



Checklist langdurige GGZ

Handleiding

Zorgverzekeraars Nederland
November 2014

Preamble

De verzekeraars en instelling 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 zal in de loop van 2015 worden geëvalueerd. Naar alle waarschijnlijkheid zal de checklist voor het contractjaar 2016 een aanpassing behoeven op basis van de zorgprofielen die door het Zorginstituut thans worden ontwikkeld.

Inhoud

1. Inleiding	3
2. Doel van de checklist	3
3. Opbouw van de checklist / Considerans.....	4
4. Toelichting per stap	5
5. Gebruik checklist	9

1. Inleiding

Vóór 2015 hadden cliënten een aanspraak op verlengd verblijf met behandeling in de AWBZ. Door het CIZ werd dan een GGZ ZZP-B indicatie geïndiceerd. In 2015 maakt de AWBZ o.a. plaats voor de Wlz. De aanspraak in de Zvw wordt voor *medisch noodzakelijk verblijf in verband met de geneeskundige zorg* in de GGZ uitgebreid van 1 naar 3 jaar. De DBC productstructuur is hier (nog) niet op ingericht.

In 2015 wordt instroom verwacht van cliënten voor dit verblijf met behandeling GGZ na 365 dagen aaneengesloten DBC-bekostiging. In 2017 zal de DBC-productstructuur zijn uitgebreid en aangepast op de aanspraak voor verlengd verblijf met behandeling.

De checklist wordt ingevuld op het moment dat duidelijk is dat een cliënt na 365 dagen nog aanspraak zal maken op GGZ verblijf met behandeling. Dit invullen gebeurt in de 9^e maand van het eerste jaar behandeling voor het einde van de DBC. De checklist wordt opnieuw ingevuld bij verandering en is optioneel bij uitstroom.

2. Doel van de checklist

Om zicht te houden op de cliënten(door)stroom in de Zvw is een checklist ontwikkeld.

Verzekeraars kunnen hiermee:

1. De rechtmatigheid van aanspraak op verlengd verblijf met behandeling in de LGGZ (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. (Gezamenlijk met de zorginstelling) de zorgzwaarte van een cliënt vastleggen.
5. Het proces van toegang en verloop faciliteren.

3. Opbouw van de checklist / considerans

De checklist bestaat uit 4 stappen. Alle stappen dienen te worden doorlopen.

In de considerans hieronder wordt weergegeven met welke intentie elke stap geformuleerd is,

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 uw instelling, de reden tot het invullen van de checklist en de gegevens van de cliënt.

In stap 2 wordt u 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 cliënt vast te stellen. Bij punt 8 en 9 wordt u gevraagd om een beeld te geven rondom de zelfredzaamheid en de participatiemogelijkheden van de cliënt. Bij stap 8 kijkt u naar het termijn waarin zelfredzaamheid van de cliënt weer te verwachten is. Is cliënt in staat om ambulant verder te worden behandeld, dan kan cliënt uitstromen.

Is de cliënt naar verwachting binnen 2 jaar dan kan cliënt aanspraak maken op verblijf met behandeling vanuit de LGGZ. Bij machtiging vindt eventueel een gesprek met de medisch adviseur van een verzekeraar plaats.

Is zelfredzaamheid niet na twee jaar voorzienbaar, dan ligt het voor de hand dat cliënt instroomt in de Wlz. Dit zal echter pas mogelijk kunnen worden vanaf 2016 op basis van in 2015 te bepalen Wlz aanspraak door Zorginstituut Nederland.

Om uitstroom mogelijk te maken, is het noodzakelijk dat zo vroeg mogelijk aan de participatiemogelijkheden van de cliënt gewerkt wordt. De resultaten van de participatiecheck geven geen aanleiding om de toelating tot de LGGZ te beperken. Participatiemogelijkheden vormen echter wel een voorwaarde voor een goede uitstroom na het klinische verblijf.

U wordt ook gevraagd inzichtelijk te maken op welke wijze u met de cliënt toewerkt naar een zelfstandig bestaan buiten de kliniek.

