Zorgverzekeraars Nederland

Beleidskader contractering Wlz

Zorgverzekeraars Nederland | Versie 2 | December 2017

Inhoudsopgave

1. Inleiding 0

2. Achtergronden 2

2.1 Zorgplicht van het zorgkantoor 2
2.2 Ontwikkelingen in de GGZ 5
2.3 Ontwikkelingen in de gehandicaptenzorg 6
2.4 Ontwikkelingen in de V&V 7
2.5 Passend zorgaanbod voor mensen met complexe zorgvragen 9
2.6 Advies behandeling in de Wlz 10

3. Inkoopthema's 11

3.1 Specialistische zorg 11
3.2 Toeslag (non) invasieve beademing 12
3.3 Toeslag observatie 13
3.4 Toeslag gespecialiseerde epilepsie 14
3.5 Zorg aan zintuigelijk beperkten 15
3.6 Overige (specialistische) ZZP's 16
3.7 Wlz-behandeling 17
3.8 Versterken van de SO bij consultatie in de thuissituatie (V&V) 18
3.9 Trombose zorg 20
3.10 Gespecialiseerde verpleging voor mensen met een Wlz-indicatie. 21
3.11 Huishoudelijke hulp 22
3.12 Zorg en onderwijs 24
3.13 Hulpmiddelen en roerende voorzieningen 26
3.14 Mondzorg 28
3.15 Palliatief terminale zorg 30
3.16 Logeren 32

1. Inleiding

Voor u ligt het landelijke beleidskader contractering Wlz
Dit document is in deze vorm nieuw. Het is een aanvulling op het landelijk inkoopkader en vervangt het Programma van Eisen dat voorgaande jaren als bijlage bij het inkoopkader is gepubliceerd. Om kwaliteit van zorg zo goed mogelijk te borgen en om helder te maken wat zorgkantoren van de zorgaanbieder verwachten bij het leveren van Wlz zorg, is aanvullend dit beleidskader opgesteld.

Dit document bundelt de relevante informatie voor het leveren van Wlz zorg
In dit document komt alles samen: thema's die meer toelichting behoeven, achtergronden, aanvullende gedragslijnen en/of wijzigingen op inkoopthema's en aanvullende voorwaarden/richtlijnen op de huidig geldende wet- en regelgeving. We hebben bewust gekozen voor een vorm waarin we eenvoudig kunnen toevoegen en actualiseren. We merkten de afgelopen jaren dat er na publicatie van de inkoopkaders nog nieuwe thema's opkwamen of zaken geactualiseerd moesten worden. De opzet van het beleidskader voorziet hier beter in.

Het beleidskader is leidend bij het maken van afspraken met zorgaanbieders
De beleidslijnen en voorwaarden zijn uitgangspunt in het overleg tussen zorgkantoor en zorgaanbieder t.a.v. de kwaliteit van de in te kopen zorg. Zorgaanbieders moeten aan de geformuleerde voorwaarden en richtlijnen die in dit document beschreven worden voldoen, voor zover deze van toepassing zijn op de zorg die zij leveren. Zorgkantoren hanteren de voorwaarden en richtlijnen uit dit kader uniform.

Zorgkantoren maken wijzigingen in dit landelijk beleidskader zichtbaar
Dit document wordt aangepast als er een nieuwe ontwikkeling is t.a.v. een thema of als er sprake is van een nieuw thema. Zorgkantoren informeren hun aanbieders als er wijzigingen hebben plaatsgevonden en maken dit zichtbaar op het betreffende document. Indien nodig worden de relevante branches vooraf geïnformeerd. De inhoudelijke wijzigingen van het beleidskader worden bij iedere nieuwe versie in deze inleiding benoemd en in de betreffende stukken grijs gearceerd.

Het document is opgebouwd uit twee delen
Onder ieder van de volgende delen staan de relevante onderwerpen uitgewerkt:

A. Achtergronden
B. Inkoopthema's

Per thema is aangegeven wat het doel, de versie en de laatste datum van bijstelling is. De doelen zijn:

- aanverwant beleid: informatie over/toelichting op een thema
- inkoopvoorwaarden: de genoemde voorwaarden gelden voor het afspreken en leveren van de betreffende prestaties (voorheen PvE)
- gedragslijn: een aanscherping/verduidelijking/uitwerking van NZa beleidsregels waar zorgaanbieders aan gehouden zijn
- gewijzigd beleid: toelichting op beleidswijzigingen veelal ingegeven door de overheid

Belangrijkste wijzigingen

In dit beleidskader zijn een aantal onderwerpen aangepast aan de actuele ontwikkelingen. Belangrijke wijzigingen die in het beleidskader zijn:

- Toegang tot de Wlz voor klanten met psychische aandoeningen
- De machtiging voor kortdurende behandeling komt te vervallen
- Trombose zorg en MSVT maken per 2018 onderdeel uit van de Wlz
- Roerende voorzieningen en mobiliteitshulpmiddelen
- De indicatie voor PTZ komt te vervallen.
- Declaratie ZZP VV10 ook mogelijk voor GZ en GGZ.
- Voor logeren volgen we de beleidsregel.

2. Achtergronden

2.1 Zorgplicht van het zorgkantoor

Doel	Aanverwant beleid
Versie	2
Laatste update	1 november 2017

Zorgplicht
In de Wet langdurige zorg (Wlz) is een zorgplicht voor Wlz-uitvoerders en zorgkantoren opgenomen. Zorgplicht is een belangrijke publieke randvoorwaarde in het stelsel voor langdurige zorg. Hiermee borgen we dat de Wlz-geïndiceerde klant de zorg krijgt waar hij recht op heeft en die hij nodig heeft. De vraag of aan de zorgplicht wordt voldaan is afhankelijk van de context en de omstandigheden van de zorgvraag van de klant in relatie tot zijn wensen.

De zorgplicht voor zorg in natura is wettelijk belegd bij de Wlz-uitvoerders. In de praktijk wordt de uitvoering, op aanwijzing van VWS, gedaan door de zorgkantoren. Vandaar dat in de inkoop- en beleidsdocumenten over zorgkantoren wordt gesproken.

De NZa definieert de Zorgplicht in de Beleidsregel Toezichtkader Zorgplicht Wlz als volgt: '*zorgplicht houdt in dat het zorgkantoor al hetgeen doet, om het recht op zorg dat een klant toekomt op grond van de Wlz, te effectueren*.'

In het kader van zorgplicht zorgen de zorgkantoren er voor dat:
- de klant het recht op zorg tot gelding kan brengen;
- de klant binnen redelijke termijn en op redelijke afstand van waar hij wenst te gaan wonen dan wel bij hem thuis, de zorg wordt geleverd waarop hij is aangewezen;
- in het aanbod van gecontracteerde zorgaanbieders redelijkerwijs rekening wordt gehouden met de godsdienstige gezindheid, de levensovertuiging, de culturele achtergrond en de seksuele geaardheid van klanten;
- de klant geïnformeerd wordt over de verschillende vormen van zorg en zorgaanbieders die voor hem beschikbaar zijn;
- de klant desgewenst bemiddeld wordt naar geschikte, gecontracteerde zorgaanbieders;
- voor de klant klantondersteuning beschikbaar is waarop de klant, al dan niet met hulp van zijn vertegenwoordiger of mantelzorger, een beroep kan doen.

