

Handleiding - Checklist langdurig medisch noodzakelijk verblijf GGZ 2024

Zorgverzekeraars Nederland

Juli 2024

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

Inhoud	2
1. Inleiding.....	3
2. Doel van de checklist.....	4
3. Toelichting per vraag.....	5
4. Gebruik checklist	8

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. Toen kon er pas na drie jaar klinische opname een Wlz-indicatie aangevraagd worden. Per 1 januari 2021 is de mogelijkheid 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 checklist² 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 9^{de} maand van het eerste jaar. Daarna conform afspraak met de zorgverzekeraar. 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 om voor of na behandeling controle uit te oefenen op rechtmatigheid en doelmatigheid van zorg. De controle op rechtmatigheid betekent dat de verzekeraar moet toetsen of er sprake is van verzekerde zorg op grond van de Zvw. Het Besluit zorgverzekering bepaalt (art. 2.1) dat de inhoud en omvang van zorg bepaald 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 vraag

Tip vooraf: Door een vakje aan te klikken of door op de tekst 'Klik of tik om tekst in te voeren', te klikken in de checklist, kunt u uw antwoorden invullen.

De checklist bestaat uit 8 vragen.

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 9^{de} maand van het eerste jaar van de klinische behandeling. Daarna conform afspraak met de zorgverzekeraar 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.

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. Deze basisvragen worden beantwoord door de instelling en moeten zijn ingevuld om door te kunnen naar vraag 3, reden invullen formulier. De checklist heeft een plek in het dossier van de patiënt³.

Vraag 1: Gegevens instelling en regiebehandelaar

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

Vraag 2: 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 die 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.

Bij controle achteraf: Bij materiële controle volgens de Zvw volgen de verzekeraars de gedragscode⁴ ZN (Zorgverzekeraars Nederland). Bij ongecontracteerde zorg dient de verzekerde de instelling toestemming te geven om die 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

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

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

Vraag 3: Reden invullen formulier

Bij deze vraag wordt gekeken naar het vervolg voor de cliënt. Met andere woorden, verandering zorgvraag, verlenging medisch noodzakelijk verblijf na 365 dagen, uitstroom naar Wmo, Wlz of huis.

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.

Antwoord mogelijkheden:

- Verandering zorgvraag
- Verlenging medisch noodzakelijk verblijf na 365 dagen
- Uitstroom naar Wmo – motiveer indien uitstroom nog niet kan plaatsvinden – waarom verblijf met rechtvaardigingsgrond (VMR) noodzakelijk is. Geef aan of er sprake is van een indicatie voor een Wmo-vervolgvoorziening die nog niet beschikbaar is en/of behoefte aan Zvw-ambulante verzorging die nog niet beschikbaar is en/of het ontbreken van passende huisvesting. U bent klaar met het invullen van het formulier.

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 vervolgvorzieningen (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. Zorgverzekeraars vergoeden voor een periode van maximaal zes maanden de VMR dagen, in verband met de termijnen voor gemeenten. 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](#).

- Uitstroom naar Wlz – geef 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. U bent klaar met het invullen van het formulier.
- Uitstroom naar huis – geef aan of dit mogelijk is. U bent klaar met het invullen van het formulier.

Vraag 4. Begindatum aanvraag voortgezet GGZ-verblijf

Het gaat hierbij om de startdatum van de nieuwe aanvraag. De eerste dag waarop de verlenging in gaat.

- Het 365 dagen onafgebroken verblijf eindigt na 365 dagen. Dus de aanvraag voortgezet GGZ verblijf begint vanaf dag 366. Vul hier de datum in van de 366^{ste} dag, de start van het voortgezet verblijf.
- Het begint op de startdag van het voortgezet GGZ-verblijf. Het gaat om de startdatum van de nieuwe aanvraag.

Vraag 5. Is er nu sprake van een zorgmachtiging?

Geef aan of er nu sprake is van een Zorgmachtiging (ZM), en zo ja tot wanneer deze huidige machtiging geldig is.

Vraag 6. Onderbouwing noodzaak voortzetting verblijf en herstelvermogen

U wordt gevraagd om de DSM-5 classificatie in te vullen met vermelding van de hoofdclassificatie. Een uitgestelde diagnose is niet acceptabel aangezien de patiënt op het moment van invullen van de checklist al geruime tijd in zorg is. Motiveer daarna waarom 24-uurs medisch noodzakelijk verblijf nodig blijft aan de hand van de behandoelen en het herstelvermogen van de patiënt.

Vraag 7. Ambulantiseringspotentie

Deze stap is ingevoerd om de mogelijkheden in zelfredzaamheid te beoordelen en te beoordelen op welke termijn verwacht wordt dat het optimum bereikt zou kunnen 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 zijn⁵.

Vraag 8. WLZ-check

Dit is aan de hand van de '[duiding instroomcriteria langdurige ggz](#)' van het Ministerie van VWS. Dit is een hulpmiddel voor professionals om in te schatten of een Wlz-aanvraag voor een patiënt met een psychische stoornis zinvol en noodzakelijk is.

8a. Noodzaak tot permanent toezicht. Beantwoord deze vragen met ja/nee.

8b. Noodzaak tot 24-uurs zorg in de nabijheid. Beantwoord deze vragen met ja/nee.

8c. Is de zorgbehoefte blijvend. Indien op deze vragen tweemaal ja wordt geantwoord, dient een Wlz-indicatie te worden aangevraagd.

Vraag 9. Wat is de verwachte uitstroom over (maximaal) 6 maanden

Geef hier aan of u verwacht dat over (maximaal) 6 maanden verlenging van medisch noodzakelijk verblijf binnen de GGZ, Wmo of Wlz nodig zal zijn. Deze vraag is van belang opdat zorgaanbieder en zorgverzekeraar vanuit hun eigen verantwoordelijkheden tijdig acteren om passende vervolgvoorzieningen te realiseren.

Oordeelsvorming

Verzekeraar en zorgaanbidders 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.

Checklist besproken met patiënt

De patiënt dient hier toestemming te geven voor inzage van de checklist door de zorgverzekeraar. Daarbij houden de zorgverzekeraars zich aan de [Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens zorgverzekeraars](#).

⁵ Wanneer u vragen over heeft, kunt u bij de betreffende verzekeraar navragen hoe ze tot de keuze zijn gekomen.

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-uurs 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>