Bij stap 3 stelt u vast welk zorgzwaartepakket u wil leveren. U voert eventueel afhankelijk van de verzekeraar, een machtigingsgesprek met de verzekeraar.

4. Toelichting per stap

Stap 0: Datum invullen checklist

De datum van eerste invulling gebeurt in de 9^e maand voor het einde van de looptijd van de DBC. De checklist wordt opnieuw ingevuld bij verandering en is optioneel bij uitstroom.

Stap 1: Introductie vragen

De gegevens die in deze stap worden verzameld zijn basisvragen die ingevuld moeten zijn om door te kunnen naar stap 2. Deze vragen worden ingevuld door de instelling. De checklist heeft een plek in het dossier van de cliënt.

Bij machtiging: In het machtigingsproces kunnen cliëntgegevens 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. De informatie heeft alleen betrekking op de op de LGGZ van toepassing zijnde vraag. Deze moet door de klant te overzien zijn.

Bij controle achteraf: Bij materiële controle volgens de Zvw volgen de verzekeraars de gedragscode ZN.

Stap 2: Onderbouwing noodzaak voortzetting verblijf en herstelvermogen

In deze stap wordt de uitgangssituatie van de cliënt beschreven. Door een goed beeld te vormen van wie de cliënt is, wat hij/zij kan en nodig heeft wordt bepaald of intramuraal verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg.

Deze stap voorziet in een aantal 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 zorginstelling hebben t.o.v. cliënten. Uitstroom uit de Zvw vergoeding hoeft niet per definitie te betekenen dat een cliënt zal moeten uitstromen uit de instelling wanneer de financieringsvorm verandert. Een duidelijk voorlichting aan cliënten over het aanbod van de instelling en de hiermee gemoeide kosten zijn van groot belang.

Bij machtiging: De medisch adviseur kan in deze stap meekijken en mee beoordelen. De wijze waarin 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 waar cliënt in wordt behandeld uit te gaan.

Als een cliënt niet binnen een DBC wordt behandeld heeft hij/zij geen recht op (verlengd) verblijf met behandeling vanuit de Zvw.

Vraag 5: Primaire diagnose.

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

De primaire diagnose 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 zijn en leidt tot een ZZP.

- 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 cliënt op het moment van invullen van de checklist al geruime tijd in zorg is.

Vraag 6: Behandelplan actueel

Met een actueel behandelplan wordt bedoeld een plan dat op het moment van het doorlopen van de checklist is bijgesteld (niet ouder dan 3 maanden) op basis van de ontwikkeling van de hulpvraag van de cliënt. In het behandelplan wordt een duidelijke onderbouwing gegeven van de medische noodzaak voor intramuraal verblijf in verband met de geneeskundige zorg. Uit onderzoek blijkt het volgende: (conform de grond op basis waarvan het CIZ in 2014 een ZZP B af gaf)

- a. er is sprake van een psychiatrische aandoening, al of niet met bijkomende problematiek waarvoor verzekerde reeds 365 dagen aaneengesloten in een (psychiatrische) instelling is behandeld.
- b. een bevoegde behandelaar heeft de noodzaak (verbetering/stabilisatie of voorkomen van achteruitgang) van voortgezet verblijf, inclusief een prognose/ontwikkeling van de aandoening(en) en de verwachte duur van het verblijf gemotiveerd.

De behandeldoelen zijn SMART geformuleerd en gericht te zijn op herstel. De instelling onderbouwt de mate van herstel. De cliënt wordt betrokken bij het opstellen van het behandelplan. Er wordt minimaal elk half jaar geëvalueerd. Werken aan participatie is mogelijk.