Bovenstaande is op te splitsen in een tweetal hoofdtaken: het inkopen van zorg èn het geven van informatie, advies aan Wlz-klanten en het, waar nodig, bemiddelen van Wlz-klanten naar de juiste zorg.

Inkopen van zorg
Bij het inkopen van zorg staat voor de zorgkantoren de zorgvraag, de keuzevrijheid en de kwaliteit van bestaan van de klant centraal. Zorgkantoren zorgen dat er voldoende zorg is ingekocht en dat de zorg aansluit bij de wensen en behoeften van de klant zodat deze zo veel mogelijk zijn leven kan leiden zoals hij dat het liefste wil. Zorgkantoren stimuleren en faciliteren zorgaanbieders om tot een goed passend aanbod te komen, dat aansluit bij de wensen en behoeften van de klant.

Cliëntondersteuning
Naast het inkopen van Wlz-zorg, ondersteunen zorgkantoren klanten graag in hun (zoek)tocht in de Wlz. Zorgkantoren zien cliëntondersteuning als een belangrijke taak en voorwaarde om de persoonsvolgende zorg binnen de Wlz vorm te geven. Ieder mens heeft eigen wensen en behoeften. Zorgkantoren informeren, adviseren en bemiddelen klanten, zodat de klant die zorg kan kiezen die het beste bij hem past. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om informatie over de leveringsvormen, het gecontracteerde zorgaanbod en wachttijden. Ook ondersteunen zorgkantoren klanten bij het vinden van een passende zorgaanbieder, kunnen ze helpen bij het opstellen van een zorg- of ondersteuningsplan en bemiddelen zij tussen klanten en zorgaanbieders indien nodig.
Zorgkantoren kijken continu hoe zij de cliëntondersteuning en informatieverstrekking aan klanten in de Wlz verder kunnen verbeteren. Tevens maken we werk van de wachtlijsten in de zorg. Zorgkantoren willen door intensiever contact met de mensen die wachten op passende zorg ervoor zorgen dat zij hun zorgvraag sneller op de door hen gewenste wijze kunnen invullen.

Wanneer klanten liever kiezen voor een onafhankelijke partij voor ondersteuning, dan kunnen zij onafhankelijke cliëntondersteuning ontvangen van partijen zoals MEE en Zorgbelang. We vinden het van cruciaal belang dat klanten goed geïnformeerd keuzes (kunnen) maken voor het verzilveren van de zorg die zij nodig hebben. Dit geldt niet alleen bij de eerste keuze van een leveringsvorm of zorgorganisatie, maar ook tijdens de zorgverlening, bijvoorbeeld als er een wens is om een andere invulling te geven aan de Wlz zorg.

Zorgplicht zorgkantoor én zorgaanbieder
Niet alleen het zorgkantoor heeft een zorgplicht, ook de zorgaanbieder heeft hier een taak in. De zorgaanbieder is verplicht om klantgerichte, kwalitatief verantwoorde, doelmatige en doeltreffende zorg te leveren aan de klant die voor de betreffende aanbieder gekozen heeft. De zorgplicht voor zorgaanbieders staat vermeld in het Voorschrift Zorgtoewijzing. Zorgkantoren vinden het daarbij van belang dat zij door de zorgaanbieders geïnformeerd worden als er zaken spelen die hun zorgplicht voor klanten raken. Hiervoor zijn in de overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgkantoor bepalingen opgenomen.

Klantkeuze op basis van klantervaring
Om de klant goede informatie te kunnen geven en goed te kunnen bemiddelen over het (beschikbare) zorgaanbod is het wenselijk dat er informatie beschikbaar is die de klant kan gebruiken in het maken van zijn keuze. Klanten die persoonsgerichte zorg ontvangen, doordat zij worden gezien en/of eigen regie hebben, ervaren de zorg (waarschijnlijk) positiever dan klanten die minder persoonsgerichte zorg ontvangen. Zorgaanbieders investeren al enkele jaren in het opvragen van deze individuele klantervaringen, waardoor zij inzicht krijgen in de wijze waarop de klant de aangeboden zorg ervaart. Deze informatie willen wij graag ook voor de toekomstige Wlz-klant toegankelijk maken.

Zorgkantoren vragen de zorgaanbieders om voor hun (toekomstige) klanten deze individuele keuze-informatie toegankelijk te maken. Wij vragen zorgaanbieders hun gegevens van de instelling/locaties op Zorgkaart Nederland actueel te houden, zodat klanten hier hun recente ervaringen aan kunnen toevoegen en we zo de informatie aan (nieuwe) klanten verbeteren.

2.2 Ontwikkelingen in de GGZ

Doel	Aanverwant beleid
Versie	2
Laatste update	1 november 2017

De GGZ-sector is volop in beweging richting herstelgerichte zorg
Er is binnen de GGZ brede consensus over de vernieuwingen die nodig zijn in de zorg en ondersteuning voor klanten met een psychische stoornis. Klanten willen persoonsgerichte zorg die zich richt op een goed leven met aandacht voor wonen, werken of andere vormen van dag-invulling en het leren omgaan met klachten. Het perspectief van klanten en familie is daarin leidend.

Uitgangspunt is de landelijke aanpak voor mensen met een psychische stoornis waardoor regionaal en lokaal belangrijke inhoudelijke ontwikkelingen in gang zijn gezet om de zorg voor deze doelgroep te verbeteren. De sector zet in op het organiseren van de zorg vanuit de leefwereld van klanten met speciale aandacht voor de volgende onderwerpen voor de Wlz-doelgroep:

- herstelgerichte zorg;
- zelfregie;
- naastbetrokkenen en familieparticipatie;
- de inzet van ervaringsdeskundigen;
- bijkomende somatische aandoeningen

Voor meer informatie is deze website te raadplegen
https://www.kenniscentrumphrenos.nl/kennisthemas/epa/

Instroom Wlz voor mensen met een psychische stoornis
Voor mensen met een psychische stoornis is de Wlz alleen toegankelijk na 3 jaar geestelijke gezondheidszorg met behandeling en verblijf op basis van de Zorgverzekeringswet (waarvan de laatste twee jaar binnen de langdurige GGZ). Op 1 januari 2015 is iedereen met een GGZ-B indicatie van uiterlijk 31 december 2014 overgegaan naar de Wlz. In 2017 konden er voor het eerst nieuwe klanten de Wlz instromen, die in dat jaar de maximale behandelduur in de Zvw overschreden. Instroom blijft mogelijk voor 2018 en volgende jaren.
Voor een groot aantal klanten in de Wlz is de einddatum van de indicatie 1 januari 2018. Voor deze klanten beoordeelt de behandelaar of iemand op voortgezet verblijf is aangewezen. Als er geen klinische behandeling meer nodig is vervalt de indicatie. Het CIZ neemt dit advies in principe over. Deze herbeoordeling vindt in 2017 plaats.
Het CIZ onderscheidt 5 doelgroepen onder de populatie klanten met een GGZ-B indicatie. Voor cliënten die de GGZ-B indicatie verzilveren binnen een GGZ instelling, was het mogelijk tot 1 juli 2017 een verkorte aanvraagprocedure te doorlopen middels een speciaal ontwikkeld formulier. Als de behandelaar beoordeelt dat er noodzaak is tot voortgezet verblijf dan verlengt het CIZ het indicatiebesluit GGZ-B tot en met 31 december 2020. Voor een deel van de huidige klanten in de Wlz zal het indicatiebesluit niet worden verlengd. Voor deze klanten is passende zorg en ondersteuning nodig vanuit de Wmo 2015 en/of Zvw. Daar waar dit de sectorvreemde GGZ-b klanten in de VV of GZ betreft is gedwongen verhuizing onwenselijk. In de ministeriële regeling is overgangsrecht voor deze klantgroep opgenomen, op grond waarvan deze klanten in de zorginstelling kunnen blijven wonen. Daarom is samenwerking over de domeinen heen essentieel.

