Checklist langdurig medisch noodzakelijk verblijf GGZ

2023

- Handleiding -

Zorgverzekeraars Nederland
Juni 2023

Preambule

De zorgverzekeraars en zorginstellingen spreken onderling af op welke wijze deze checklist zal worden gehanteerd. Dit kan zijn in een toetsing vooraf of achteraf. In ZN verband is afgesproken dat deze checklist in algemene zin gehanteerd zal worden. De checklist wordt jaarlijks geëvalueerd. Zorgverzekeraars maken met betrekking tot de inhoud van de checklist het volgende voorbehoud: indien er beleidswijzigingen plaatsvinden op landelijk niveau die aanleiding geven tot het wijzigen van de inhoud van de checklist, zullen de zorgverzekeraars een nieuwe versie uitbrengen.

Inhoud

1. Inleiding 3
2. Doel van de checklist 4
3. Toelichting per stap 5
4. Gebruik checklist 10

1. Inleiding

In 2015 is de Wet langdurige zorg (Wlz) geïntroduceerd. De aanspraak in de Zorgverzekeringswet (Zvw) is voor *medisch noodzakelijk verblijf* [1] *in verband met de geneeskundige zorg* in de GGZ uitgebreid van 1 naar 3 jaar. Pas na drie jaar klinische opname kon er een Wlz-indicatie aangevraagd worden. Per 1 januari 2021 is de mogeljikheid ontstaan tot rechtstreekse toegang tot de (Wlz). Deze nieuwe vorm van de Wlz wordt de GGZ-W (wonen) genoemd.

Met behulp van de checklist kan onder meer worden nagegaan of een patiënt blijft aangewezen op medisch noodzakelijk verblijf in verband met de geneeskundige GGZ in de Zvw of dat uitstroom naar Wmo of Wlz aangewezen is.

De checklist[2] wordt ingevuld op het moment dat duidelijk is dat een patiënt na 365 dagen nog aanspraak zal maken op GGZ verblijf met behandeling. Dit invullen gebeurt in de 9de maand van het eerste jaar. Daarna conform afspraak met de zorgverzekeraar indien nodig na een daaropvolgende periode. De checklist wordt opnieuw ingevuld indien een tussentijdse verandering van zorgvraag plaatsvindt en is optioneel bij uitstroom. Bij vragen kunt u contact opnemen met de contactpersoon bij de verzekeraar van de betreffende patiënt.

Wanneer een patiënt overstapt naar een andere verzekeraar, dan nemen zorgverzekeraars elkaars lopende zorgtrajecten over (b.v. overname afgegeven machtiging). Omdat de zorgaanbieder declareert en daarmee zicht heeft op deze wijziging, dient de zorgaanbieder de *ontvangende* zorgverzekeraar hierover te informeren en te voorzien van de benodigde informatie en documenten.

[1]. Artikel 2.121. Verblijf omvat verblijf gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4

[2] Incidenteel kan het voorkomen dat een patiënt niet wil dat informatie wordt verstrekt aan derden. De zorgaanbieder vult de checklist dan in en voegt deze toe aan het dossier van de patiënt. De zorgaanbieder informeert de betreffende verzekeraar.

2. Doel van de checklist

Om zicht te houden op de patiënten(door)stroom in de Zvw is een checklist ontwikkeld.
Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen hiermee:

1. De rechtmatigheid van aanspraak op langdurig medisch noodzakelijk verblijf, bekostigd vanuit de Zvw vooraf regelen (machtiging).
2. Toetsen op gepast gebruik (rechtmatigheid) van dit langdurig medisch noodzakelijk verblijf achteraf.
3. De afbakening van de aanspraak Zvw scherp houden.
4. De zorgzwaarte van een patiënt vastleggen.
5. Het proces van toegang en verloop faciliteren.

Ten algemene wordt opgemerkt dat de verzekeraar gerechtigd is vooraf of na behandeling controle uit te oefenen op rechtmatigheid en doelmatigheid van zorg. De controle op rechtmatigheid betekent dat de verzekeraar moet toetsen of sprake is van verzekerde zorg op grond van de Zvw. Het Besluit zorgverzekering bepaalt (art. 2.1) dat de inhoud en omvang van zorg bepaalt wordt door de stand van wetenschap en praktijk en, bij ontbreken daarvan, door hetgeen in het betrokken vakgebied als verantwoorde en adequate zorg geldt. Daarnaast geldt dat een persoon, voor zover de prestatie als zodanig vergoed wordt op grond van de zorgverzekering, deze uitsluitend vergoed krijgt voor zover hij daarop naar inhoud en omvang aangewezen is.

