

Q&A declareren verzekerde zorg TBC en IZB - 2019

mei 2019

De Q&A is hernieuwd nu de implementatie van het declareren is afgerond. De oude Q&A van 05-04-2016 blijft beschikbaar op [GGD GHOR Kennisnet](#). Vragen blijven welkom via dwattel@ggdqhor.nl en lrust@ggdqhor.nl.

Inhoud

1. Beleidsregel	1
2. Tarieven en prestatiecodes	2
3. AGB register	5
4. Wat wel en niet te declareren.....	6
a) Infectieziektebestrijding.....	6
b) Tuberculosebestrijding.....	8
c) TBC + IZB.....	11
6. Softwaresystemen.....	15
a) iTBC.....	16
b) HPZone	16
7. Declaratieservice Promeetec.....	17
8. Zorgverzekeraars	18
9. Overige vragen	21

1. Beleidsregel

Relevante documenten:

- [Beleidsregel Overige Geneeskundige zorg](#)
- [Notities ZN](#)

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft de beleidsregel Overige Geneeskundige zorg in het kader van individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten vastgesteld. Op basis hiervan wordt het mogelijk dat GGD-artsen individuele zorg bij tbc en enkele algemene infectieziekten kunnen declareren bij de zorgverzekeraars. Deze beleidsregel is ingegaan per 1 juli 2013.

Wat kan gedeclareerd worden?

De beleidsregel beschrijft geneeskundige zorg in het kader van individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten. Het gaat om het leveren van individuele zorg bij tuberculose (infectie) en infectieziekten. Hierbij kan sprake zijn van de noodzaak tot verwijzen, diagnosticeren, behandelen

(inclusief de inzet van geneesmiddelen) en begeleiden (ook) met het oog op bevorderen van de therapietrouw. Deze elementen zijn reguliere onderdelen van een zorgproces en vallen onder geneeskundige zorg. Algemene preventieve maatregelen en bron- en contactopsporing door de GGD-en zijn taken op het gebied van collectieve preventie en vallen buiten het bereik van de Zvw.

2. Tarieven en prestatiecodes

Relevante documenten:

- [Tariefbeschikking](#)
- [Overzicht prestatiecodes en tarieven IZB](#)
- [Overzicht prestatiecodes en tarieven TBC](#)

Welke tarieven worden gehanteerd?

De zorg kan op consultbasis worden gedeclareerd. De tarieven voor de behandeling van tuberculose en infectieziektebestrijding door GGD artsen zijn gelijkgesteld aan de tarieven die gelden voor de zorg die huisartsen leveren aan niet bij hen ingeschreven en buiten zijn vestigingsplaats woonachtige verzekerden. Er kan op basis van prestaties gedeclareerd gaan worden. Het betreft de volgende prestaties, waarbij het maximumtarief wordt bepaald door het basistarief consult (€ 25,98 voor 2013, € 27,25 voor 2014, € 27,19 voor 2015, € 27,13 voor 2016, € 27,63 voor 2017, € 28,19 voor 2018 en € 29,13 voor 2019) met de bijbehorende factor te vermenigvuldigen:

<i>Prestatie</i>	<i>Code</i>	<i>Fact or</i>	<i>Max tarief 2014</i>	<i>Max tarief 2015</i>	<i>Max tarief 2016</i>	<i>Max tarief 2017</i>	<i>Max tarief 2018</i>	<i>Max tarief 2019</i>
Consult korter dan 20 minuten	20011	1	€ 27,25	€ 27,19	€ 27,13	€ 27,63	€ 28,19	€ 29,31
Consult langer dan 20 minuten	20012	2	€ 54,50	€ 54,38	€ 54,26	€ 55,27	€ 56,39	€ 58,62
Visite korter van 20 minuten	20013	1,5	€ 40,88	€ 40,78	€ 40,69	€ 41,45	€ 42,29	43,96
Visite langer dan 20 minuten	20014	2,5	€ 68,13	€ 67,97	€ 67,82	€ 69,08	€ 70,48	73,27
Telefonisch consult	20015	0,5	€ 13,63	€ 13,59	€ 13,56	€ 13,82	€ 14,10	14,65
Vaccinatie	20142	0,5	€ 13,63	€ 13,59	€ 13,56	€ 13,82	€ 4,10	14,65

De laboratoriumkosten kunnen rechtstreeks door de (ziekenhuis)laboratoria bij de zorgverzekeraar gedeclareerd worden. GGD'en en ZN hebben beide de voorkeur voor het gebruik van een prestatiecode per vaccin en uniforme tarieven voor de vaccins. Een voorstel voor deze tarieven is

afgestemd met de Programmacommissie IZB. Het overzicht staat op [GGD GHOR Kennisnet](#). De tarieven zijn gebaseerd op de tarieven die op www.medicijnkosten.nl van het Zorginstituut Nederland vermeld staan. De tarieven op deze website kunnen maandelijks wijzigen (meestal enkele centen verschil). GGD GHOR Nederland zal bij grote wijzigingen het overzicht aanpassen, en daarnaast periodiek (1 keer per jaar) controleren of de tarieven gewijzigd zijn. Bij aanpassing van de tarieven worden de GGD'en hierover geïnformeerd. Entstoffen, waarvoor geen gemiddelde apothekerstarieven zijn vastgesteld kunnen tegen kostprijs worden doorberekend.

Tot 2017 kon volgens de Beleidsregel Overige Geneeskundige zorg aanvullend diagnostisch onderzoek dat de GGD zelf uitvoert op basis van de [beleidsregel eerstelijnsdiagnostiek](#) in rekening worden gebracht. De beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek bestaat niet meer, maar is vanaf 2017 opgenomen in de Regeling medisch-specialistische zorg. Sinds 2019 wordt in de Beleidsregel Overige Geneeskundige Zorg hierover het volgende geschreven: "Aanvullend diagnostisch onderzoek door de zorgaanbieder kan op basis van de regelgeving voor medisch-specialistische zorg in rekening worden gebracht".

De tarieven staan in de bijlagen onder 'Tarieventabel', horend bij de 'Prestatie- en tariefbeschikking medisch specialistische zorg' ([TB/REG-17620-02](#) in 2017, [TB/REG-18605-02](#) in 2018 en [TB/REG-19621-2](#) in 2019) onder soort prestatie 'OZP Eerstelijns diagnostiek'. Dit zijn tevens de maximale NZA tarieven die (ziekenhuis)laboratoria aan zorgverzekeraars voor laboratoriumonderzoek in rekening mogen brengen.

Het betreft de volgende verrichtingen en prestatiecodes:

<i>Prestatie</i>	<i>Code</i>	<i>Tarief (2014)</i>	<i>Tarief (2015)</i>	<i>Tarief (2016- 2017)</i>	<i>Tarief (2018)</i>	<i>Tarief (2019)</i>
Kreatinine	20500	€ 1,77	€ 1,77	€ 1,77	€ 1,59	€ 1,64
ASAT	20501	€ 1,93	€ 1,93	€ 1,93	€ 1,74	€ 1,80
ALAT	20502	€ 2,09	€ 2,09	€ 2,09	€ 1,83	€ 1,90
Kweekproef op tuberculose	20503	€ 24,64	€ 24,92	€ 24,92	€ 25,76	€ 26,72
Microscopisch onderzoek op tuberculose (Ziehl-Neelsen)	20504	€ 16,01	€ 16,19	€ 16,19	€ 16,99	€ 17,62
Radiologisch onderzoek thorax, een of meerdere richtingen, inclusief doorlichting	20505	€ 43,84	€ 43,66	€ 43,66	€ 42,42	€ 44,01
HIV sneltest (vanaf 2017)				€ 11,35	€ 11,17	€ 11,59

De Mantoux-test staat niet in deze beleidsregel. Hiervoor is een aparte prestatiecode vastgesteld. Ook is een landelijk tarief afgesproken in de Stuurgroep TBC regionalisering.

<i>Prestatie</i>	<i>Code</i>	<i>Tarief</i>
Mantoux test	20315	€ 28,55

Hoe kunnen laboratoriumverrichtingen gedeclareerd worden?

