Betreft het een interne verwijzing of is de verwijzer de huisarts?

Het betreft hier een doorverwijzing type 2 (verwezen patiënt vanuit een (andere) ggz-instelling, instelling voor medisch specialistische zorg of ggz-praktijk)

In geval van 'doorverwijzing' bij dezelfde regiebehandelaar is goedkeuring van huisarts niet nodig, wel een melding aan de huisarts. In het patiëntendossier dient inhoudelijke onderbouwing van 'doorverwijzing' en de melding aan de huisarts te zijn opgenomen.

12. Betekenen de afspraken verwijzing ggz ook dat de doorverwijzing van de ene g-ggz aanbieder naar de andere g-ggz-aanbieder door alle regiebehandelaren mag plaatsvinden?

Ja, alle regiebehandelaren van de verwijzende zorgaanbieder mogen verwijzen.

13. Betekenen de afspraken verwijzing ggz ook dat de doorverwijzing van de ene gb-ggz aanbieder naar de andere gb-ggz-aanbieder door alle regiebehandelaren mag plaatsvinden?

Regiebehandelaren in de GB-GGZ mogen alleen naar elkaar (GB-GGZ) doorverwijzen voor het GB-GGZ product chronisch. Dus niet voor de GB-GGZ producten Kort, Middel en/of Intensief.

Informatie-uitwisseling

14. De afspraak is dat een melding aan de huisarts plaatsvindt. Er staat specifiek huisarts genoemd en niet verwijzer. Hoe hiermee om te gaan als niet de huisarts, maar bijvoorbeeld een medisch specialist heeft verwezen naar de ggz? Melden we dan toch aan de huisarts? Of aan de verwijzer, zijnde de medisch specialist, of aan beiden?

De afspraak is dat ten minste aan de huisarts moet worden gemeld.

15. Is VECOZO en de declaratie software van verzekeraars al ingericht op het feit dat andere dan de huisarts als verwijzers kunnen gelden (dus ook andere AGB)?

Zorgverzekeraars passen hun systemen hierop aan. Bij VECOZO hoeven geen aanpassingen te worden doorgevoerd.

Jaargrens

16. Punt 2.6 uit document Afspraken verwijzing ggz: daar in staat dat als er binnen 1 jaar na afsluiting initiële DBC een vervolg-DBC wordt geopend, terwijl huisarts al een afmelding van die afgesloten initiële DBC heeft gehad (afsluitbrief), er volstaan kan worden met een melding naar de huisarts dat de behandeling weer wordt voortgezet. Hoe verhoudt dit zich tot de regel dat als een cliënt binnen 35 dagen na afsluiting DBC zich weer meldt met dezelfde klachten, de oorspronkelijke DBC weer heropend wordt en zorg wordt voortgezet?

De 35 dagen-regel is een formele regel van de NZa en gaat over het heropenen van een DBC of het openen van een vervolg DBC. Dit heeft niets met (door)verwijzing te maken. In geval van binnen 35 dagen geldt de nadere regel van de NZa en geldt de eerste verwijzing / doorverwijzing. In geval de patiënt buiten de 35-dagen ongepland terugkomt in zorg, dan mag een nieuwe dbc geopend worden. Voor deze nieuwe dbc gelden dan de reguliere (typerings)vereisten.

17. In de zorginkoopcontracten 2017 staat dat een verwijzing maximaal 9 maanden geldig is tot start zorg, waarbij wachttijd na aanmelding meetelt. De regel rept over binnen 1 jaar, dus dit overschrijdt de 9 maanden grens. Wel of niet nieuwe verwijzing nodig?

Zie voetnoot 2 van de afspraken verwijzing ggz: Binnen 9 maanden nadat de verwijzing is afgegeven moet het eerste patiëntcontact met de ggz-behandelaar hebben plaatsgevonden. Als dat niet is gebeurd en er is nog wel behoefte aan ggz, is hiervoor een nieuwe verwijzing nodig. Als de behandeling is gestart en de patiënt wordt doorverwezen, dan is deze termijn niet aan de orde, er heeft dan immers een eerste patiëntcontact met de GGz behandelaar plaatsgevonden.