3. Toelichting per stap

Tip vooraf: Indien je in de checklist een selectievierkantje wilt aanvinken, kun je dubbelklikken om deze vervolgens in te schakelen. Nadat je op 'ok' hebt geklikt, zie je een kruisje verschijnen in het selectievierkantje.

De checklist bestaat uit 4 stappen die allemaal doorlopen dienen te worden.

Stap 0: Datum invullen checklist

De checklist wordt ingevuld op het moment dat duidelijk is dat een patiënt na 365 dagen nog aanspraak zal maken op verblijf met behandeling binnen de GGZ. De checklist wordt ingevuld in de 9e maand van het eerste jaar van de klinische behandeling. Daarna conform afspraak met de zorgverzekeraar indien nodig na een daaropvolgende periode of eerder indien een tussentijdse verandering van zorgvraag plaatsvindt en is optioneel bij uitstroom. Bij vragen kunt u contact opnemen met de contactpersoon bij de verzekeraar van de betreffende patiënt.

Stap 1: Introductie vragen

In stap 1 wordt u gevraagd om een aantal basale gegevens vast te leggen die noodzakelijk zijn voor zowel een machtiging vooraf als een controle achteraf. Dit betreft met name gegevens over de reden van het invullen van de checklist, over uw instelling, de regiebehandelaar, en de patiënt. Deze basisvragen worden beantwoord door de instelling en moeten zijn ingevuld om door te kunnen naar stap 2. De checklist heeft een plek in het dossier van de patiënt[3].

Vraag 1: Reden invullen formulier

In de 9e maand – en daarna conform afspraak met de zorgverzekeraar - vult u de reden van aanvraag van langdurig verblijf in. U vermeldt hierbij tevens huidige verblijfssetting en zorgzwaarte van de patiënt.

Bij uitstroom naar Wmo motiveer je – indien uitstroom nog niet kan plaatsvinden – waarom VMR noodzakelijk is. Geef aan of sprake is van een indicatie voor een WMO-vervolgvoorziening die nog niet beschikbaar is en/of behoefte aan Zvw-ambulante vervolgzorg die nog niet beschikbaar is en/of het ontbreken van passende huisvesting.

De prestatie VMR is aan de orde in situaties waarbij ontslag uit de instelling medisch niet verantwoord is vanwege het ontbreken van de noodzakelijke ambulante zorg, huisvesting of vervolgvoorzieningen (dagbesteding of zorg/ ondersteuning thuis) in het sociaal domein. Het (langere) verblijf uit de Zvw kan via VMR worden betaald als zorgaanbieder en zorgverzekeraar redelijkerwijze al het mogelijke hebben gedaan om een voortgezette opname te voorkomen. In verband met de termijnen voor gemeenten vergoeden zorgverzekeraars voor een periode van maximaal zes maanden de VMR dagen. Dit is afgesproken door zorgverzekeraars en gemeenten. Uitzondering op de termijn van zes maanden is de situatie dat het VMR verblijf langer dan zes maanden duurt door een gebrek aan noodzakelijke ambulante zorg vanuit de Zvw. In die situatie wordt het VMR verblijf vergoed door verzekeraars tot het moment dat de noodzakelijke ambulante zorg wel voorhanden is. VMR is niet mogelijk bij benodigde zorgvoorzieningen in de Wlz. Voor meer informatie zie de Werkwijze Medisch Noodzakelijk Verblijf Werkwijze Medisch Noodzakelijk Verblijf en het overzicht met bekostigingsverloop.

Bij uitstroom naar Wlz geef je aan of de indicatie al is aangevraagd bij het CIZ en de datum waarop dit is gebeurd. Is de indicatie nog niet aangevraagd, dan motiveer je waarom de indicatie nog niet is aangevraagd.

[3] De verzekeraar is gerechtigd vooraf of na behandeling controle uit te oefenen voor wat betreft de rechtmatige en doelmatige zorg.

Geef het ook aan indien sprake is van een Zorgmachtiging (ZM).

Vraag 2: Wie is de regiebehandelaar

Er wordt uitgegaan van het Landelijk Kwaliteitsstatuut, ook indien dit afwijkt van de ZZP-productspecificaties.