Aanvullend diagnostisch onderzoek dat de GGD zelf uitvoert kan op basis van de regelgeving voor medisch-specialistische zorg in rekening worden gebracht, zie hierboven. De labonderzoeken die géén specifieke prestatiecodes hebben, zoals Bilirubine Ureum, Gamma GT, BSE (bezinking), én wel door de GGD zelf worden gedaan, kunnen worden opgevoerd op prestatiecode 20143 laboratoriumkosten. De GGD dient hier de kostprijs voor te declareren. De bedragen die op prestatiecode 20143 komen te staan zullen dus verschillen per declaratieregelen en per GGD.

In de tarieventabel behorend bij de Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg worden voor bovengenoemde labonderzoeken de volgende tarieven gebruikt:

<i>Labonderzoek</i>	<i>Code</i>	<i>Prestatie</i>	<i>Tarief (2014-2015)</i>	<i>Tarief (2016-2017)</i>	<i>Tarief (2018)</i>	<i>Tarief (2019)</i>
BSE (bezinking)	20143	Laboratoriumkosten	€ 1,67	€ 1,67	€ 1,85	€ 1,92
Ureum	20143	Laboratoriumkosten	€ 1,61	€ 1,61	€ 1,62	€ 1,53
Bilirubine	20143	Laboratoriumkosten	€ 1,61	€ 1,61	€ 1,44	€ 1,49
Gamma GT	20143	Laboratoriumkosten	€ 1,93	€ 1,93	€ 1,71	€ 1,78

Wanneer de IGRA (quantiferon) door de GGD zelf wordt gedaan wordt prestatiecode 20314 opgevoerd. De GGD dient hier de kostprijs voor te declareren.

Wordt het onderzoek door een (ziekenhuis)laboratorium uitgevoerd, dan kan deze rechtstreeks declareren. Wanneer dit nog niet geregeld is, is het mogelijk via prestatiecode 20143 laboratoriumkosten door de GGD zelf te declareren. Het bedrag dat je invult moet dan gelijk zijn aan de nota die je ontvangt van het lab (dit is dus de kostprijs).

Zijn de tarieven van in het overzicht met prestatiecodes inclusief BTW?

De tarieven zoals door de NZa vastgesteld in tariefbeschikkingen zijn vastgestelde maximumtarieven inclusief BTW-kosten, maar exclusief de BTW-heffing en -afdracht door een zorgaanbieder. De tarieven voor entstoffen zijn gebaseerd op de tarieven op www.medicijnkosten.nl en deze zijn inclusief BTW.

3. AGB register

Wie kan de zorg declareren?

In de beleidsregel staat hierover het volgende: *Individuele zorg bij tuberculose (infectie) en infectieziekte bestrijding kan alleen gedeclareerd worden door gekwalificeerde en landelijke geregistreerde artsen. De Registratie commissie Geneeskundig Specialisten (RGS) van de KNMG bepaalt daarbij de registratiecriteria.*

Om te kunnen declareren, dienen zorgverleners en instellingen zich te registreren in het AGB-register wat beheerd wordt door Vektis. AGB staat voor Algemeen Gegevens Beheer Zorgverleners. Met de AGB-code kunnen zorgverleners en instellingen geïdentificeerd worden. Voor GGD-en zijn er dus twee AGB-codes nodig: een instellingscode voor de GGD en een zorgverlenerscode voor de arts. De GGD kan namens de uitvoerende arts declaraties indienen. Iedere GGD heeft al een instellingscode. Profielartsen en artsen Maatschappij en gezondheid met profiel infectieziektebestrijding en/of profiel tuberculosebestrijding kunnen met hun bewijs van inschrijving in de registers van de Registratie commissie Geneeskundig Specialisten een zorgverlenerscode (AGB-code arts) krijgen van Vektis. Alle profielartsen en artsen Maatschappij en Gezondheid met profiel infectieziektebestrijding en/of profiel tuberculosebestrijding van uw GGD dienen zich te registreren.

Is het registreren van één profielarts/ arts M&G, profiel infectieziektebestrijding voor de afdeling tuberculosebestrijding bij de GGD en één profielarts/arts M&G, profiel infectieziektebestrijding voor de afdeling infectieziektebestrijding bij de GGD voor een AGB code voldoende?

Nee, de zorgverzekeraars willen een compleet overzicht welke behandelaars verbonden zijn aan welke organisatie. Bij het declareren wordt hier ook nauwkeurig door de zorgverzekeraars naar gekeken. Via de Regeling Zorgverzekering zijn zorgverzekeraars wettelijk verplicht om formele en materiële controles uit te voeren, waarvoor een nauwkeurige registratie tevens benodigd is.

Kan een longarts werkzaam als TBC arts bij de GGD net als de profielartsen en artsen M&G, profiel infectieziektebestrijding en tuberculosebestrijding, individuele zorg bij tbc declareren bij de zorgverzekeraar? Zo ja, dient deze longarts zich te (her)registreren in het AGB-register?

Medisch Specialisten Longziekten en Tuberculose in dienst van een GGD kunnen deze individuele zorg inderdaad declareren. De Longarts moet bij zijn aanvraag voor een AGB-code als bijlage toevoegen: uittreksel BIG register óf bewijs van voltooiën opleiding óf bewijs van inschrijving in het register van de Registratiecommissie Geneeskundige Specialisten (RGS) óf een bewijs van lidmaatschap beroepsvereniging.

Hoe kan een GGD arts een AGB code aanvragen en hoe deze te koppelen aan de GGD?

Bij personele wisselingen kan het nodig zijn voor een (nieuwe) arts een AGB-code aan te vragen, en/of een nieuwe koppeling te maken tussen arts en GGD. Volg hiervoor '[2019 Instructie AGB code arts aanvragen en/of koppelen aan AGB code GGD](#)'.

4. Wat wel en niet te declareren

Relevante documenten:

- [Overzicht wat wel en wat niet declareren bij zorgverzekeraars voor IZB](#)
- [Overzicht wat wel en wat niet declareren bij zorgverzekeraars voor TBC](#)

a) Infectieziektebestrijding

Is er een overzicht voor IZB van handelingen die onder individuele zorg vallen?

Voor algemene infectieziektebestrijding is een beschrijving van wat wel en niet gedeclareerd kan gaan worden opgesteld, met een overzicht per infectieziekte. Dit overzicht is op 5 november 2013 vastgesteld door het Landelijk Overleg Infectieziekten (LOI) en staat op [GGD GHOR Kennisnet](#).

Hoe strikt is het de bedoeling dat we het overzicht vastgesteld door het LOI hanteren? Als er staat < 2 mag je dan ook echt niet meer dan 2 consulten bv declareren of is alles mogelijk zo lang je het kan onderbouwen?

Uitgangspunt is in alle gevallen dat alleen datgene gedeclareerd wordt, dat ook daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. Het overzicht wat door het LOI is vastgesteld is daarbij een leidraad, geen voorschrift. Je kan dus zeker meer declareren, als je dat kan onderbouwen.

Wat mag gedeclareerd worden bij een gezin met twee volwassen kinderen waarbij er telefonisch contact is met alleen de moeder voor het aanvragen van labonderzoek of over de uitslag van labonderzoeken?

Dit is een grijs gebied. Verzekerbare zorg is patiëntgerelateerd/persoonlijk. In het geval je per persoon een telefoongesprek zou hebben kan je voor alle betreffende personen apart een telefonisch consult declareren. Aangezien je in dit voorbeeld alleen de moeder spreekt handel je dit hoogstwaarschijnlijk in één telefoongesprek af. Dan is het aan de GGD om te beoordelen of het declareren van meerdere telefonische consulten redelijk is. Dit hangt af van de hoeveelheid werk (uitschrijven labformulieren) en tijd (duur telefoongesprek) hiermee gemoeid is.

Wat kan je declareren als er op een school tegen hepatitis A gevaccineerd dient te worden?

Per cliënt kan de entstof en een vaccinatie(consult) gedeclareerd worden.

Is er bij IZB ervaring met cliënten die niet verzekerd zijn?