Invoeringsdatum en reikwijdte

18. Voor de inhoud van de verwijsbrief wordt verwezen naar de 'NHG-richtlijn informatie-uitwisseling huisarts GGZ' (envelop). Vervallen hiermee de verschillende eisen die de verzekeraars in hun contracten met aanbieders hebben afgesproken over inhoud brief (bijv. onderbouwing HHM-model), termijn (bijv. na twee jaar een nieuwe verwijzing) en verwijzer (wie mag verwijzer zijn?)

Met de afspraken verwijzing ggz is de 'envelop'¹ leidend geworden. Zorgverzekeraars hanteren geen aanvullende eisen op de inhoud en termijnen van de verwijzing. Over wie initieel mag verwijzen, zijn geen uniforme landelijke afspraken gemaakt. Zorgverzekeraars geven daar in hun contracten en polisvoorwaarden invulling aan.

19. Geldt de versoepeling van de verwijsbrieven enkel voor alle gestarte DBC/GB-GGZ trajecten na 1 april 2017 of ook voor gestarte DBC- en GB-GGZ trajecten uit 2016 waar nu een nieuwe verwijsbrief (of met de versoepeling dus enkel een doorverwijzing) voor noodzakelijk is?

Vanaf 1 januari 2017 gelden voor doorverwijzingen de afspraken verwijzing ggz.

20. Kunnen wij als GGZ-aanbieder ervan uit gaan dat de nieuwe afspraken over vereenvoudiging verwijzing naar de ggz, de individuele private contracten met de zorgverzekeraars overstijgen? Zo ja, geldt dat voor heel 2017?

Ja, zie vraag 18. Dit geldt vanaf 1 januari 2017.

21. Is het verplicht om zelf door te verwijzen als GGZ-aanbieder, of mag dit ook nog via de huisarts worden gedaan?

Terugverwijzing naar de huisarts is op basis van de gemaakte afspraken ook nog mogelijk.

22. Geldt deze wijziging v.w.b. het verwijzen ook voor jeugd-ggz?

Nee, de afspraken verwijzing ggz gelden alleen voor de ggz-Zvw.

¹ https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/ggz_verwijsbrief_envelop.pdf

23. Ik kan geen specifieke afspraken over de Bopz/Wvvgz vinden. Zoals het nu gaat is er geen verwijzing nodig bij een rechterlijke machtiging of IBS, maar volstaat een bericht achteraf naar de huisarts. Klopt mijn aanname?

Ja, de afspraken in het plan van aanpak audit alert zijn nog steeds van toepassing.

Overige vragen

24. Waarom is in de generalistische basis ggz alleen voor de prestatie chronisch geen nieuwe tussentijdse verwijzingen van de huisarts nodig? En wel voor de prestaties kort, middel en intensief.

Voor de gb-ggz prestatie 'chronisch' is er aparte afspraak gemaakt omdat deze in het algemeen langdurend is. Dit geldt niet voor de andere gb-ggz prestaties, deze prestaties gelden als eenmalige verzekerde aanspraken.

25. A. Hoe vaak mogen wij heen- en weer verwijzen, dit in het kader van op- en afschalen?

Er zijn geen afspraken gemaakt over hoe vaak heen en weer kan worden doorverwezen. Vanzelfsprekend staat het patiëntbelang hierbij voorop.

- B. Of in het kader van 'onderlinge dienstverlening'?

Voor onderlinge dienstverlening gelden de regels van de NZa en is geen sprake van doorverwijzen. Bij overdracht van de behandeling ('doorverwijzing') moet de ene aanbieder zijn prestatie immers sluiten en opent vervolgens de andere aanbieder een nieuwe prestatie. Bij onderlinge dienstverlening maken de aanbieders onderling afspraken over de inhoud en het tarief van de (uitbestede) dienstverlening. Aan dit laatste stelt de NZa geen nadere eisen.

