



Checklist langdurige GGz

Handleiding

Zorgverzekeraars Nederland
Januari 2017¹

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.

¹ De eerdere versie komt hiermee te vervallen.

Inhoud

| | |
|-------------------------------|---|
| 1. Inleiding | 3 |
| 2. Doel van de checklist..... | 4 |
| 3. Toelichting per stap | 5 |
| 4. Gebruik checklist | 9 |

1. Inleiding

In 2015 is de Wlz (Wet langdurige zorg) geïntroduceerd. De aanspraak in de Zorgverzekeringswet (Zvw) is voor *medisch noodzakelijk verblijf*² in verband met de geneeskundige zorg in de GGZ uitgebreid van 1 naar 3 jaar. De DBC productstructuur is hier echter (nog) niet op ingericht³.

Met behulp van de checklist kan onder meer worden nagegaan of een patiënt blijft aangewezen op medisch noodzakelijk verblijf.

De checklist⁴ 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^e maand van het eerste en, indien nodig, het tweede jaar behandeling voor het einde van de DBC. De checklist wordt opnieuw ingevuld bij verandering 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.

Pilotfase januari 2017 tot juli 2017

Deze nieuwe versie van de Checklist LGGZ bevat een belangrijke wijziging ten opzichte van de vorige versie. Tot op heden dienen zorgaanbieders het behandelplan van de patiënt bij de ingevulde checklist te voegen, zodat zorgverzekeraars de doel- en rechtmatigheid van de aanvraag kunnen beoordelen.

Om deze administratieve last weg te nemen, en er tegelijkertijd voor te zorgen dat zorgverzekeraars (in één keer) over voldoende informatie beschikken om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, is besloten een andere aanpak te hanteren die in een pilotfase wordt getest. Dit houdt in dat zorgverzekeraars het behandelplan niet meer opvragen, maar zorgaanbieders een aantal aanvullende vragen beantwoorden die in de nieuwe versie van de Checklist LGGZ zijn toegevoegd (zie bijlage).

De verwachting is dat het proces hiermee is vereenvoudigd, zowel voor zorgaanbieders als zorgverzekeraars. In juni 2017 evalueren zorgverzekeraars, samen met GGZ NL, deze pilot en besluiten over het vervolg.

². 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

³ Op het moment van publicatie van dit document staat nog een aantal belangrijke beleidskeuzes open. ZN wacht nog op de duiding van Zorginstituut Nederland van medisch noodzakelijk verblijf. Daarnaast wordt gewerkt aan een nieuwe productstructuur die naar verwachting in 2019 wordt geïntroduceerd. ZN behoudt zich het recht voor om het document aan te passen, wanneer landelijke besluitvorming daar aanleiding toe geeft

⁴ 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 bespreekt dit met 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 verlengd verblijf met behandeling, bekostigd vanuit de Zvw (declaratie vooralsnog middels een ZZP-B), vooraf regelen (machtiging).
2. Toetsen op gepast gebruik (rechtmatigheid) van dit verlengde verblijf met behandeling 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 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 stap

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

Stap 0: Datum invullen checklist

De checklist wordt ingevuld in de 9^e maand van het eerste en, indien nodig, het tweede jaar behandeling voor het einde van de DBC. De checklist wordt opnieuw ingevuld bij verandering 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 als een controle achteraf. Dit betreft met name gegevens over; de reden van het invullen van de checklist, uw instelling, 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 patiënt⁵.

Vraag 1: Reden invullen formulier

In de 9^e maand vult u de reden van aanvraag van verblijf in het eerste jaar in en, indien, nodig, in de 9^e maand van het tweede jaar. Indien relevant, vermeldt u hierbij tevens de verblijfssetting van de patiënt.

Vraag 2: Wie is de regiebehandelaar

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

Vraag 3: Patiëntgegevens

Geef hierbij ook aan indien sprake is van een rechtelijke machtiging (RM).

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.

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 gedragscode⁶ ZN (Zorgverzekeraars Nederland). Ook hier 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 Financiële Instellingen
- Protocol Materiele Controle
- Regeling Zorgverzekering
- Wijziging op Regeling Zorgverzekering: Regeling Z/M-3009481 van 30 juni '10
- Regeling persoonsgegevens zorgverzekeraars AWBZ
- Wet BIG

⁵ De verzekeraar is gerechtigd vooraf of na behandeling controle uit te oefenen voor wat betreft de rechtmatige en doelmatige zorg.

⁶ Zie hoofdstuk 5 Gebruik checklist; ' Geschillen/ klachten' voor de link naar de gedragscode.

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 voorgaande situatie, 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 intramuraal verblijf nog langer noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg.

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

Vraag 4: DBC productgroep & DBC informatie

Op het moment van invullen is het DBC-nummer nog niet bekend. Wel is van belang om van zoveel mogelijk informatie over de DBC waarin de patiënt wordt behandeld uit te gaan.

Als een patiënt een ambulante behandeling verkrijgt, dan mag de deelprestatie 'verblijf' niet in de DBC worden opgenomen⁷.