Er gelden 2 regelingen voor onverzekerden:

1) Regeling onverzekerden

Sinds 1 maart 2017 is er een tijdelijke subsidieregeling van kracht voor medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden, bedoeld om financiële belemmeringen weg te nemen voor het verlenen aan zorg aan onverzekerde personen. De regeling dient ter ondersteuning van de 'aanpak van personen met

verward gedrag'. Met terugwerkende kracht tot 1 maart 2018 is de voorwaarde dat een onverzekerde verzekeringsplichtig moet zijn, komen te vervallen.

Om in aanmerking te komen voor subsidie- moet dit binnen 7 kalenderdagen gemeld worden bij het [meldpunt onverzekerden zorg](#) bij GGD GHOR Nederland. Het CAK toetst de subsidieaanvragen en betaalt de zorgverleners uit. GGD en gemeente zetten zich in om verdere hulp te bieden aan de onverzekerde.

Voor meer informatie zie: <https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/regeling-onverzekerden>

2) Regeling onverzekerbare vreemdelingen

Mensen die illegaal in Nederland verblijven, kunnen geen zorgverzekering afsluiten (onverzekerde vreemdelingen). Zij krijgen wel medisch noodzakelijke hulp. De behandelend arts bepaalt of daar sprake van is. De kosten moet de vreemdeling zelf betalen. Kan de vreemdeling de kosten niet zelf betalen? Dan kan de zorgverlener onder bepaalde voorwaarden 80 procent van de kosten declareren bij het CAK via de regeling onverzekerbare vreemdelingen

Voor meer informatie zie: <https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen>

Wanneer mag je zorg declareren voor een cliënt als je geen contact hebt gehad met de patiënt zelf? Welke voorwaarden zijn er om dit te mogen doen? Een paar voorbeelden: 1) Jongen van 17 jaar waarvan moeder voor hem naar de GGD belt met een gezondheidsinhoudelijke vraag. Gaat om een minderjarige jongen dus. Wel/niet mogelijk om voor de jongen zorg een telefonisch consult te declareren? Stel in dezelfde situatie betreft het een jongen van 18 jaar. 2) Stel een begeleider regelt met de GGD individuele zorg voor volwassen, maar verstandelijk beperkt, persoon. Mag je dan zorg declareren als je niet direct contact hebt met de persoon in kwestie? 3) Je belt een labuitslag door aan een partner van iemand. Mag je dan wel een telefonisch consult declareren voor de ander? Of moet je daar de persoon zelf voor spreken?

De vraag is eigenlijk wanneer je een gezondheidsinhoudelijke vraag mag bespreken met een ander dan de patiënt zelf. In de gevallen waarin dat (wettelijk) mag, is declareren ook geen probleem. Om handvatten te geven voor wanneer je een dergelijk gesprek met een ander dan de patiënt mag voeren hebben we de WBGO (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst) er op na geslagen. Hierin staat o.a. over inzage in het medisch dossier het volgende:

Recht op inzage heeft slechts de patiënt zelf en, indien van toepassing, zijn wettelijk vertegenwoordiger. Een wettelijk vertegenwoordiger is een met het gezag belaste ouder of voogd van een minderjarige of een door de rechter benoemde mentor of curator. Als een familielid niet de wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt is, is de hulpverlener niet bevoegd hem of haar inzage te verlenen. Dit kan alleen indien sprake is van toestemming van de patiënt, een wettelijke uitzondering op de vertrouwelijkheid van medische gegevens dan wel indien de hulpverlener geconfronteerd wordt met een conflict van plichten zoals in een noodsituatie, waarbij het belang van de patiënt bij geheimhouding van de gegevens uit het dossier van ondergeschikt belang wordt geacht. Het is aan de hulpverlener om te beoordelen of sprake is van één van de genoemde uitzonderingsgronden. Hij moet

kunnen verdedigen waarom hij inbreuk maakt op de geheimhoudingsplicht die hij tegenover zijn patiënt heeft.

In de voorbeelden is er contact met een wettelijk vertegenwoordiger (voorbeeld 1 en 2) of met toestemming van de patiënt (voorbeeld 3). Declareren kan dan gewoon, ook als je de patiënt zelf niet hebt gezien. Uiteraard heeft het de voorkeur om de patiënt zelf te zien en gaat het hier om uitzonderingssituaties.

Bij een scabiës uitbraak wordt actief contact opgenomen met contacten die in aanmerking komen voor een preventieve behandeling. Mag je een consult declareren wanneer een contact, na het geven van informatie, afziet van een preventieve behandeling?

Ja, hier vindt een (telefonisch) consult plaats en er is sprake van individuele zorg, dus er kan een consult gedeclareerd worden, ongeacht of er gestart wordt met een preventieve behandeling.

b) Tuberculosebestrijding

Is er een duidelijke lijst van handelingen die onder individuele tbc zorg vallen?

Voor tuberculose is een [overzicht en een stroomdiagram](#) opgesteld met wat op basis van de beleidsregel gedeclareerd kan worden. Dit overzicht kijkt op twee punten af van het eerdere advies van de Commissie voor praktische tuberculosebestrijding (CPT): op basis van de beleidsregel is met Zorgverzekeraars Nederland afgesproken dat Mantoux en de BCG vaccinatie onder de te vergoeden verrichtingen vallen.

Citaat uit de beleidsregel: "Algemene preventieve maatregelen en bron- en contactopsporing door de GGD-en zijn taken op het gebied van de collectieve preventie en vallen buiten het bereik van de Zvw." Betekent dit dat we de IGRA onderzoeken niet meer kunnen declareren? Tegen welk tarief kunnen de IGRA testen gedeclareerd worden? Ik kan het tarief niet vinden op de NZA site (code 20314).

IGRA valt onder aanvullend diagnostisch onderzoek en kan wel gedeclareerd worden. ZN heeft inderdaad een aparte prestatiecode aangemaakt voor IGRA testen. Uit reacties van GGD-en blijkt dat deze IGRA testen nooit door de GGD-en zelf worden uitgevoerd, maar door laboratoria. In dit geval is er geen code voor IGRA testen nodig en kunnen de kosten door de laboratoria rechtstreeks bij de zorgverzekeraars gedeclareerd worden. Mochten er toch GGD-en zijn die zelf een IGRA test uitvoeren dan horen wij dat graag.

In welke gevallen kun je IGRA, Mantoux en foto's declareren?

De Mantouxtest en thoraxfoto's zijn vooral van belang voor het vaststellen van infecties in het kader van collectieve preventie en bron-en contactonderzoeken. De kosten voor een Mantoux en een thoraxfoto kunnen pas bij de zorgverzekeraar gedeclareerd worden bij een patiënt met verdachte klinische en/of röntgenologische verschijnselen ter ondersteuning van de diagnostiek. De IGRA wordt

nadat een Mantoux test is gedaan, gezien als diagnostisch onderzoek en daarmee te allen tijde verzekerbare zorg, ongeacht de reden van Mantoux zetten.

Wanneer kan een IGRA gedeclareerd worden?

Een IGRA kan alleen gedeclareerd worden wanneer deze als aanvullend diagnostisch onderzoek wordt ingezet, na een positieve mantouxtest. Als er geen Mantoux wordt uitgevoerd maar deze stap wordt overgeslagen in verband met sterke verdenking, kan de IGRA alsnog gedeclareerd worden. Ook wanneer een LTBI positief is gebleken in het verleden valt een IGRA onder de verzekerde zorg.

Valt primaire profylaxe onder verzekerde zorg?

Ja, dat valt onder verzekerde zorg.

Valt de Mantoux voor immigrantenkinderen onder de te declareren individuele zorg? Valt de BCG voor immigrantenkinderen die daaruit voort kan komen onder de te declareren individuele zorg?

Afgesproken is dat BCG vaccinatie voor kinderen tussen 6 maanden en 12 jaar, waarvan een of beide ouders afkomstig zijn uit een tuberculose-endemisch land gedeclareerd kan worden, zolang deze vaccinatie niet is opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma. De Mantoux in dit kader valt ook onder te declareren individuele zorg.