2.3 Ontwikkelingen in de gehandicaptenzorg

Doel	Aanverwant beleid
Versie	2
Laatste update	1 november 2017

De sector Gehandicaptenzorg (GZ) richt zich op implementatie van het kwaliteitskader, goed personeel en klanten met complexe vragen. We zijn als zorgkantoren nauw betrokken geweest bij de totstandkoming van het nieuwe kwaliteitskader voor de gehandicaptenzorg (KKGZ). Het KKGZ is opgenomen in het Register van het Zorginstituut. Het is uitzonderlijk met hoeveel energie en overtuiging de deelnemers van de proeftuinen de toon hebben weten te zetten voor de volgers. We hebben gemerkt dat er veel enthousiasme is om aan de slag te gaan met het nieuwe kwaliteitskader. Wij kijken met belangstelling uit naar de kwaliteitsrapporten over 2017. Geeft het ons het beeld van de sector en van de individuele zorgaanbieder? Durven zorgaanbieders zichzelf de spiegel voor te houden? Hoe draagt de externe visitatie daaraan bij? Welke verbeterdoelstellingen hebben zorgaanbieders? Welke ambitie heeft een zorgaanbieder? Wij blijven dit met grote interesse volgen. Zorgkantoren zien voor zichzelf een rol weggelegd in het volgen en stimuleren van ontwikkelpunten van zorgaanbieders. Het algemene beeld is dat het goed gaat in de gehandicaptenzorg. Dat is iets om trots op te zijn! Laten we die trots gebruiken om de knelpunten die er zijn in de sector bij de kop te vatten, te innoveren en investeren.

We zien in de praktijk dat het aanbod nog te vaak leidend is in het benaderen van klantvragen. Om een toekomstbestendige Wlz te houden waar kwaliteit geborgd is, moet maatwerk leidend worden. Wij willen niet dat klanten zich gedwongen voelen tot PGB of in crisis raken doordat er te weinig preventieve en/of passende zorg is ingezet. Dit vraagt een omslag in het denken van ons allemaal, dat we nu langzaam op gang zien komen. Goede voorbeelden delen helpt. Daar dragen wij graag aan bij. Het verbeteren van samenhang in zorg maakt geen onderdeel uit van het KKGZ, dus ook dat is een onderwerp waar wij in gesprek met aanbieders een bijdrage aan willen leveren.

We zien een toenemend aantal klanten waarvoor het lastig is een passende plek te vinden. Nieuwe klanten in de Wlz hebben steeds vaker een zware en intensieve zorgvraag. De mix aan klanten verandert. Het lukt daarom niet altijd een passende plek te vinden binnen aanvaardbare wachttijden. We vinden dat klanten eigenlijk niet moeten wachten op zorg en willen onnodige verplaatsingen voorkomen. We gaan daarom samen met klanten en het veld op zoek naar oplossingen om voor alle klanten een passend aanbod te vinden.

Voor de gehele sector geldt overigens dat echte stappen gemaakt kunnen worden als we bekwaam en deskundig personeel langdurig aan de sector weten te verbinden. Zorgkantoren willen bijdragen aan de positieve beeldvorming van de sector. Het is mooi en uitdagend om in de Gehandicaptenzorg te werken. Er is een enorme diversiteit aan (zorg)vragen in deze sector, wat voor een eigen dynamiek zorgt Ons doel is om de positie van de gehandicaptensector op de arbeidsmarkt te verbeteren.

2.4 Ontwikkelingen in de V&V

Doel	Aanverwant beleid
Versie	2
Laatste update	1 november 2017

In de Verpleging en Verzorging zijn het afgelopen jaar verschillende stappen gezet die invloed hebben op de kwaliteit van de Verpleeghuiszorg, waaronder het nieuwe Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, de resultaten die voortkomen uit de verschillende projecten en experimenten in Waardigheid & Trots en de extra middelen voor zinvolle dag-invulling en deskundigheidsbevordering. Daarnaast heeft VWS in 2017 ongeveer 100 miljoen geïnvesteerd ter verbetering van de kwaliteit van de verpleeghuiszorg op specifieke locaties.

Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg
Begin 2017 is het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg opgenomen in het Register van het Zorginstituut. Het Kwaliteitskader gaat verder op de weg die de sector al meerdere jaren heeft ingeslagen: persoonsgerichte zorg met aandacht voor een zinvolle dag en wooncomfort. Nieuw in het Kwaliteitskader is de nadruk op leren en verbeteren. Het kader wordt nu in de praktijk geïmplementeerd. Er geldt een tijdpad voor de ruim 20 ontwikkel-opdrachten voor de verpleeghuissector waar veldpartijen mee aan de slag zijn gegaan. Dit zijn onder andere de ontwikkeling van gefundeerde normen voor basisveiligheid en context-gebonden personeelssamenstelling. Afgesproken is dat zorgaanbieders voor 1 juli van het lopende jaar een kwaliteitsverslag opleveren over het voorgaande jaar en uiterlijk 31 december van het lopende jaar moet er een kwaliteitsplan opgeleverd worden voor het komende jaar. Dit betekent dus dat de kwaliteitsplannen voor het jaar 2018 uiterlijk 31 december 2017 opgeleverd moeten zijn. Het kwaliteitsverslag over het jaar 2017 moet uiterlijk 1 juli 2018 opgeleverd worden.
Daarnaast ligt er een oproep aan de sector om in 2017 op basis van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg een vertaalslag te maken en de kwaliteitsnormen uit te werken voor de 'extramurale' verpleeghuiszorg en daarmee de reikwijdte van het kwaliteitskader te vergroten. De zorgkantoren zijn heel erg benieuwd naar de eerste kwaliteitsplannen, en gaan daarover in 2018 verder in dialoog met de zorgaanbieders.