Vraag 3: Patiëntgegevens

Bij machtiging: In het machtigingsproces kunnen patiëntgegevens worden getoond tijdens een (indicatie)gesprek dat verzekeraar en instelling hebben. Als er sprake is van een machtigingsproces dient de verzekerde de instelling toestemming te geven om díe informatie die nodig is om de machtiging te kunnen toetsen met de zorgverzekeraar te delen. Zorgverzekeraars houden zich hierbij aan de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars.

Verzoek vanuit zorgaanbieders is om het precieze adres op de machtiging weer te geven, zodat deze meteen op de juiste plek in de organisatie terecht komt.

Bij controle achteraf: Bij materiële controle volgens de Zvw volgen de verzekeraars de gedragscode[4] ZN (Zorgverzekeraars Nederland). Bij ongecontracteerde zorg dient de verzekerde de instelling toestemming te geven om díe informatie die nodig is om de machtiging te kunnen toetsen met de zorgverzekeraar te delen. Voor de uit te voeren materiële controle zijn de volgende wettelijke regelingen van belang:

- Wet- en regelgeving omtrent privacy: Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp)
- Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars
- Protocol Materiele Controle
- Regeling Zorgverzekering
- Wijziging op Regeling Zorgverzekering: Regeling Z/M-3009481 van 30 juni '10
- Regeling persoonsgegevens zorgverzekeraars AWBZ
- Wet BIG

Stap 2: Onderbouwing noodzaak voortzetting verblijf en herstelvermogen

U wordt gevraagd om een onderbouwing te geven van de noodzaak voor voortgezet medisch noodzakelijk verblijf *in verband met* de geneeskundige zorg. Hierbij wordt ingegaan op de diagnose, de behandeling en een toets om de noodzaak van het klinisch verblijf voor de patiënt vast te stellen. Door een goed beeld te vormen van wie de patiënt is, wat hij/zij kan en nodig heeft wordt bepaald of verblijf nog langer noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg.

Deze stap bestaat uit vragen die kunnen leiden tot een keuze voor uitstroom naar huis en ambulante behandeling uit de Zvw, naar de Wmo voor beschermd wonen of uitstroom naar de Wlz.

Bij het bepalen van de uitstroom zal rekening gehouden moeten worden met de verantwoordelijkheden die zorginstellingen hebben t.o.v. patiënten. Uitstroom uit de Zvw vergoeding, en dus wijziging van financieringsvorm, hoeft niet per definitie te betekenen dat een patiënt zal moeten uitstromen uit de instelling. Er zijn zorgaanbieders die ook verblijf vanuit de Wmo verzorgen. Een duidelijke voorlichting aan patiënten over het aanbod van de instelling en de hiermee gemoeide kosten zijn van belang.

Bij machtiging: De medisch adviseur kan in deze stap meekijken en mee beoordelen. De wijze waarop een medisch adviseur betrokken is, kan per verzekeraar verschillen en is afhankelijk van de afspraken die tussen verzekeraar en instelling vooraf zijn gemaakt.

[4] Zie hoofdstuk 5 Gebruik checklist; ' Geschillen/ klachten' voor de link naar de gedragscode.

Vraag 4: Primaire diagnose

De primaire diagnose zoals geclassificeerd in DSM-5 en geregistreerd (na conversie) in DSM-IV op As I of II zijn minimale vereisten. Aanvullende informatie op As IV en V zijn van belang in het kader van herstel en participatie. Op III indien deze van toepassing is.[5]

As I: Klinische stoornissen/ andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
As II: Persoonlijkheidsstoornissen/ zwakzinnigheid
As III: Somatische aandoeningen
As IV: Psychosociale en omgevingsproblemen
As V: Algehele beoordeling van het functioneren

Een uitgestelde diagnose is niet acceptabel aangezien de patiënt op het moment van invullen van de checklist al geruime tijd in zorg is.

Vraag 5 en 6: HoNOS+

Op 1 januari 2022 is het zorgprestatiemodel GGZ/FZ ingevoerd. Zorgverleners in de ggz gaan dan ook het zorgvraagtype van hun patiënten registreren (Link naar handleiding zorgvraagtypering). De HoNOS+-vragenlijst wordt ingevuld op basis van de verkregen informatie en de klinische indruk. De scores op deze HoNOS+-vragen leiden naar één of meerdere zorgvraagtypen. Een zorgvraagtype omschrijft de zorgvraag en problematiek van de patiënt.

U wordt verzocht om het zorgvraagtyperingsnummer op te nemen. Indien de HoNOS+-vragenlijst al eerder is afgenomen, dan wordt u verzocht het voorlaatste zorgvraagtyperingsnummer ook in te vullen.