Kunnen ook consulten/visites/labkosten/vaccins die betrekking hebben op patiënten met een latente TBC gedeclareerd worden?

Alle individuele zorg die door een GGD geleverd wordt bij een LTBI behandeling kan gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar.

Is het preventieve advies wat een MTM-er geeft bij een klant die al bij de afdeling Reizigers is geweest en die vervolgens naar de TBC unit komt voor advies, te declareren binnen de termen van de beleidsregel?

Nee, het betreft hier een preventief advies n.a.v. een reizigersconsult, dit valt buiten de basisverzekering en is daarom geen individuele verzekerde zorg zoals bedoeld in de beleidsregel Overige geneeskundige zorg.

Zijn de verrichtingen of mogen de kosten van sputumonderzoek bij broncontacten en bij patiënten gedeclareerd worden of blijft dit OGZ?

Ja, dit betreft individuele verzekerde zorg bij tbc, en kan gedeclareerd worden op basis van de beleidsregel.

Klopt mijn redenering dat we per Mantoux/BCG/IGRA naast de materiele kosten (entstoffen) ook een vergoeding krijgen voor de vaccinatie-verrichting?

De beleidsregel overige geneeskundige zorg volgt de prestaties en tarieven die gelden voor incidentele en acute hulp die en huisarts levert. Voor het toedienen van het vaccin mag de huisarts

het vaccinatietarief in rekening brengen. Wanneer de vaccinatie plaatsvindt tijdens een consult bij de huisarts, mag alleen het consulttarief in rekening worden gebracht. Dit betekent dat wanneer het om meerdere vaccinatiemomenten gaat bij een infectieziekte, zoals hepatitis B, waarbij er geen consult aan vooraf gaat, er naast de kosten voor de entstoffen het vaccinatietarief gebruikt kan worden.

Wat betreft 85002, thoraxfoto; begrijpen wij dat goed, dat als er 2 foto's gemaakt worden, bv vanuit verschillende richtingen, er maar 1 gedeclareerd mag worden?

Dit klopt, soms zijn er meerdere foto's nodig in verschillende richtingen.

Hoe kunnen CT-scans gemaakt door ziekenhuizen gedeclareerd worden indien het ziekenhuis dit niet rechtstreeks bij de zorgverzekeraar wil declareren?

Bij voorkeur worden deze kosten rechtstreeks door het ziekenhuis bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. Indien dit niet mogelijk is kan de kostprijs gedeclareerd worden via de prestatiecode 20143.

Is het mogelijk om als GGD zelf labonderzoek en XTH te declareren als direct declareren vanuit labs nog niet geregeld is?

Je kunt het laboratoriumonderzoek dan declareren op prestatiecode 20143 laboratoriumkosten, het bedrag dat je invult moet dan gelijk zijn aan de nota die je ontvangt van het lab (dit is dus de kostprijs).

Wanneer jouw GGD de Thorax foto zelf heeft uitgevoerd kun je dit declareren op prestatiecode 20505 met een tarief van € 52,08 voor 2013, van € 43,94 voor 2014, van € 43,66 voor 2015 en 2016, van € 41,24 in 2017, van € 42,42 in 2018 en van € 44,01 in 2019. Wanneer dit door een ziekenhuis gedaan, dient het ziekenhuis dit te declareren. Wanneer de thorax foto wordt gemaakt door het ziekenhuis en niet rechtstreeks gedeclareerd wordt, kan de GGD de nota van de thoraxfoto opvoeren onder de prestatiecode 20143 laboratoriumkosten.

Is het mogelijk om naast de verrichtingen genoemd voor TBC ook bv HIV, hep. B testen en overig bloedonderzoek te declareren. Deze verrichtingen worden soms uitgevoerd bij behandeling van TBC en LTBI patiënten.

Wanneer het gaat om geneeskundige zorg naar aanleiding van een individuele zorgvraag met noodzaak tot verwijzen, diagnosticeren, behandelen (inclusief de inzet van geneesmiddelen) en begeleiding van tuberculose kan dit inderdaad gedeclareerd worden.

Voor de afname van bloed of ander materiaal die door de GGD zelf gedaan wordt, kan een consult in rekening worden gebracht, waarschijnlijk kort consult.

Wanneer het labonderzoek gedaan wordt door de GGD kan de kostprijs hiervan gedeclareerd worden op prestatiecode 20143 laboratoriumkosten. Wordt het onderzoek door een lab uitgevoerd, kan deze rechtstreeks declareren, en wanneer dit nog niet geregeld is tevens via prestatiecode 20143 laboratoriumkosten door de GGD met als prijs het bedrag op de nota van het lab.

Hoe dienen acties die voortvloeien uit een verpleegprobleem bij de behandeling van tuberculose gedeclareerd te worden, waarbij een uniforme werkwijze gehanteerd wordt?

Wanneer er uit één verpleegprobleem meerdere acties voortvloeien kan dit eenmaal gedeclareerd worden. Dit advies met een lijst van veelvuldig voorkomende verpleegproblemen is terug te vinden op [GGD GHOR Kennisnet](#).

Zijn de röntgenfoto's t.b.v. halfjaarlijkse controle gedurende 2 jaar bij LTBI-patiënten ook declarabel?

De röntgenfoto's t.b.v. halfjaarlijkse controle gedurende 2 jaar bij LTBI-patiënten zijn declarabel. Er is sprake van individuele zorg bij LTBI patiënt, waarvoor röntgencontrole is afgesproken vanwege bijwerkingen en contra-indicatie voor profylaxe (meestal is er sprake van afgebroken behandeling vanwege bijwerkingen). Het röntgenonderzoek gecombineerd met een consult bij de arts kan als diagnostisch onderzoek gezien worden, dus verzekerbare zorg. Na twee jaar wordt de behandeling afgesloten omdat er een gering risico op ziekte bestaat.

Omdat wij als GGD zowel labonderzoek als longfoto's zelf declareren gebeurt dit bij beide onder code 20143 met daarbij vermeld de werkelijke kosten zoals ziekenhuizen en labs deze in rekening brengen. Omdat het vaker voorkomt dat met name longfoto en Igra op dezelfde dag plaatsvinden in kader van nader onderzoek bij een positieve THT, wordt slechts een van deze 2 vergoed en niet beide. Dus krijgen wij alleen de Igra vergoed en niet de XTH, want de prijs voor Igra ligt hoger dan de XTH. Als deze handelingen afzonderlijk per code worden ingediend, worden beide wel vergoed.

De code 20143 is voor laboratoriumkosten die door derden worden gemaakt en gefactureerd worden bij de GGD. De kostprijs mag gedeclareerd worden. Dat hoeft niet per factuur te gebeuren, je kan de bedragen bij elkaar optellen. Dus als er voor één patiënt op één dag 2 verrichtingen worden gedaan waarvoor facturen binnenkomen die onder 20143 vallen, dan kunnen de kosten daarvan bij elkaar opgeteld worden, en als één declaratiereguleer gedeclareerd worden. Dan wordt het volledige bedrag vergoed.

c) TBC + IZB

Kunnen verpleegkundige consulten ook gedeclareerd worden?

Ja, deze worden onder verantwoordelijkheid van de arts uitgevoerd en kunnen door de betreffende arts gedeclareerd worden.

Kun je als GGD bij labverrichtingen ook een ordertarief declareren?

Nee, de GGD kan geen orderkosten declareren. Dit betreft administratieve kosten voor een lab voor het registreren van de patiënt. Voor de GGD zit dit al in de andere tarieven (bv consulttarief) verwerkt. Er wordt dan ook geen code voor ordertarief opgenomen in de prestatiecodelijst.

Hoe kan ik als GGD regelen dat laboratoriumkosten rechtstreeks door het laboratorium worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar?

NZa-regelgeving verplicht niet maar verbiedt ook niet het aanwijzen van een GGD-arts door een zorgverzekeraar als aanvrager/verwijzer voor medisch specialistische diagnostiek. Sinds 2017 inventariseert Zorgverzekeraars Nederland welke zorgverzekeraars de GGD arts (IZB en TBC) erkennen als aanvrager van laboratoriumdiagnostiek. In dit [overzicht](#) is tevens terug te vinden welke zorgverzekeraars de GGD arts (IZB en TBC) alleen als aanvrager van laboratoriumdiagnostiek erkennen wanneer opgenomen in het inkoopcontract tussen (ziekenhuis)laboratorium én de desbetreffende zorgverzekeraar.