VWS heeft extra middelen beschikbaar gesteld voor de implementatie van het kwaliteitskader
Voor de implementatie van de kwaliteitskader heeft VWS voor de V&V € 435 mln. aan extra middelen voor 2018 beschikbaar gesteld. De verantwoording door de zorgaanbieder over de besteding van de extra middelen 2018 vindt primair plaats via de kwaliteitsplannen en de kwaliteitsverslagen van het kwaliteitskader. VWS, IGJ, ZiNL, NZa en de zorgkantoren maken afspraken gericht op de inzet en verantwoording van die middelen en monitoring van de implementatie van het kwaliteitskader

Waardigheid & Trots
In 2018 worden er evenals in 2016 en 2017 extra middelen binnen de V&V toegekend in het kader van Waardigheid & Trots, voor een zinvolle dag-invulling en deskundigheidsbevordering. Deze opslag geldt voor zorgorganisaties met klanten bekostigd op basis van ZZP VV4-10 en VPT VV4-10. Daarnaast zijn sinds 2015 ruim 170 zorginstellingen met ruim 800 locaties aan de slag gegaan in het programma Ruimte voor verpleeghuizen, onderdeel van Waardigheid en trots. De deelnemers geven uitvoering aan hun verbeterplannen en werken in zogenaamde themagroepen. Daarnaast kent Waardigheid & Trots een specifiek ondersteuningsprogramma

'Kwaliteitsverbetering verpleeghuizen'. Dit programma is gericht op verbetering van de kwaliteit van zorg in (locaties van) verpleeghuizen waar sprake is van urgente kwaliteitsproblemen zoals vastgesteld door IGZ, de Wlz-uitvoerder en/of de bestuurder zelf.
Zorgkantoren volgen de ontwikkelingen binnen het programma van Waardigheid & Trots nauwgezet. Daarnaast participeren zorgkantoren in enkele themagroepen en ondersteuningsprogramma's. Op die manier willen ook de zorgkantoren bijdragen aan verbeteringen van de ouderenzorg in Nederland.

Deltaplan dementie
Mensen met Dementie vormen een grote en belangrijke doelgroep binnen de Wlz. De zorg aan mensen met dementie dient bovenal persoonsgericht te zijn. In het Deltaplan Dementie werken partijen samen aan verbetering van dementiezorg. Zorgkantoren vinden dit een belangrijk initiatief en ondersteunen het Deltaplan Dementie.

Goede samenwerking tussen de verschillende domeinen
Ontwikkelingen in de zorg thuis en wijkverpleging staan in direct verband met ontwikkelingen in de intramurale Wlz-zorg. Zorgkantoren hebben gemerkt dat het van belang is een goede verbinding te houden met de zorgverzekeraar en gemeenten. Klanten die een Wlz-indicatie ontvangen zijn veelal bekend bij zorgaanbieders in het kader van de Zvw die Wijkverpleging en/of Eerstelijnsverblijf bieden en/of bij gemeenten in het kader van de Wmo. Zorgkantoren werken dan ook nauw samen met zowel de zorgverzekeraar als gemeenten om de overgang voor klanten en de zorg en ondersteuning goed af te stemmen. Alleen op die manier komen klanten en hun behoeften ook daadwerkelijk centraal te staan.

Crisiszorg gaat mogelijk deel uitmaken van de Zorgverzekeringswet
Zorgkantoren hechten waarde aan een goed werkende crisisregeling voor klanten. Ten tijde van het schrijven van dit beleidskader heeft het ministerie van VWS nog geen besluit genomen over de overheveling van de crisiszorg voor de sector V&V naar de Zvw. De verwachting is dat deze overheveling per 1 januari 2019 plaats vindt.. Zodra VWS besluit tot overheveling worden zorgaanbieders hierover geïnformeerd.

2.5 Passend zorgaanbod voor mensen met complexe zorgvragen

Doel	Aanverwant beleid (GZ)
Versie	2
Laatste update	1 november 2017

De langdurige zorg is in Nederland goed geregeld. Toch is het voor sommige klanten met een complexe zorgvraag lastig om binnen een acceptabele wachttijd een passende verblijfsplek te vinden. Het gaat veelal om mensen met een (lichte) verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblematiek mede veroorzaakt door psychische klachten.

Deze mensen en hun netwerk zoeken een plek waar zij zich thuis voelen en zij de kwalitatieve zorg krijgen die zij zo dringend nodig hebben. Zorgkantoren dragen zorg voor bemiddeling van deze klanten naar deze geschikte plekken. Niet al het gecontracteerde aanbod is geschikt, enerzijds vanwege de beschikbare randvoorwaarden in infrastructuur en beschikbaarheid van fysieke capaciteit, anderzijds in de beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel. Daarnaast is de omstandigheid waarin de klant zich bevindt vaak ook een complicerende factor, bijvoorbeeld omdat er (geen) sprake is van een Rechterlijke Machtiging. Zo kan er in situaties al dan niet sprake zijn van een Rechterlijke Machtiging, waardoor er sprake is van een gedwongen opname. Dat stelt specifieke eisen aan accommodatie en deskundigheid van medewerkers. Dat kan de bemiddeling bemoeilijken.

Het gevolg is dat deze groep mensen overbruggingszorg thuis ontvangt terwijl dit nauwelijks houdbaar is, voor zowel de klant als het netwerk. Klanten die wel intramuraal verblijven worden overgeplaatst, binnen of tussen de instellingen, doordat aanbod telkens weer niet aansluit bij de specifieke zorgvraag van de klant. Het komt ook voor dat de klant zich onttrekt aan de zorg omdat hij zich niet gehoord voelt.
Zorgaanbieders proberen daar op in te spelen, maar worden ook geconfronteerd met dilemma's. Wanneer er bijvoorbeeld een specifieke setting nodig is, dan blijken er onvoldoende mogelijkheden de beschikbare capaciteit te realiseren.

Per regio kunnen zowel de klantvragen als het beschikbare zorgaanbod verschillen. Hierin kan bij uitstek de rol van het zorgkantoor in beeld komen. We hebben als taak om voldoende zorg in te kopen; zorg die inspeelt op de specifieke wensen van klanten. Maar ook om klanten te ondersteunen in het realiseren van voor hen passende zorg.

We zijn voortdurend in dialoog met klanten(organisaties) en zorgaanbieders om de best passende zorgoplossingen te realiseren. Op regionaal niveau worden door zorgkantoren met partijen knelpunten geïnventariseerd, acties benoemd en ondernomen. Hoe ieder zorgkantoor hieraan werkt staat beschreven in het zorgkantoorspecifieke inkoopkader. Landelijk is een tafel 'passende plaatsen voor Wlz klanten' ingesteld om juist voor de GZ klanten met complexe zorgvraag de grootste knelpunten op te lossen.

2.6 Advies behandeling in de Wlz

Doel	Toekomstig beleid
Versie	1
Laatste update	1 november 2017

Over het advies behandeling moet nog definitieve besluitvorming plaatsvinden

Het Zorginstituut heeft aan VWS een advies uitgebracht over de positionering behandeling en aanvullende zorgvormen in de Wlz. Het Zorginstituut adviseert om het verschil in pakket tussen verblijf met behandeling en verblijf zonder behandeling op te heffen. Wlz klanten hebben integrale zorg nodig, daarom moet het Wlz pakket breed zijn samengesteld. Het Zorginstituut adviseert om de volgende zorgvormen onderdeel te laten zijn van het pakket voor alle klanten die zorg krijgen met verblijf of zorg krijgen in een geclusterd VPT:

- Verzorging, verpleging en begeleiding;
- Wlz-specifieke behandeling en geneeskundige zorg van algemeen medische aard;
- Behandeling van een psychische stoornis, als de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de Wlz-specifieke behandeling;
- Alle hulpmiddelen;
- Tandheelkundige zorg;
- Alle paramedische zorg;
- Farmaceutische zorg.

Het volledige rapport staat op de website van het Zorginstituut. Politieke besluitvorming over de definitieve positionering van behandeling moet nog plaatsvinden. Zorgkantoren werken nadien hun beleid rond behandeling in de Wlz uit in lijn met hetgeen besloten.