Vraag 7: 24-uurs toezicht en lettercode (deelprestatie) huidige verblijfsafdeling

Verlengd verblijf met behandeling is bedoeld voor die cliënten die niet in een ambulante setting (vanuit huis) behandeld kunnen worden. Zij zijn nog aangewezen op voortzetting van verblijf met behandeling in een 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:

- 24 uur zorg aanwezig (niet op afroep) (beschreven waarom in behandelplan)
- 24 uur structuur (beschreven waarom in behandelplan)
- Aanwezigheid van een multidisciplinair team aangestuurd door psychiater / klinisch psycholoog en de aanwezigheid van B verpleegkundige of SPV'er (beschreven waarom in behandelplan)

De lettercode (C t/m G) van de afdeling is diezelfde code die vermeld wordt in de huidige DBC van de cliënt. De deelprestatie verblijf kan helpen bij de vertaling naar een ZZP.

Vraag 8: Sprake van zelfredzaamheid/herstellend vermogen in een ambulante setting

Deze stap is hier ingevoerd om eventuele belemmerende factoren voor uitstroom vroegtijdig in kaart te brengen. Door aandacht te geven aan deze stap kan afstemming over de domein heen plaatsvinden.

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

Als blijkt dat de cliënt naar verwachting binnen 2 jaar voldoende zelfredzaam is om te kunnen uitstromen naar een ambulante behandelsetting geldt een aanspraak op verlengd 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 verblijf kan worden afgesloten voordat de 2-jaars termijn is verstreken.

Wanneer een cliënt dusdanig hersteld is dat hij/zij vanuit huis behandeling voort zou kunnen zetten is verlengd verblijf met behandeling niet meer van toepassing. Cliënt stroomt dan uit. Behandeling vindt ambulant plaats.

Bij machtiging: Bij gebruik van de checklist vooraf, kan de verzekeraar samen met de instelling de duur van de machtiging voor verlengd verblijf afspreken.

Vraag 9: participatie check

Met deze vraag wordt een verdieping beoogd op de zelfredzaamheid. Door aandacht te geven aan deze stap kan afstemming over de domeinen heen plaatsvinden.

De participatiecheck bestaat uit:

- Een inventarisatie van het netwerk van de cliënt,
- Een check of de cliënt de beschikking heeft over woonruimte buiten de instelling,
- Nagaan of de cliënt schulden heeft,
- Nagaan of de cliënt werk heeft, uitzicht heeft op werk of een uitkering ontvangt,
- Een check of de cliënt therapietrouw is,
- Nagaan of de cliënt voldoende mobiel is om zich zelfstandig of met hulp te verplaatsen (vervoer).

Bovenstaande items moeten worden nagelopen. De cliënt wordt hierbij intensief betrokken. De participatiecheck moet zo vroeg mogelijk in het opname traject, liefst bij aanvang van het behandeltraject, worden afgenomen.

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

Stap 3: Vaststellen zorgzwaarte

Vraag 10: vaststellen zorgzwaarte door zorginstelling

De zorginstelling moet op basis van de door hem verzamelde informatie over de cliënt de zorgzwaarte van de cliënt vaststellen.

Hierbij spelen ook co-morbiteit, polyfarmacie, gedrag en noodzaak en mate van toezicht een rol.

Vraag 11: voorstel ZZP 3-7

De instelling zal na bepaling van de zorgzwaarte een voorstel (bij machtiging) doen voor een ZZP GGZ B per cliënt.

De koppeling van cliëntkenmerken met kenmerken van de behandelsetting kunnen helpen bij de bepaling van een passend ZZP. Ook de huidige cliëntprofielen in de ZZP's geven hiervoor een goede basis.

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

Stap 4: Oordeelsvorming

Verzekeraar en instelling spreken onderling af of met deze checklist een machtiging vooraf wordt afgegeven of een toetsing op rechtmatigheid achteraf zal plaatsvinden.

Bij machtiging: Verzekeraar en instelling moeten het eens worden over de hoogte van het ZZP.

5. 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 cliënt (of zijn/haar wettelijk vertegenwoordiger) en met de verzekeraar.

Als blijkt dat de cliënt, op basis van de participatiecheck, aanspraak zou moeten maken op voorzieningen uit de WMO wordt de cliënt met zijn hulp vraag door de zorginstelling “warm” overgedragen aan de gemeente.

Wanneer blijkt dat cliënt 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 cliënt 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).