Het (ziekenhuis)lab kan verrichtingen op aanvraag van een GGD-arts rechtstreeks bij de zorgverzekeraar declareren. Maak hierover afspraken met de labs in jouw regio. Een standaard-tekst om het lab hierover te informeren staat op [GGD GHOR Kennisnet](#). Het gaat echter om werkafspraken die per regio en per lab verschillen, dus het belangrijkste is om met de labs om tafel te gaan en te bespreken:

- Hoe communiceer je (via labaanvraagformulier) dat het verzekerde zorg betreft (bijvoorbeeld via een codering of alleen als er een verzekerdenummer wordt genoemd moet de factuur rechtstreeks naar de zorgverzekeraar, anders naar de GGD) en welke AGB codes gebruikt moeten worden?

Hoe ga je om met disputen, oftewel als een verzekeraar niet wil betalen? De laboratoria hebben hier meer ervaring mee gezien de al bestaande werkwijze bij huisartsen. Mocht het maken van afspraken met laboratoria in de regio problemen opleveren, laat het ons dan weten.

De werkwijze van het lab is als volgt:

(ziekenhuis)laboratoriagebruiken de declaratiestandaard ZH308/309. De “Nadere regels prestaties en tarieven medisch specialistische zorg” ([NR/CU-263](#)) van de NZa geeft in hoofdstuk 7 aan welke verwijsgegevens ingevuld behoren te worden.

De GGD valt onder type verwijzer 06: Verwezen patiënt niet-SEH vanuit andere instelling. Vooral nog blijkt dat de AGB codes van artsen (0422 zorgverlenerscode voorschrijver/verwijzer) niet worden geaccepteerd door de zorgverzekeraars.

Het (ziekenhuis)laboratorium dient als volgt te declareren via de ZH308 met de volgende zorgverlenerscode, specialisme en instellingscode verwijzer:

0421 Code (zelf)verwijzer: 06

0423 Specialisme voorschrijver/verwijzer: 8423 (Arts Maatschappij en Gezondheid profiel Tuberculosebestrijding), **8430** (Arts Maatschappij en Gezondheid, profiel Infectieziektenbestrijding) of 0322 (Arts Longziekten en tuberculose)

0424 Instellingscode voorschrijver/verwijzer: AGB code van de betreffende GGD (323200..)

Het komt regelmatig voor dat GGD-artsen met bijvoorbeeld de huisarts overleg voeren over een patiënt. Hoe moet een dergelijk intercollegiaal overleg over een patiënt gedeclareerd worden?

Dit kan nu niet gedeclareerd worden omdat het geen direct patiënt gerelateerd contact is waarbij de patiënt aanwezig is.

Mogen alleen meldingsplichtige infectieziekten gedeclareerd worden?

Het is niet zo dat alleen meldingsplichtige infectieziekten gedeclareerd mogen worden. De meldingsplicht staat los van deze beleidsregel. In de beleidsregel wordt gesproken over individuele zorg bij algemene infectieziekten en tuberculose, dus daar vallen alle infectieziekten onder waar de GGD mee te maken krijgt.

Hoe kun je het doorverwijzen van een patiënt declareren?

De tijd besteed aan de verwijfsbrief is niet declarabel. Het gesprek met de patiënt over het verwijzen is te declareren als een consult.

Is counseling declarabel?

Wanneer er uitleg en advies wordt gegeven aan een cliënt is het declarabel als consult.

Wanneer mag je een telefoongesprek wel en wanneer niet declareren?

Een telefoongesprek kan als telefonisch consult gedeclareerd worden als dit gesprek cliënt gerelateerd is en daadwerkelijk over de gezondheidstoestand van de cliënt gaat en niet bijvoorbeeld voor het maken van een afspraak.

Mag je een emailconsult declareren?

Volgens de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) staat het zorgaanbieders binnen bestaande prestaties vrij om hun zorgproces te veranderen door bijvoorbeeld face-to-face contact gedeeltelijk te vervangen door e-health zoals zorg op afstand, of om e-health als aanvulling op de behandeling aan te bieden. E-health contacten door GGD'en voor de individuele tbc of izb zorg kunnen gedeclareerd worden. Afhankelijk van de tijd kan dit een telefonisch consult, consult < 20 min of consult > 20 min zijn.

Wat is bij vaccineren het verschil tussen de prestatie 'consult' en 'vaccinatie'?

Een consult behelst meer dan alleen het vaccineren van een cliënt. Hierin wordt bijvoorbeeld ook uitleg/counseling gegeven. De prestatie vaccinatie (hiermee wordt bedoeld vaccinatieconsult) wordt gedeclareerd wanneer er enkel een prik gezet wordt. Een voorbeeld:

1^e keer vaccin toedienen + uitleg geven = consult

2^e + 3^e vaccin toedienen = vaccinatie

Is er bij artikel 26 meldingen altijd sprake van wettelijke taken en dus geen declarabele zorg?

Nee, ook bij artikel 26 meldingen kan er sprake zijn van verzekerde zorg. Het gaat dan om de individuele maatregelen.

Mogen er meerdere consulten op één dag worden gedeclareerd?

Het is goed mogelijk dat er op één dag meerdere contacten met dezelfde patiënt plaatsvinden. Als het om meerdere declarabele contacten gaat, dan is het toegestaan om hiervoor meerdere

declaraties te versturen. De NZa heeft hiervoor geen beperkingen aangebracht. Uitgangspunt is in alle gevallen dat alleen datgene gedeclareerd wordt, dat ook daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. Een voorbeeld is een rabiës accident, waarbij de verpleegkundige soms meerder malen per dag een patiënt telefonisch spreekt.

Vanaf 1-1-2016 kan de individuele TBC zorg bij asielzoekers gedeclareerd worden bij Menzis COA Administratie (MCA) onder UZOVI code 2650 en vanaf 1-1-2018 bij Zorgverzekeraar DSW, onder de noemer Regeling Medische zorg Asielzoekers (RMA) onder de UZOVI code 3355. Geldt dat ook voor IZB-zorg? Bv. hep.A vaccinatie, screening voor antistoffen waterpokken, screening contacten hep.B?

De afspraken voor de zorg zijn voor Nederlanders anders dan voor asielzoekers. Het COA heeft de zorg voor asielzoekers geregeld in twee contracten; alle zorg voor asielzoekers wordt uitgevoerd en gefinancierd binnen de bepalingen van deze contracten.

Relevant voor het project verzekerde zorg is:

- Asielzoekers hebben geen toegang tot de zorgverzekeringswet en de AWBZ. De aanspraak op vergoeding van deze zorg is voor asielzoekers in de COA-opvang vastgelegd in een regeling, de Regeling Medische zorg Asielzoekers (RMA). COA contracteert voor de inkoop en organisatie van de RMA een zorgverzekeraar. Op dit moment is dat DSW. Asielzoekers hebben geen BSN, maar een pas met een COA-zorgnummer en een vreemdelingsnummer.
- De publieke gezondheidszorg voor asielzoekers (PGA) is geregeld in een contract tussen het COA en GGD GHOR Nederland; de GGD'en voeren de PGA uit. Onderdelen daarvan zijn infectieziektebestrijding; en tbc-screeningen en de daaruit voortvloeiende behandelingen.