Vraag 7: Verblijfssetting

Van belang is om te bepalen of een therapeutisch klimaat nodig is om behandeldoelen te bereiken.

Toelichting op de verblijfssetting:

- In een open setting heeft de cliënt de mogelijkheid de huisvesting in en uit te lopen wanneer hij/zij dat wenst zonder tussenkomst van personeel. De deur staat open, of de cliënt beschikt over een sleutel of pasje.
- In een gesloten setting (in de meeste gevallen een gesloten afdeling) is de entreedeur van de huisvesting op slot, de cliënt heeft niet de mogelijkheid in en uit te lopen wanneer hij/zij dat wenst zonder tussenkomst van het personeel. Hier verblijven ook mensen die gedwongen opgenomen zijn (in het kader van de Wvggz (IBS of ZRM) of na tussenkomst van justitie (forensische afdelingen)). Ook beveiligde afdelingen zijn gesloten afdelingen, de toegang tot de afdeling is bewaakt.
- De huisvesting van een besloten setting (afdeling) kan zowel open als gesloten fungeren (zonder bouwkundige of installatietechnische aanpassingen). Individueel wordt er met de cliënt afgesproken welke vrijheden hij/zij heeft met betrekking tot het verlaten en betreden van de afdeling. Soms wordt dit gerealiseerd door een pasjessysteem. De afdeling fungeert een substantieel deel van de tijd van het jaar (minimaal drie maanden) als gesloten afdeling en heeft onlangs als zodanig of zal op korte termijn als zodanig gaan functioneren.

Vraag 8: Probleemgedrag

[5] Vanaf 2017 wordt geclassificeerd in DSM-5. Voor de bekostiging wordt nog geregistreerd in DSM-IV. Een conversietabel zorgt voor een vertaling van een DSM-5 diagnose naar een DSM-IV diagnose. De conversie is van toepassing op as I, as II en as IV. Voor deze assen worden zowel de DSM-5 als de DSM-IV diagnose geregistreerd. As III en as V worden in DSM-IV geclassificeerd en geregistreerd.

Bij vraag 8c wordt de verhouding professional ten opzichte van cliënten bedoeld. Bij lichte problematiek is een verhouding 1:10 denkbaar, terwijl bij zwaardere problematiek deze verhouding eerder richting 1:1 zal verschuiven.

Vraag 9 t/m 11: Behoefte aan behandeling, begeleiding, verpleging en verzorging

Om een goed beeld te krijgen van de zorgbehoefte van de patiënt, wordt u verzocht de gevraagde informatie hierover te verschaffen.

- Voor vraag 10 wordt specifiek aandacht gevraagd voor het scheiden van behandeling en begeleiding voor de geneeskundige GGZ beroepsgroepen. Het betreft hier begeleiding die bijvoorbeeld een psychologe zou kunnen bieden naast de behandeling (niet zijnde vp of pv of dagbesteding).
- Bij vraag 11 wordt gevraagd wat de gemiddelde behoefte aan verpleegkundige handelingen voor de patiënt is. Bijvoorbeeld diabetes zorg X uur voor de voorzienbare tijd (waarvoor toestemming wordt aangevraagd). Of vermelden dat op dit moment wondzorg nodig is in verband met automutilatie.

Vraag 12 en 13: Ambulantiseringspotentie en uitstroom

Deze stap is ingevoerd om de mogelijkheden in zelfredzaamheid te beoordelen en eventuele belemmerende factoren voor uitstroom vroegtijdig in kaart te brengen. Er kan immers altijd sprake zijn van een veranderende zorgvraag. Door aandacht te geven aan deze stap kan afstemming over de domeinen heen plaatsvinden.

Informatie ten behoeve van een goede afweging:

- Indien een patiënt nog is aangewezen op medisch noodzakelijk verblijf in verband met de geneeskundige zorg geldt een aanspraak in de zvw.
- Is patiënt in staat om ambulant verder te worden behandeld, dan kan patiënt uitstromen.
- Is sprake van een indicatie voor een WMO-vervolgvoorziening die nog niet beschikbaar is en/of behoefte aan Zvw-ambulante vervolgzorg die nog niet beschikbaar is en/of het ontbreken van passende huisvesting? Dan kan Verblijf Met Rechtvaardigheidsgrond (VMR) aan de orde zijn tot het moment dat de noodzakelijke vervolgvoorzieningen wel voorhanden zijn.[6]
- Indien patiënt permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig heeft, welke niet meer verdwijnt door verbetering of herstel, dient een Wlz-indicatie aangevraagd te worden.