3. Inkoopthema's

3.1 Specialistische zorg

Doel	Inkoopvoorwaarden
Versie	1
Laatste update	1 juni 2017

Gespecialiseerde zorgaanbieders
Belangrijk is de blijvende aandacht voor het in stand houden van specifieke specialistische kennis bij zorgaanbieders die zich op specifieke doelgroepen richten, zodat de kwaliteit en doelmatigheid van de betreffende zorg geborgd blijft voor klanten. Dit brengt met zich mee dat deze specialistische zorg gericht en bij een beperkt aantal aanbieders wordt ingekocht. We denken hierbij onder andere aan de gespecialiseerde behandelcentra voor de SGLVG doelgroep, de epilepsiecentra, de gespecialiseerde zorg voor zintuiglijk gehandicapten en aan de zorg die gefinancierd wordt door middel van toeslagen zoals observatie en beademing.

Om de kwaliteit te borgen kopen zorgkantoren de specialistische zorg in beperkte omvang in. Alle in te kopen zorg moet voldoen aan de beleidsregels van de NZa, de kwaliteitskaders en de van toepassing zijnde veldnormen. Voor een aantal vormen van specialistische zorg gelden een aantal aanvullende voorwaarden. Het is niet vanzelfsprekend dat met iedere zorgaanbieder die hieraan voldoet een afspraak wordt gemaakt. Wij kijken ook naar voldoende beschikbaarheid van specialistische zorg in de regio of meerdere regio's indien het bovenregionale zorg betreft.

De aanvullende voorwaarden worden voor de volgende vormen van specialistische zorg hieronder nader benoemd:

- toeslag (non) invasieve beademing;
- toeslag observatie;
- toeslag gespecialiseerde epilepsie;
- zorg voor zintuigelijk beperkten;
- overige (specialistische) ZZP's (VG7 en VV9B)

3.2 Toeslag (non) invasieve beademing

Doel	Inkoopvoorwaarden
Versie	2
Laatste update	1 november 2017

Een vorm van specialistische zorg, waarvoor de zorgkantoren het belangrijk vinden aanvullende voorwaarden te stellen is de beademingszorg. Voor deze zorg bestaat een toeslag.
De toeslag is van toepassing op de LG, VG en V&V ZZP's.
Voor de toeslag invasieve en non-invasieve beademing geldt het volgende in aanvulling op de paragraaf inzake de Toeslag (non) Invasieve beademing (IB) in de Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten (in versie BR/REG-17137c, paragraaf 7.4):

- Deze prestatie met bijbehorende tariefafspraak is zowel van toepassing op de planbare als de niet-planbare inzet van personeel;
- Er zijn aantoonbaar contacten met zowel medisch-specialisten als het Centrum voor Thuisbeademing (CTB);
- Er is sprake van samenwerking met een nabij gelegen ziekenhuis om snel te acteren in crisissituaties;
- Het personeel dat betrokken is bij de (non) invasieve beademing van klanten is hiertoe aantoonbaar geschoold. Bij scholing is een van de Centra voor Thuisbeademing betrokken;
- De organisatie heeft kennis en kunde continu paraat en maakt deze specialistische functie bekend op haar website en in het foldermateriaal;
- Specifiek voor de invasieve beademing: gezien het medisch-specialistische karakter van deze zorg kan deze alleen worden geleverd waar behandeling wordt geboden. Deze beademingsplekken worden zo veel als mogelijk geclusterd geleverd en hebben een regionale functie.

3.3 Toeslag observatie

Doel	Inkoopvoorwaarden
Versie	2
Laatste update	1 november 2017

De toeslag observatie is bedoeld voor het vaststellen van een definitieve grondslag. Het CIZ gaf hiervoor ten tijde van de ABWZ een tijdelijke indicatie af. Navraag bij het CIZ leert, dat dit niet meer wordt gedaan. Zij geven geen tijdelijk indicatie meer af en zij geven pas een indicatie af als de grondslag is vastgesteld. Dit heeft als gevolg dat deze toeslag zoals beschreven in de NZa beleidsregels niet meer passend is met de vigerende regels voor de indicatiestelling. Wij kunnen ons overigens wel voorstellen dat observatie een functie is die ook binnen de Wlz van toepassing kan zijn. Zorgkantoren zijn in gesprek met de NZa om te bespreken of de Beleidsregel voor de observatietoeslag kan worden herzien.
Zorgkantoren maken in de tussentijd geen nieuwe afspraken over het leveren van observatie, voor zover de bestaande afspraken toereikend zijn. Dit naar oordeel van het zorgkantoor. De bestaande afspraken worden geëvalueerd.

Voor de toeslag observatie handhaven de zorgkantoren in aanvulling op de paragraaf inzake de Toeslag Observatie in de Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten 2017 (in versie BR/REG-17137c, paragraaf 7.6) de volgende voorwaarden:

- De zorgaanbieder verzorgt voor deze functie een regionaal aanbod;
- Bij klanten die worden opgenomen op een observatieplaats, is vastgesteld dat observatie uitsluitend kan plaatsvinden binnen een klinische setting. In algemene zin heeft ambulante observatie de voorkeur;
- De zorgaanbieder heeft criteria ontwikkeld op basis waarvan een klant opgenomen wordt op een observatieplaats;
- Observatie vindt in eerste instantie plaats binnen een periode van een halfjaar of korter. Deze periode kan eventueel verlengd worden met drie maanden tot in totaliteit maximaal een jaar observatie;
- Zorgaanbieders met wie een observatietoeslag wordt afgesproken, beschikken over voldoende deskundigheid om observatie en diagnostiek te kunnen uitvoeren;
- De behandelaar is eindverantwoordelijk voor het observatieproces en het resultaat van de observatie in de vorm van een observatierapport (en behandeladvies). De begeleiding van de klant binnen de observatieplaatsen en het uitvoeren van taken ten aanzien van het observatieproces vindt plaats door medewerkers op hbo-niveau.

3.4 Toeslag gespecialiseerde epilepsie

Doel	Inkoopvoorwaarden
Versie	1
Laatste update	1 juni 2017

Een vorm van specialistische zorg, waarvoor de zorgkantoren het belangrijk vinden aanvullende voorwaarden te stellen is de gespecialiseerde epilepsiezorg. Voor deze zorg bestaat een toeslag. Voor de toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg geldt het volgende in aanvulling op de paragrafen inzake de Toeslag Gespecialiseerde epilepsiezorg (GEZ) laag/midden/hoog in de Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten 2017 (in versie BR/REG-17137c paragraaf 7.7, 7.8 en 7.9):

- De zorg wordt geleverd door een instelling die het volledige spectrum aan epilepsiezorg op een kwalitatief toereikend niveau aanbiedt; hiertoe behoort ook gespecialiseerd onderwijs voor epilepsie;
- De zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder die zowel derdelijns klinische, als langdurige epilepsiezorg levert en daarmee een landelijke functie voor deze specifieke doelgroep vervult;
- De zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder die voortdurend wetenschappelijk onderzoek verricht op het gebied van epilepsie, in samenwerking met academische partners. De zorgaanbieder heeft geborgd dat de resultaten en recente ontwikkelingen in de klinische en langdurige zorg worden geïmplementeerd;
- Alle medewerkers die directe klantcontacten (kunnen) hebben (dus zowel zorg verlenend als niet-zorg verlenend personeel), zijn toegerust om adequaat te handelen in relatie tot de specifieke doelgroep.