Voor het project Verzekerde Zorg betekent dit:

- De zorgkosten voor IZB en TBC voor Nederlandse verzekerden kunnen door de GGD'en bij de zorgverzekeraars gedeclareerd worden.
- De individuele TBC zorgkosten voor asielzoekers kunnen door de GGD'en vanaf 1-1-2016 bij MCA en vanaf 1-1-2018 bij RMA gedeclareerd worden.
- Voor de infectieziektebestrijding bij asielzoekers geldt dit niet; van belang is om zoveel mogelijk de curatieve zorg door de huisarts van de asielzoekers te laten uitvoeren. Vanaf 1 januari 2018 organiseert GZA de zorg voor asielzoekers in Nederland. GZA doet dit in opdracht van het COA en in samenwerking met zorgverzekeraar DSW. GZA heeft op vrijwel elke COA opvanglocatie een gezondheidscentrum waar de asielzoeker terecht kan voor een afspraak met een zorgprofessional zoals de doktersassistent, verpleegkundige, POH-GGZ of huisarts. . Vaccineren van asielzoekers dient dan ook te gebeuren door een huisarts van het GZA en niet de GGD. De GGD krijgt hiervoor ook geen vergoeding van het COA.

5. Elektronisch declareren

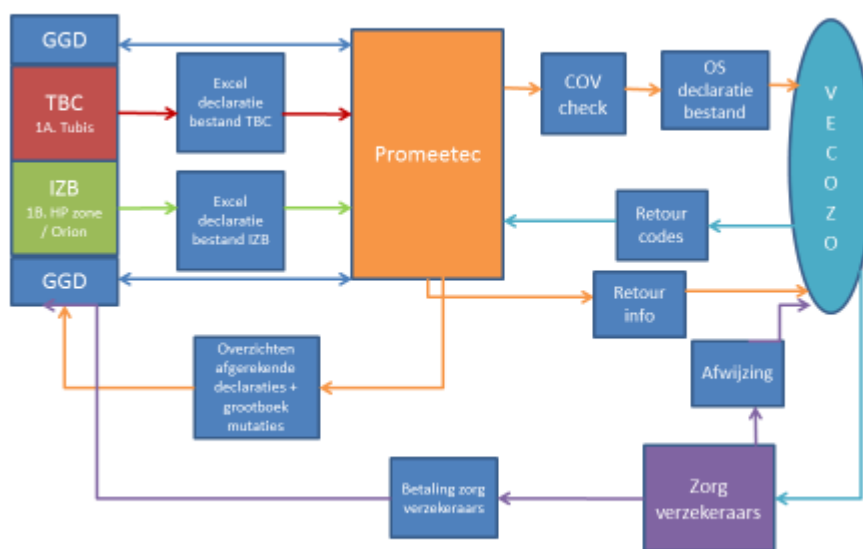
Hoe gaat het declareren in zijn werk?

Er kan enkel elektronisch gedeclareerd worden. Het declareren bij zorgverzekeraars gebeurt via het Elektronisch Declaratieportaal (EDP) van VECOZO. Elektronisch declareren via het EDP vereist:

1. Declaratiesoftware
2. AGB code
3. Aanmelding bij VEZOZO

Naar aanleiding van bespreking door de Raad van DPG'en op 6 september 2013 en 5 november 2013 en nader overleg met de portefeuillehouders is besloten dat het volgende model voor de automatisering wordt gehanteerd:

Model Centraal declareren voor IZB+TBC m.b.v. een declaratieservicebureau (Promeetec):



Ik had begrepen, dat je een bericht in je eigen mailbox kreeg als er een bericht voor je was gedeponerd in de VEZOZO berichtenbox. Klopt dat, of moet je die berichtenbox zo nu en dan openen om te kijken of er nog nieuwe berichten in zitten

Klopt als er een bericht wordt verstuurd naar je berichtenbox, ontvang je hiervan in je "normale" e-mail een reminder. In de reminder staat het onderwerp en de afzender, uiteraard niet de inhoud.

6. Softwaresystemen

Welke registratiesystemen zijn aangepast?

HPzone is aangepast om de benodigde gegevens te registreren en exporteren. Gebruikers zijn hierover via de reguliere routes geïnformeerd. In iTBC wordt na registratie declaratieregels vanuit het zorgprogramma, wanneer declarabel, automatisch doorgezet naar fincontrol, zodat declaratiebestanden doorgezet kunnen worden naar Promeetec.

Kun je ook handmatig de benodigde gegevens registreren?

Ja, je kunt ook handmatig registreren door het Excelbestand in te vullen aan de hand van de toelichting en deze aan Promeetec te sturen. De benodigde informatie (UZOVI-codes, prestatiecodes) zijn te vinden op [GGD GHOR Kennisnet](#). Zeer belangrijk is het dat de geboortedatum juist ingevuld wordt.

a) iTBC

Welke TBC arts dient de AGB code in te vullen?

De TBC arts, die verantwoordelijk is voor de behandeling van een TBC patiënt.

De werkinstructies voor iTBC zijn terug te vinden in de groep 'Informatisering voor TBC (iTBC)' op [GGD GHOR Kennisnet](#).

b) HPZone

Welke aanpassingen zijn gedaan door InFact in HPZone om de declarabele IZB zorg juist te registreren?

In de activity list in het rechter paneel is een extra activiteit toegevoegd: Declarabele Zorg. Wanneer het bij een casus (patiënt) om verzekerde IZB zorg gaat dient er gekozen te worden voor Declarabele Zorg, waarbij een lijst met mogelijke declarabele activiteiten volgt.

Aan elke casus wordt een case manager toegevoegd, waaraan de AGB code van de verantwoordelijk IZB arts gekoppeld wordt. Een arts in opleiding ontvangt géén AGB code, hoe moet hier mee omgegaan worden in HPZone?

Hier dient dus een andere, wellicht hoofdverantwoordelijke, IZB arts aan gekoppeld te worden. In de persoonlijke gegevens van de arts in opleiding in HPZone dient de GGD de AGB code van de verantwoordelijk arts/opleider te noteren.

Een AGB-code is persoonsgebonden en mag en kan m.i. niet door een andere arts gebruikt worden. Waarom mag in HPZone wel gebruik gemaakt worden van de AGB-code van een IZB arts voor een arts in opleiding?

In het declaratiebestand moet per declaratieregel de AGB-code van de uitvoerende arts worden meegegeven. Als verpleegkundigen of mtm'ers een consult hebben met een cliënt, kan deze ook gedeclareerd worden. Hiervoor wordt dan de AGB-code van de verantwoordelijke arts meegegeven in het declaratiebestand. De werkzaamheden worden namelijk onder verantwoordelijkheid van die arts uitgevoerd. Ditzelfde geldt ook voor artsen in opleiding die nog geen AGB-code hebben. Hun handelen valt onder de verantwoordelijkheid van een arts/opleider. Daarom kan bij het declareren de AGB-code van deze arts/opleider gebruikt worden.

Dienen nu de entstoffen voor een vaccinatie bij verzekerde zorg op 2 plekken ingevoerd te worden in HPZone?

Dat klopt, onder activiteiten en Declarabele Zorg.

Hoe kun je het Excel bestand exporteren uit HPZone?

Periodiek dienen de geregistreerde declarabele zorgactiviteiten geëxporteerd te worden naar een Excel bestand dat vervolgens aangeleverd kan worden aan Promeetec. Alvorens dit exportbestand aan te maken, kan eerst een test export aangemaakt worden. Deze test export kan gebruikt worden om de export op volledigheid en juistheid te controleren.

Kies op de controlepage links voor “Niet gedeclareerd” bij het nieuwe item Declarabele zorg.

Door te kiezen voor “Test Export File” in het menu wordt een Excel bestand aangemaakt, dat vervolgens gecontroleerd kan worden. Wanneer je de declarabele activiteiten definitief wilt exporteren kies je voor “Create Export File” in het menu.

7. Declaratieservice Promeetec

Welke basiscontroles voert Promeetec uit op het aangeleverde Excel bestand?

- Kloppen de verzekerde gegevens? (COV check)
- Volledigheid gegevens
- Dubbele aanleveringen

Op basis van welke gegevens wordt door Promeetec de COV-check gedaan?

De COV-check kan op drie manieren gedaan worden:

- 1) Geboortedatum + BSN
- 2) Geboortedatum + verzekerdenummer
- 3) Geboortedatum + postcode en huisnummer

De geboortedatum dient dus altijd ingevuld te worden!!

Hoeveel tijd kost het Promeetec om de declaraties na de eerste controle aan te leveren via VECOZO bij de zorgverzekeraar?