Bij machtiging: Bij gebruik van de checklist vooraf, kan de zorgverzekeraar de zorgaanbieder toestemming verlenen voor verlengd voortgezet verblijf met behandeling in de Zvw. De verzekeraar zal op maat adviseren over de duur van de machtiging, er kan immers altijd een veranderende zorgvraag zijn[7].

Stap 3: Vaststellen setting en prestatie

Afhankelijk van de zorgverzekeraar waar de patiënt verzekerd is, volgt u de procedure die de zorgverzekeraar hanteert. Dat wil zeggen een machtigingsgesprek, aanvragen van een schriftelijke machtiging of u volstaat met het toevoegen van de checklist aan het dossier van de patiënt. Voor de procedure van de zorgverzekeraar verwijzen wij naar uw contactpersoon bij de zorgverzekeraar.

Vraag 14: Voorstel setting en zorgzwaarte

[6] De prestatie VMR is aan de orde in situaties waarbij ontslag uit de instelling medisch niet verantwoord is vanwege het ontbreken van de noodzakelijke ambulante zorg, huisvesting of vervolgvoorzieningen (dagbesteding of zorg/ ondersteuning thuis) in het sociaal domein. Het (langere) verblijf uit de Zvw kan via VMR worden betaald als zorgaanbieder en zorgverzekeraar redelijkerwijze al het mogelijke hebben gedaan om een voortgezette opname te voorkomen. In verband met de termijnen voor gemeenten vergoeden zorgverzekeraars voor een periode van maximaal zes maanden de VMR-dagen.

[7] Wanneer u vragen over heeft, kunt u bij de betreffende verzekeraar navragen hoe ze tot de keuze zijn gekomen.

Op basis van de zorgbehoefte van de patiënt doet u een voorstel voor een passende setting en prestatie en vermeldt u hoeveel dagdelen per week de patiënt is aangewezen op dagbesteding. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar kunnen hierover in gesprek gaan.

Voor een uitwerking van de setting en prestaties binnen het zorgprestatiemodel (ZPM) verwijzen wij u naar www.zorgprestatiemodel.nl.

Vraag 15: Verwachte uitstroom over (maximaal) 6 maanden

Geeft u hier aan of u verwacht dat over (maximaal) 6 maanden verlenging van medisch noodzakelijk verblijf binnen de GGZ, Wmo of Wlz nodig zal zijn.

Stap 4: Oordeelsvorming

Verzekeraar en zorgaanbieders spreken onderling af of met deze checklist een machtiging vooraf wordt afgegeven of een toetsing op rechtmatigheid achteraf zal plaatsvinden. De checklist dient in het dossier van de patiënt te worden bewaard.

Bij machtiging: Verzekeraar verleent zorgaanbieder toestemming voor de aangevraagde setting en prestatie.

4. Gebruik checklist

Een verzekeraar kan in het contract met de instelling afspraken maken over gebruik en invullen van de checklist.

Bij machtiging: De instelling vult de checklist in en bespreekt deze met de patiënt (of zijn/haar wettelijk vertegenwoordiger) en met de verzekeraar.

Als blijkt dat de patiënt, op basis van de participatiecheck, aanspraak zou moeten maken op voorzieningen uit de WMO wordt de patiënt met zijn hulpvraag door de zorginstelling "warm" overgedragen aan de gemeente.

Als blijkt dat de patiënt permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig heeft, welke niet meer verdwijnt door verbetering of herstel, dient een Wlz-indicatie aangevraagd te worden.

Wanneer blijkt dat patiënt een rechtmatige aanspraak heeft op Zvw zorg komen verzekeraar en instelling gezamenlijk tot de vaststelling van de prestaties (basis waarop instelling mag declareren).

De verzekeraar geeft een machtiging af voor een met de instelling overeengekomen periode.

Materiële controle: In contractafspraken kan staan dat de verzekeraar achteraf toetst of de zorg die aan een patiënt wordt verleend tot het domein van de Zvw behoort. Voor het uitvoeren van de materiële controle stelt de instelling de benodigde informatie beschikbaar. De zorgverzekeraar handelt conform de in de gedragscode van ZN afgesproken lijn.

Geschillen/klachten

De zorgverzekeraar handelt in lijn met de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars (ZN).
https://www.zn.nl/350584837/Gedragscode