3.5 Zorg aan zintuigelijk beperkten

Doel	Aanverwant beleid en inkoopvoorwaarden.
Versie	1
Laatste update	1 juni 2017

Een belangrijk deel van de zorg voor zintuiglijk beperkten is met ingang van het jaar 2015 overgeheveld naar de WMO (begeleiding) en de Zvw (behandeling). Er kunnen zich de volgende situaties voordoen:

- Iemand heeft een indicatie voor een zorgprofiel, anders dan een zorgprofiel voor zintuigelijke handicap (ZG), én heeft behandeling nodig voor zijn zintuiglijke handicap. Dan wordt deze zintuiglijke behandeling vergoed vanuit de Zvw. Deze behandeling wordt geleverd bovenop de Wlz-zorg;
- Iemand heeft een indicatie voor een ZG-zorgprofiel en heeft behandeling nodig voor zijn zintuigelijke handicap. De behandeling ZG wordt in dit geval wel betaald uit de Wlz en niet uit de Zvw. De behandeling is dan integraal onderdeel van het zorgprofiel;
- Voor klanten met een ZZP ZGvis 1 en 2 die structureel ZG behandeling nodig hebben, kan een herindicatie worden aangevraagd. Als de behandeling voor een beperkte periode nodig is, kan toestemming[1] worden aangevraagd om behandeling ZG naast het ZZP ZG te declareren. Bij ZZP ZGvis 1 en 2 is behandeling namelijk géén onderdeel van het ZZP. Voor de prestaties ZGvis 3 t/m 5 kán behandeling onderdeel zijn van het ZZP en wordt hiervoor ook gecompenseerd in het ZZP ZG-tarief. Als na herindicatie het geïndiceerde zorgprofiel een ZZP ZGvis 3 t/m 5 is, is er wel behandeling onderdeel van het basis ZZP budget en kan de BH ZG vanuit de rekenmodule worden gefinancierd.

Beleidsregel BR/REG-17137c en bijlage zorgprestaties zorgzwaartepakketten GHZ:
Om in de Wlz een ZZP ZG te leveren gelden voor de zorg voor mensen met een auditieve, communicatieve en visuele beperking de volgende voorwaarden:

- De ZG is een kleine, maar diverse doelgroep waarbij specifieke deskundigheid wordt gevraagd, zoals bijvoorbeeld het beheersen van communicatiemethoden (gebarentaal, braille). Deze specifieke deskundigheid dient binnen de instelling aanwezig te zijn de continuïteit van de zorg die nodig is te kunnen garanderen en te blijven ontwikkelen;
- Om dit te kunnen bewerkstelligen, dient er een bepaald volume klanten ZG aanwezig te zijn;
- De diversiteit is deels te verklaren uit het feit dat er veelal sprake is van een combinatie van beperkingen, wat ervoor zorgt dat de problematiek complex en multidisciplinair van aard is. Medewerkers moeten geschoold zijn in de specifieke ondersteuning die ontstaat door de combinatie van deze verschillende beperkingen;
- Er een multidisciplinair team met expertise over de ZG aanwezig is;
- De leefomgeving moet zijn aangepast op de zintuiglijke beperking. Voorbeelden: akoestische aspecten, verlichting en inrichting van de ruimten, gebouw gebonden hulpmiddelen.

[1] Zie ook B7 Wlz-behandeling

3.6 Overige (specialistische) ZZP's

Doel	Inkoopvoorwaarden
Versie	1
Laatste update	1 juni 2017

Beleidsregel BR/REG-17137c en bijlage zorgprestaties zorgzwaartepakketten GHZ:

ZZP 7 VG

- VG 7 klanten hebben meestal behoefte aan een gesloten/besloten setting. De organisatie moet hierin voorzien;
- Er is permanent toezicht en mogelijkheid tot direct ingrijpen;
- Indien noodzakelijk moeten Middelen en Maatregelen (op basis van BOPZ erkenning) kunnen worden toegepast;
- Middelen en maatregelen BOPZ moeten kunnen worden toegepast;
- Individuele risico's van klanten worden vastgelegd in het zorgplan of signaleringsplan;
- Er is een adequaat alarmeringssysteem en direct back-up van collega's aanwezig; er moet binnen 5 minuten iemand bij de klant kunnen zijn;
- Er is periodieke scholing met betrekking tot agressieregulering, gedragsproblemen, en dergelijke;
- Er moet een AVG, gedragsdeskundige en begeleiders niveau HBO aanwezig zijn.

Beleidsregel BR/REG-17137c en bijlage zorgprestaties zorgzwaartepakketten V&V:

ZZP 9b V&V (herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging)
Gezien het medisch-specialistische karakter van dit ZZP-pakket, kan deze zorg alleen worden geleverd op een locatie/plaats waar behandeling wordt geboden.

3.7 Wlz-behandeling

Doel	Gedragslijn
Versie	2
Laatste update	1 november 2017

De Wlz aanspraak omvat behandeling voor alle Wlz klanten
Met de invoering van de Wlz hebben alle klanten binnen de Wlz recht gekregen op Wlz-behandeling. Het zorginstituut heeft inmiddels ook advies uitgebracht over de positionering van behandeling binnen de Wlz (A6). Hierover moet nog besluitvorming plaatsvinden. In de tussentijd hebben we in de praktijk nog te maken met regelgeving die bepaalt voor wie welke behandeling binnen de Wlz bekostigd kan worden. Wlz behandeling is hiermee niet voor alle klanten even goed toegankelijk.

Voor de sectoren V&V en GZ hanteren de zorgkantoren de volgende beleidslijn voor klanten die verblijven
Aangezien er nog geen structurele oplossing is voor Wlz-behandeling hanteren we een overbruggings- periode. Het is mogelijk om individuele behandeling (MPT) te declareren bovenop het ZZP of VPT (exclusief behandeling). De zorgaanbieder die de zorg levert, moet hiervoor wel toegelaten zijn voor het leveren van behandeling en hierover afspraken hebben gemaakt met het zorgkantoor.

De huisarts blijft verantwoordelijk
Het is in beginsel alleen mogelijk om MPT-behandeling te declareren naast een ZZP- of VPT exclusief behandeling ten behoeve van de consultatie van de SOG (H335)/AVG arts (H336) door huisartsen. De H335 en de H336 kan op consultbasis ingezet worden door een huisarts. De SOG/AVG arts kunnen bepalen of ook andere behandelvormen, bijvoorbeeld paramedisch, kortdurend kunnen worden ingezet. De criteria waaronder dit plaats kan vinden staan beschreven in het Voorschrift Zorgtoewijzing.

De machtiging voor het inzetten van de overige behandelprestaties vervalt
Voor het kortdurend (aanvullend) declareren van de overige behandelprestaties genoemd in de beleidsregel BR/REG 18141 hoeft u vooraf geen toestemming meer te vragen aan het zorgkantoor. De zorgkantoren toetsen achteraf of behandeling doelmatig is ingezeten voldoet aan de criteria zoals beschreven in het Voorschrift Zorgtoewijzing.