De ontvangen declaraties worden binnen 10 werkdagen na de datum ontvangst verwerkt en verzonden naar de zorgverzekeraars.

Hoe houd ik overzicht van alle declaraties?

Promeetec stuurt het Excel bestand dat aangeleverd wordt terug met alle geaccepteerde en gewijzigde declaratieregels en disputen daarin aangegeven.

Komt er een overzicht met gedeclareerde verrichtingen en wanneer moeten deze declaraties ingeboekt worden door de financiële administratie bij de GGD?

De declaratieregels die ingediend zijn en geaccepteerd zijn door de zorgverzekeraars worden teruggekoppeld door Promeetec aan de GGD, zodat deze ingeboekt kunnen worden door de financiële administratie. Elke GGD kan afspraken maken met Promeetec om met elkaar af te stemmen op welke manier boekhoudbestanden, factuurnummers door Promeetec aangeleverd zullen worden.

Wat is de taakverdeling tussen GGD en Promeetec bij papieren declaraties?

Alle zorgverzekeraars ondersteunen het elektronisch declareren, er wordt dus geen gebruik meer gemaakt van papieren declaraties. Mocht dit in de toekomst veranderen, dan stuurt Promeetec de GGD een factuur met de benodigde gegevens, welke de GGD naar de betreffende zorgverzekeraar kan sturen. In het opvolgen van de ingediende declaraties is de taakverdeling anders dan bij de elektronisch ingediende declaraties: Promeetec doet geen navraag bij zorgverzekeraars over de voortgang van door de GGD ingestuurde papieren declaraties. Houdt dus zelf in de gaten of er terugkoppeling binnen komt. Indien een declaratieregel wordt afgewezen kun je dit doorgeven aan Promeetec, zij nemen dan contact op met de betreffende zorgverzekeraar.

Hoe kan ik zo kostenefficiënt mogelijk declaratiebestanden aanleveren?

Na analyse van de door GGD'en aangeleverde declaratiebestanden aan Promeetec blijkt dat er ruimte is voor verbetering om de kosten voor de declaratieservice te verlagen. De kosten voor de declaratieservice van Promeetec hangen samen met het aantal aangeleverde declaratieregels per aanlevering ('batch'). De kosten zijn als volgt opgebouwd:

Kosten declaratieservice Promeetec per batch

Kosten per declaratieregel	Staffel
€ 0,70	per prestatie 0-100 prestaties
€ 0,25	per prestatie 101-500 prestaties
€ 0,15	per prestatie 501> prestaties

*Met een minimum bedrag van € 70,00 (ex BTW) per aanlevering dataset

Algemeen advies :

- 0-200 declaratieregels per maand → per half jaar één batch declareren
- 200-500 declaratieregels per maand → per kwartaal één batch declareren
- 500 of meer declaratieregels per maand → per maand één batch declareren

Alle GGD'en hebben op basis van de hoeveelheid declaratieregels over 2013 een advies per mail ontvangen over hoe vaak te declareren.

8. Zorgverzekeraars

Moet ik als GGD afspraken maken met zorgverzekeraars?

In de beleidsregel Overige Geneeskundige zorg is in het kader van individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten géén contractvoorwaarde opgenomen. Wel is vastgelegd, dat de prestaties alleen mogen worden uitgevoerd door gekwalificeerde en landelijke geregistreerde artsen. In de notitie van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) van 2014 richting zorgverzekeraars is ten aanzien van al dan niet contracteren gezamenlijk geconcludeerd dat het niet noodzakelijk is om als zorgverzekeraar voor deze prestaties apart met een GGD een contract te sluiten. Ook volgens de Zorgverzekeringswet zijn zorgaanbieders en zorgverzekeraars niet verplicht om een contract met elkaar te sluiten.

Een zorgverzekeraar mag GGD'en wel een overeenkomst aanbieden. GGD GHOR Nederland fungeert hiervoor veelal als tussenpersoon.

Wij hebben van CZ een overeenkomst ter ondertekening ontvangen in het kader van de individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten. Krijgt iedere GGD deze overeenkomst?

Ja, elke GGD heeft van CZ een overeenkomst ontvangen voor 2016 en 2017, 2018 en één voor 2019-2021

Zijn er centrale afspraken gemaakt of is er door GGD GHOR Nederland onderhandeld inzake deze overeenkomst met CZ?

Na inwerkingtreding van de "Beleidsregel Overige Geneeskundige zorg" in 2013 heeft CZ ondervonden dat er nog onduidelijkheden waren rondom declaraties in het kader van individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten. Daarom heeft CZ besloten om met ingang vanaf 2016 de inhoudelijke randvoorwaarden zoals beschreven in de beleidsregel BR/CU-7100 en aanvullende notities van het Zorgverzekeraars Nederland (ZN) te vertalen naar een overeenkomst die zij vanaf heden jaarlijks zullen aanbieden aan GGD'en. Met deze overeenkomst hoopt CZ een bijdrage te leveren aan een constructieve samenwerking tussen GGD en CZ. Daarnaast hoopt CZ door duidelijke afspraken met elkaar te maken ook meer helderheid te verschaffen rondom declaratievoorwaarden en het declaratieproces. GGD GHOR Nederland heeft met CZ contact gehad en de inhoud van de conceptovereenkomst afgestemd waar het de afspraken uit de beleidsregel en met ZN betreft.

Is het noodzakelijk om dit contract te tekenen?

Al sinds 2016 biedt CZ alle GGD'en een overeenkomst aan. Voor de overeenkomst van 2019-2021 is duidelijk geworden, dat wanneer een GGD besluit deze niet te ondertekenen dit betekent dat de restitutie-korting van toepassing is. Dit betekent dat naturaverzekerden die naar een niet gecontracteerde gaan, recht hebben op het vergoedingspercentage uit hun polis (meestal 75%). Daarnaast hanteert CZ vanaf 2019 een cessieverbod in hun polis, wat betekent dat alleen de verzekerde bij CZ mag declareren als de niet gecontracteerde geen (betaal)overeenkomst heeft met ons. Dat zou betekenen dat het voor zorgaanbieders onaantrekkelijk is om als niet gecontracteerde zorg te leveren: de verzekerde moet een deel zelf betalen en bovendien moet de nota en de betaling via de verzekerde lopen.

Dus nee, het is niet verplicht om een overeenkomst met CZ af te sluiten om de zorg te mogen leveren, maar wel om rechtstreeks bij CZ te kunnen declareren en ook om de volledige vergoeding te ontvangen.

Hoe snel moeten de zorgverzekeraars uitbetalen?

Binnen 30 dagen.

Op welke manier zullen zorgverzekeraars GGD'en controleren?

Iedere zorgverzekeraar maakt een eigen controleplan. Vaak is deze te vinden op de website van de betreffende zorgverzekeraar. In deze controleplannen is de GGD op dit moment nog niet opgenomen. Op de website van ZN is wel enige algemene informatie te vinden over mogelijke controles, zie [hier](#). Op [GGD GHOR Kennisnet](#) is ter informatie het Protocol materiële controle toegevoegd, waarin algemene informatie over controles door zorgverzekeraars te vinden is en ook de begrippen 'rechtmatigheid' en 'doelmatigheid' verder worden toegelicht.

Op welke wijze dient er gedeclareerd te worden voor verzekerden bij OOM verzekeringen?

OOM verzekeringen (UZOVI 0203) is een Nederlandse zorgverzekering voor Nederlanders die naar het buitenland vertrekken of buitenlanders die naar Nederland komen. Via de OS301 die de GGD'en gebruiken kan niet gedeclareerd worden bij OOM verzekeringen. De meeste zorgaanbieders sturen haar cliënten bij OOM verzekerd een eigen factuur. De GGD'en wordt geadviseerd de rekening aan de cliënt mee te geven.

Op welke wijze dient er gedeclareerd te worden voor verzekerden bij AON verzekeringen?