26. In de afspraken m.b.t. de verwijzingen lees ik dat er bij een diagnosewijziging altijd een brief naar de huisarts gestuurd moet worden. Er wordt ook verwezen naar het Plan van aanpak audit alert. In het plan van aanpak audit alert staat echter: Wijziging van de DBC-hoofdgroep als de patiënt al in een behandeltraject zit op basis van een verwijzing voor een bepaalde stoornis. Hier wordt alleen een brief naar de huisarts verlangd als de primaire diagnose naar een andere hoofdgroep wijzigt. Ik mis deze beperking in de afspraken. Is dit een bewuste actie?

De landelijke afspraken verwijzing ggz zijn niet bedoeld om de afspraken uit het plan van aanpak te wijzigen. De afspraken in het plan van aanpak blijven dus van toepassing.

27. Indien de huisarts de patiënt heeft verwezen naar de GB-GGZ, maar daar wordt op basis van de verwijsbrief van de huisarts geoordeeld dat de patiënt te complex is voor de GB-GGZ en gezien moet worden in de G-GGZ. Wie is er vanaf deze beoordeling verantwoordelijk voor de patiënt?

Het uitgangspunt is dat de huisarts een onderbouwde en gerichte verwijzing afgeeft. Indien de huisarts de patiënt verwijst naar de GB-GGZ, is het vanuit goede hulpverlening van belang dat de patiënt daar ook wordt gezien. Zie ook de Landelijke GGZ Samenwerkingsafspraken http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2016/03/LGA-opmaak_def.pdf

Na een eerste consult in de GB-GGZ en in overleg met de patiënt kan een inschatting worden gemaakt of de patiënt in de GB-GGZ op zijn plek is of dat een doorverwijzing naar de G-GGZ gewenst is. In dat laatste geval gelden de regels voor doorverwijzing zoals gemaakt in de nieuwe verwijsafspraken <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/documenten/besluiten/2017/03/16/besluit-verwijzingen-ggz> en wordt de huisarts geïnformeerd over de doorverwijzing naar de G-GGZ.

28. Zijn door deze Vereenvoudiging verwijzing ook de eisen aan de inhoud van de papieren verwijsbrief versimpeld?

[Als de gegevens zoals opgenomen in de digitale envelop](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/ggz_verwijsbrief_envelop.pdf)

https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/ggz_verwijsbrief_envelop.pdf

zijn opgenomen in de (papieren of digitale) verwijsbrief, voldoet de verwijsbrief aan de administratieve vereisten voor een volledige verwijsbrief. Het is aan te raden de verwijsbrief (zowel digitaal als op papier) hierop aan te passen.

29. Ik krijg als GGZ-aanbieder regelmatig een verwijzing die aan de andere praktijk in mijn dorp gericht is. Moet ik die eigenlijk ook laten corrigeren als het niet aan mij gericht is?

In de verwijsbrief hoeft niet de specifieke naam van een zorgaanbieder ingevuld te worden. Ook in de digitale envelop zal worden opgenomen dat dit geen verplichting is. Is er wel een naam vermeld in de verwijsbrief en wil de patiënt toch graag naar een andere zorgaanbieder dan hoeft de naam niet te worden gecorrigeerd.

30. Indien de initiële verwijzing door een bedrijfsarts is afgegeven (sommige verzekeraars staan dit toe in hun polisvoorwaarden en/of overeenkomsten) en de GZ-psycholoog in de GB-GGZ wil de cliënt nu doorverwijzen naar G-GGZ, dient er dan een melding worden gedaan naar de huisarts? Ook als de cliënt aangeeft niet te willen niet dat er een melding naar de huisarts gaat?

Ja, er dient altijd een melding gemaakt te worden naar de huisarts. Indien de cliënt aangeeft dit niet te willen dient de zorgaanbieder de cliënt te informeren dat hij/zij mogelijk risico loopt dat de verzekeraar het als 'niet-verzekerde zorg' zal benoemen, en de behandeling mogelijk niet voor vergoeding in aanmerking komt. De cliënt kan zodoende een geïnformeerde keuze maken.

De melding of niet-melding dient opgenomen moet zijn in het dossier van de betreffende cliënt.