Omzetting van ZZP exclusief behandeling naar inclusief behandeling
Indien de vraag om behandeling van klanten structureel van aard is, kan overwogen worden het ZZP exclusief behandeling om te zetten naar een ZZP inclusief behandeling. Dit dient altijd te worden besproken met de zorginkoper van uw zorgkantoor. Het is regionaal beleid en afhankelijk van de beschikbare contracteerruimte van het zorgkantoor hoe het betreffende zorgkantoor met dit verzoek omgaat.

3.8 Versterken van de SO bij consultatie in de thuissituatie (V&V)

Doel	Gedragslijn
Versie	1
Laatste update	14 december 2017

Dit thema is alleen van toepassing voor de V&V. Analoog aan de hieronder beschreven werkwijze kan de AVG arts bij consultatie door de huisarts andere disciplines inzetten en onder de H336/ S336 declareren. Dit kan alleen wanneer de inzet van andere disciplines nodig is om de huisarts van een passend antwoord te voorzien.

Kwetsbare ouderen langer thuis laten wonen vraagt om de inzet van een brede deskundigheid

Het beleid van de overheid en de zorgkantoren is erop gericht om ouderen zolang mogelijk thuis te laten wonen. De inzet van de juiste deskundigheid kan hiertoe bijdrage. De inzet van de SO voor ouderen die nog thuis wonen is reeds geregeld via de prestaties: H335 en S335. Er bleek echter behoefte aan specifieke deskundigheid ter ondersteuning van de SO om het doel te behalen.

Inzet van een bredere deskundigheid voor ouderen in de thuissituatie is verbeterd

Onder verantwoordelijkheid van de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) is het vanaf 2017 mogelijk om ook andere disciplines, zoals de gedragswetenschapper, te consulteren door de huisarts voor ouderen die thuis wonen. De voorwaarden waaronder dit kan worden hieronder toegelicht. Dit geldt zowel voor klanten met als zonder een Wlz indicatie. Daarnaast kan een huisarts buiten een SO om een gedragswetenschapper consulteren/inschakelen. Hiervoor blijft echter wel een indicatie van het CIZ nodig.

Onder de regie van de SO-arts kunnen andere disciplines worden ingezet in de thuissituatie

De SO kan binnen de subsidieregeling extramurale behandeling **indicatievri**j en binnen de Wlz toewijzingsvrij worden ingezet door de huisarts voor respectievelijk de prestatie S335 en H335. Deze contacten kunnen bestaan uit:

- consultatie;
- diagnostiek, of;
- uitvoering en regie op het behandelplan na diagnostiek (voorheen medebehandeling).

Bij de consultatie loopt de SO soms aan tegen het feit dat ze graag ook andere disciplines mee zouden willen laten kijken alvorens te rapporteren naar de huisarts. Alle betrokken partijen zijn tot een oplossing gekomen voor dit knelpunt. Andere deskundigen mogen per 1/1/2017 ingezet worden onder verantwoordelijkheid van de SO. Wanneer de huisarts een SO consulteert voor een vraagstuk rond een klant, kan de SO onder zijn/haar verantwoordelijkheid een andere discipline raadplegen. De SO blijft eindverantwoordelijk voor deze discipline en draagt tevens verantwoordelijkheid voor een juiste declaratie en terugkoppeling naar de huisarts. De huisarts blijft hoofdbehandelaar. Deze verantwoordelijkheden tussen de huisarts en SO zijn vastgelegd in het convenant LHV-VERENSO.

Er gelden 3 voorwaarden voor declareren door de SO van consultatie (S335/H335) met een bijdrage van andere disciplines

Voorwaarden die gelden voor het declareren van de consultatie S335/H335 door de SO voor de inzet van een gedragswetenschapper, verpleegkundig specialist of andere behandelaren zijn:

- Deze in te zetten professional levert zorg/behandeling onder verantwoordelijkheid van en onder de regie van de SO;
- Op de achtergrond is de SO voortdurend aanwezig. Het gaat om kortdurende inzet. We gaan er van uit dat de inzet van andere deskundigen veelal gaat om de inzet van een gedragskundige bij het eenmalig geriatrisch assessment;
- De inzet van deze professional ten laste van de subsidie regeling Extramurale behandeling mag niet tegelijkertijd voor dezelfde zorg en persoon ten laste van de Zvw worden gedeclareerd.

Voor meer structurele inzet zijn er andere behandelprestaties en vormen

De behandelprestaties in de Wlz en van de subsidieregeling extramurale behandeling zijn inhoudelijk beschreven in de Beleidsregels (BR-REG 17135) Modulaire Pakket Thuis reguliere Wlz. Voor klanten thuis zonder Wlz-indicatie is de subsidieregeling Extramurale behandeling van toepassing. Voor behandeling aan klanten thuis met een Wlz-indicatie gelden de regels voor zorg thuis uit het Voorschrift Zorgtoewijzing.

3.9 Trombose zorg

Doel	Gewijzigd beleid
Versie	2
Laatste update	1 november 2017

Trombosezorg aan klanten die verblijven op een plaats met behandeling wordt Wlz
Vanaf 1 januari 2018 wijzigt de bekostiging van trombosezorg. Voor Wlz-klanten die in een zorginstelling op een plek verblijven die gecontracteerd is met behandeling, valt de trombosezorg onder de Wlz. Trombosezorg aan klanten waarvoor het verblijf gedeclareerd wordt als ZZP zonder behandeling blijft onderdeel van de Zvw.

Trombosezorg maakt per 2018 integraal onderdeel uit van het tarief
Met ingang van 1 januari 2018 zijn de ZZP- tarieven met behandeling verhoogd voor het bieden trombosezorg.

3.10 Gespecialiseerde verpleging voor mensen met een Wlz-indicatie.

Doel	Gewijzigd beleid
Versie	1
Laatste update	1 november 2017

Voor mensen met een indicatie voor de (Wlz) valt verpleging onder de Wlz
Ook als de medisch-specialist tijdelijk verpleging thuis voorschrijft. Verpleging op voorschrift van een specialist wordt nu vaak nog vanuit de Zorgverzekeringswet betaald. Vanaf 1 januari 2018 verandert dat. Voor mensen met een Wlz-indicatie wordt dan ook verpleging op voorschrift van een specialist vanuit de Wlz betaald. 'Verpleging onder directe aansturing van een medisch specialist' blijft onder de Zvw vallen, ook voor mensen met een Wlz-indicatie. Deze verpleging is onderdeel van de medisch specialistische zorg (diagnose behandelcombinatie).

Voor VPT en ZZP pakketten zijn de tarieven van 2018 aangepast
Voor mensen die in een Wlz-instelling wonen of hun zorg via een VPT krijgen, valt deze zorg onder de integrale bekostiging van het zorgprofiel.

In de thuissituatie bestaat de mogelijkheid tot (tijdelijk) extra financiering
Vaak is er voldoende ruimte in het bestaande zorgprofiel van de klant. De gespecialiseerde verpleging wordt daar dan uit betaald. Klanten met een persoonsgebonden budget (pgb) of modulair pakket thuis (mpt) kunnen extra financiering voor gespecialiseerde verpleging krijgen als hun zorgprofiel niet genoeg ruimte heeft. Met deze maatregel wordt voorkomen dat mensen niet de zorg ontvangen die ze nodig hebben. Een nadere uitwerking bij MPT of PGB wordt binnenkort opgenomen in een nieuwe versie van het Voorschrift Zorgtoewijzing.