AON verzekeringen biedt een zorgverzekering voor buitenlandse studenten die naar Nederland komen, en sluit collectieve contracten met onderwijsinstellingen voor deze groep studenten. Via de OS301 die de GGD'en gebruiken kan niet rechtstreeks gedeclareerd worden bij AON. De nota's kunnen door de cliënt of rechtstreeks door de GGD worden ingediend bij AON. **De GGD'en worden geadviseerd de cliënt de rekening direct te laten betalen en een nota mee te geven, omdat het volgens de AVG-regelgeving niet veilig is de declaratie zonder gebruik van het VECOZO portaal naar AON sturen.** Hierbij is het belangrijk aan te geven op de nota dat het gaat om vervolgbehandeling/onderzoek op medische indicatie en de NAW gegevens, geboortedatum en verzekerdennummer (start met F) toe te voegen

Mocht je er toch nog voor kiezen de nota naar AON te sturen dan kan dit aan:

Postadres: *Aon*
Afdeling IPM
Postbus 1005
3000 BA Rotterdam

Emailadres: claimsworldwide@aon.com.

Op welke wijze dient er gedeclareerd te worden voor verzekerden bij ISP/Meeús (voorheen Lippmann)?

ISP/Meeuws Students Insured is per 1/9/2018 zijn overgegaan naar AON Student Insurance.

Zijn er centrale/landelijke afspraken gemaakt met andere zorgverzekeraars?

Tot nu toe hebben nog geen andere zorgverzekeraars zich gemeld om voor de verzekerde TBC en IZB zorg een overeenkomst met de GGD'en af te sluiten.

9. Overige vragen

Relevante documenten:

- [Brief Ministerie VWS over eigen risico](#)
- [Communicatiemiddelen eigen risico](#)

Met welke regelmaat kan er gedeclareerd worden?

Afgesproken is dat er op maandbasis gedeclareerd kan worden. Voor GGD'en die weinig declareren is een lagere declaratiefrequentie kostenefficiënter. Wij adviseren om in dat geval per kwartaal of per half jaar te declareren. Zie ook [Hoe kan ik zo kostenefficiënt mogelijk declaratiebestanden aanleveren?](#)

Kan er met terugwerkende kracht worden gedeclareerd?

Ja, het is mogelijk om met terugwerkende kracht te declareren. In verband met het innen van het eigen risico hanteren de meeste zorgverzekeraars een periode van 1 jaar als maximale termijn om declaraties in te dienen.

Valt de zorg onder het eigen risico van de cliënt?

VWS heeft aangegeven dat de consulten (consult (lang/kort), visite (lang/kort), telefonisch consult, vaccinatie) zijn uitgezonderd van het eigen risico. Hiermee is aansluiting gezocht met de wijze waarop huisartsenzorg in de basis is uitgezonderd van het eigen risico. De overige kosten (diagnostiek, geneesmiddelen) m.b.t. deze beleidsregel vallen wel onder het eigen risico. Voor kinderen tot 18 jaar wordt geen eigen risico gehanteerd. Het innen van het eigen risico is een verantwoordelijkheid van de verzekeraar. GGD GHOR Nederland heeft het ministerie van VWS verzocht om tbc zorg buiten het verplichte eigen risico te plaatsen. Het ministerie heeft dit verzoek afgewezen, vanwege de goede toegankelijkheid van tuberculosezorg in Nederland en de sterke precedentwerking van een eventuele uitzondering. Het volledige antwoord van het ministerie is [hier](#) te vinden.

Heeft de GGD een informatieplicht richting cliënt in verband met het eigen risico?

De huisartsensystematiek volgend noemen we hier het standpunt van de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging): huisartsen schrijven voor op basis van medische noodzaak. Wat wel en niet vergoed wordt, is onderdeel van de afspraken tussen patiënt en verzekeraar. Het informeren van de patiënt

over de inhoud van zijn of haar polis en waar welke zorg door de verzekeraar is ingekocht is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars.

GGD GHOR Nederland heeft voor GGD'en een poster, flyer en teksten voor de lokale websites digitaal beschikbaar gesteld om zodoende klanten te informeren over het eigen risico. Deze [communicatiemiddelen](#) zijn terug te vinden op GGD Kennisnet. De poster en flyer zijn ook in het Engels beschikbaar.

Studenten uit het buitenland die TBC blijken te hebben, hebben vaak een verzekering die de kosten voor de behandeling van TBC in Nederland niet vergoedt. Wat doen we überhaupt in dat soort gevallen? Dit kan een risico gaan vormen als de gemeente niet (meer) betaalt en als de ziektekostenverzekeraar ook niet vergoedt? Dit brengt de collectieve preventie dan weer in gevaar.

Aan de nu als curatief gekenmerkte verrichtingen zitten in meerdere of mindere mate zowel individueel als collectief preventieve aspecten. Bij iedere verrichting moet vanwege de vraagstelling noodgedwongen voor één van beide, curatief of preventief, worden gekozen. Wanneer de zorgverzekering van een buitenlandse student (geen EU) de tbc behandeling niet vergoedt, dient deze student de kosten in principe zelf te betalen. Vanwege de hoge kosten van een tbc-behandeling en de risico's voor de volksgezondheid dient de behandeling van de buitenlandse student op conto van de GGD te gebeuren, wat uiteindelijk ten laste komt van de gemeente.

Illegalen via de RZA. Hoe zijn de afspraken daar? Kunnen die via Promeetec gedeclareerd worden of is daarvoor een andere route nodig?

Arts en Zorg doet dit in opdracht van het COA en in samenwerking met zorgverzekeraar DSW. Per 1 januari 2018 organiseert Arts en Zorg de zorg voor asielzoekers in Nederland. De Regeling Medische zorg Asielzoekers (RMA) beschrijft voorwaarden voor de zorg waar een asielzoeker recht op heeft, welke wordt uitgevoerd door zorgverzekeraar DSW.

Een asielzoeker wordt door het COA aangemeld bij RMA, RMA schrijft de asielzoeker in, verstrekt een zorgpas en meldt de asielzoeker aan bij VECOZO.

Alleen mensen met een COA zorgnummer kunnen aanspraak maken op de RMA. Dit COA zorgnummer is tevens het verzekerdenummer. Uit de COV check moet bij gebruik van het COA zorgnummer en de geboortedatum komen dat deze persoon bij RMA verzekerd is (UZOVI code 3355). De individuele TBC zorg voor asielzoekers kan vanaf 1-1-2016 elektronisch gedeclareerd worden. De laboratoriumkosten voor Nadere Onderzoeken van asielzoekers in de COA-opvang kunnen vanaf 2014 rechtstreeks gedeclareerd worden door de laboratoria.

Als het gaat om onverzekerde vreemdelingen, zie hiervoor [Regeling onverzekerbare vreemdelingen](#).

Kan de GGD ook zelfstandig een keuze maken of ze wel /niet gaan declareren of zijn we dat verplicht?

De beleidsregel maakt het mogelijk dat GGD-artsen individuele zorg bij tbc en enkele algemene infectieziekten kunnen declareren bij de zorgverzekeraars, maar dit is niet verplicht. Wanneer een GGD bepaalt deze zorg niet bij de zorgverzekeraar te declareren zullen deze kosten op een andere manier gedekt moeten worden.

Hoe moet omgegaan worden met situaties waarin het BSN van de patiënt niet geverifieerd kan worden? Het gaat bijvoorbeeld om casuïstiek, waarbij de cliënt niet op de GGD gezien wordt (bijvoorbeeld besmettingsaccidenten, waarbij brononderzoek gedaan wordt, maar ook de casuïstiek waarbij telefonisch contact is en recepten profylaxe worden uitgeschreven, bijv meningokokken, scabiës). Hiernaast komt het toch nog wel voor dat mensen geen legitimatie bij zich hebben, en dan vooral van hun kinderen.

Op het moment dat een BSN niet geverifieerd kan worden, mag het BSN niet gecommuniceerd worden. Dit betekent niet dat de geleverde zorg niet bij de zorgverzekeraar gedeclareerd kan worden. In voorkomende gevallen vindt declaratie plaats op basis van andere persoon identificerende gegevens van de patiënt. Een declaratie moet in dit geval ook het verzekerdennummer bevatten.