Vraag 5: Primaire diagnose

Het is van belang om zoveel mogelijk relevante informatie te verstrekken.

De primaire diagnose zoals geclassificeerd in DSM-V 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 en leidt tot een ZZP.⁸

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.

⁷ De verzekeraar is gerechtigd vooraf of na behandeling controle uit te oefenen voor wat betreft de rechtmatige en doelmatige zorg.

⁸ Vanaf 2017 wordt geclassificeerd in DSM-V. Voor de bekostiging wordt nog geregistreerd in DSM-IV. Een conversietabel zorgt voor een vertaling van een DSM-V 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-V als de DSM-IV diagnose geregistreerd. As III en as V worden in DSM-IV geclassificeerd en geregistreerd.

Vraag 6 en 7: HoNOS

Indien de HoNOS voor de patiënt is ingevuld, wordt u verzocht de uitslag van de laatste en voorlaatste meest relevante HoNOS 12 in te vullen.

Vraag 8 t/m 10: 24-uurs toezicht, verblijfssetting en probleemgedrag

Verlengd verblijf met behandeling is bedoeld voor die patiënten die niet in een ambulante setting (vanuit huis) behandeld kunnen worden. Zij zijn nog aangewezen op voortzetting van verblijf met behandeling al dan niet in een gesloten setting met meer/mindere mate van toezicht.

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

Vraag 11 t/m 14: Behoeftte 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.

Vraag 15 en 16: Ambulantiseringspotentie en participatiecheck

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.

U wordt gevraagd een beeld te geven van de zelfredzaamheid en participatiemogelijkheden van de patiënt. U kijkt naar de termijn waarin zelfredzaamheid van de patiënt weer te verwachten is.

- Indien een patiënt nog is aangewezen op medisch noodzakelijk verblijf in verband met de geneeskundige zorg geldt een aanspraak op verlengd verblijf met behandeling.
- Is patiënt in staat om ambulant verder te worden behandeld, dan kan patiënt uitstromen.
- Als blijkt dat de patiënt naar verwachting binnen 1 of 2 jaar voldoende zelfredzaam is om te kunnen uitstromen naar een ambulante behandelsetting geldt een aanspraak op verlengd voortgezet verblijf met behandeling in de Zvw. De verzekeraar kan vragen naar de geneeskundige behandeling en zorg die al is geleverd om herstel van de verzekerde te bevorderen. Dit kan een onderwerp van gesprek zijn met de medisch adviseur. Indien deze vraag met 'ja', wordt beantwoord zal dit blijken uit de declaratie. Het verlengd voortgezet verblijf kan worden afgesloten voordat de 2-jaars termijn is verstreken.
- Is de verwachting dat na 3 jaar langdurende behandeling met verblijf, verblijf noodzakelijk blijft, dan ligt het voor de hand dat patiënt instroomt vervolgens in de Wlz⁹.

De participatiecheck bestaat uit:

- Een inventarisatie van het netwerk van de patiënt;
- Een check of de patiënt de beschikking heeft over woonruimte buiten de instelling;
- Nagaan of de patiënt schulden heeft;
- Nagaan of de patiënt opleiding heeft genoten (om aansluiting te vinden in het kader van dagbesteding) werk heeft (gehad);
- Uitzicht heeft op werk of een uitkering ontvangt;
- Een check of de patiënt therapietrouw is;
- Nagaan of de patiënt voldoende mobiel is om zich zelfstandig of met hulp te verplaatsen (vervoer).

Bovenstaande items moeten worden nagelopen. De patiënt wordt hierbij intensief betrokken.

De participatiecheck moet zo vroeg mogelijk in het opnametraject, liefst bij aanvang van het behandeltraject, worden afgenomen.

⁹ Dit is nog niet mogelijk. VWS heeft aangekondigd een uitvoeringstoets te laten doen.

Indien een patiënt nog is aangewezen op medisch noodzakelijk verblijf in verband met de geneeskundige zorg geldt een aanspraak op verlengd verblijf met behandeling, ongeacht of patiënt binnen 2 jaar weer voldoende zelfredzaam is of niet.

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 zijn¹⁰.

Stap 3: Vaststellen zorgzwaarte

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 17 t/m 19: Voorstel zorgzwaarte

Op basis van de zorgbehoefte van de patiënt doet u een voorstel voor een passend ZZP en vermeldt u hoeveel dagdelen per week de patiënt is aangewezen op dagbesteding. U hanteert hierbij de CIZ-beslisboom als leidraad. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar kunnen hierover in gesprek gaan.

Wanneer de zorginstelling een (CIBG) toelating heeft voor KIB en/of LIZ (niet strafrechtelijke forensische psychiatrie) dan kan een ZZP Klinisch Intensieve Behandeling en NSFP toeslag in rekening worden gebracht.

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 het aangevraagd, lager of hoger ZZP.

¹⁰ 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.

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

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

Materiële controle: In contract afspraken 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>