3.11 Huishoudelijke hulp

Doel	Gedragslijn
Versie	2
Laatste update	1 november 2017

Klanten met zorg thuis kunnen 'huishoudelijke hulp' krijgen
Vanuit de Wlz hebben alle klanten recht op 'schoonhouden van de woning'. Bij zorg thuis kan er meer nodig zijn dan alleen schoonmaken. Denk aan opruimen, bedden opmaken en de maaltijd klaarmaken.

VWS past de aanspraak 'schoonmaak' voor klanten met zorg thuis aan naar 'huishoudelijke hulp'
Om de term in de Wlz aan te passen is een wetswijziging nodig. Deze wetswijziging wordt met terugwerkende kracht ingevoerd op 1 januari 2015. De formele wetswijziging gebeurt waarschijnlijk in 2019, maar in de praktijk wordt de hulp al aangepast. Vooruitlopend op de formele wetswijziging, worden het Wlz-kompas van het Zorginstituut en de Beleidsregels van de NZa aangepast.

Huishoudelijke hulp moet binnen de financiële kaders voor het MPT geleverd worden
In 2017 is een uitzondering gemaakt voor de bestaande Wlz klanten waarbij huishoudelijke hulp per 1 april 2017 is overgeheveld naar de Wlz en waarbij de omvang van huishoudelijke hulp niet past binnen kader voor zorg thuis. Voor deze klanten geldt een overgangsmaatregel. Deze overgangsmaatregel wordt met terugwerkende kracht tot 1 april 2017 via een aanpassing in de Regeling Langdurige Zorg geformaliseerd en geldt tot en met 31 december 2017. Zorgaanbieders moeten gedurende dit jaar met de klant gaan bespreken hoe vanaf 2018 het totaal aan zorg wel binnen het kader voor zorg thuis past. Wanneer dit niet mogelijk blijkt gaan zorgaanbieders hierover het gesprek aan met het zorgkantoor om de mogelijkheden en alternatieven voor de klant te bespreken. Indien een klant een MPT ontvangt en alleen huishoudelijke hulp verzilvert, hanteren zorgkantoren dezelfde werkwijze als bij een klant die geen voorkeursaanbieder heeft uitgesproken. De klant wordt dan geleid naar een natura zorgaanbieder die ook huishoudelijke hulp levert.

Huishoudelijke hulp mag in onderaanneming geleverd worden
Zorgkantoren stellen als voorwaarde dat de onderaannemer lid is van de brancheorganisatie OSB of SIEV en moet kunnen aantonen dat hij voldoet aan het OSB dan wel het SIEV. Ten aanzien van de kwaliteitseisen stellen wij ter verduidelijking dat een lidmaatschap van de SIEV en OSB alleen van toepassing is voor onderaannemers die alleen de prestatie huishoudelijke hulp leveren, voor zover deze geen Wtzi-toelating hebben, geen lid is van een van de brancheorganisaties zorg en niet vallen onder één van de CAO's van de betreffende branches. Zorgaanbieders zijn verplicht ook de inzet van onderaannemers voor huishoudelijke hulp bij het zorgkantoor te melden. Dit geldt ook voor ZZP'ers.

De eis voor het lidmaatschap voor OSB of SIEV is niet van toepassing op zzp'ers die in onderaanneming huishoudelijke hulp leveren aan klanten met een Wlz indicatie
Met het vervallen van de eis tot lidmaatschap OSB en SIEV benadrukken wij voor deze onderaannemers nadrukkelijk artikel 9 van de overeenkomst Wlz 2018. In het bijzonder Lid 2 dat stelt dat "de hoofdaannemer garandeert dat de zorgverlening door de onderaannemer(s) aan dezelfde eisen voldoet, als die welke aan de zorgverlening door de zorgaanbieder zelf zijn

gesteld". Zorgkantoren gaan er van uit dat zorgaanbieders die zzp'ers inzetten voor het leveren van schoonmaak er voor in staan, dat deze zich houden aan de binnen de betreffende sector geldende kwaliteitseisen voor zover deze betrekking hebben op de aard van de te leveren zorg.

3.12 Zorg en onderwijs

Doel	Gedragslijn
Versie	2
Laatste update	1 november 2017

Wat wordt verstaan onder extra zorg en ondersteuning tijdens onderwijs?
Wlz zorg en ondersteuning tijdens onderwijs kan, zoals in de 'Handreiking onderwijs en zorg' beschreven, bestaan uit persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding. Er valt dan te denken aan hulp bij eten en drinken, toiletbezoek, het bewegen en/of zich verplaatsen, hulp bij een stoma, hulp bij het toedienen of gebruik van medicijnen, ondersteuning bij praktische zaken en bij communicatie (begrijpen wat anderen zeggen en jezelf begrijpelijk maken) of het leren om zelf regie te houden (dag- of weekplanning maken).

Wat verwachten we van de zorgaanbieder?
Zorgkantoren verwachten dat zorgaanbieders op constructieve wijze afspraken maken met scholen over het verlenen van zorg en ondersteuning tijdens het onderwijs. De zorgverlening vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder, waar de klant in zorg is. Deze mag hiervoor eigen personeel of personeel van de school inzetten. Voorwaarde is dat de medewerker extra wordt ingezet bovenop de reguliere formatie. Het is raadzaam om tijdig met ouders te bespreken dat zorg bij onderwijs ook binnen de Wlz-financiering vormgegeven moet worden.

Zorg en ondersteuning tijdens onderwijs kan zowel in PGB als ZIN plaatsvinden
Kinderen die gebruik maken van zorg en ondersteuning kunnen zelf kiezen en afstemmen met school welke zorgaanbieder de betreffende zorg tijdens onderwijs gaat bieden en of financiering dan via PGB of ZIN plaatsvindt. Er zijn vier vormen van financieren van zorg tijdens onderwijs: via PGB, via MPT (al dan niet in combinatie met PGB), op basis van een ZZP of VPT inclusief dagbesteding. In algemene zin gelden voor de volgende voorwaarden voor de declaratie van de geïndiceerde zorg voor zorg en ondersteuning tijdens onderwijs:

- Conform de Handreiking onderwijs en zorg (zie de link hieronder) moeten de afspraken die gemaakt worden door ouders, school en de betrokken partners over de zorg tijdens de onderwijs-uren vastgelegd worden in een zorgplan;
- Voor de inzet van zorg tijdens onderwijs op basis van PGB geeft het zorgkantoor toestemming door middel van de beschikking op het budgetplan op basis van de zorgbeschrijving en het contract met de zorgaanbieder.
- Mocht de situatie zich voor doen dat het kind ziek is dan is het ook mogelijk om de extra zorg thuis in te zetten of in de woonvorm.
- De geïndiceerde functie BG-GRP kan tijdens de schoolvakanties en/of indien het kind niet alle dagen van de week naar school gaat in de vorm van dagbesteding worden ingezet.

De te declareren zorg moet in relatie staan tot de gemaakte kosten

Zorgkantoren verwachten dat er een grote verscheidenheid bestaat in de wijze waarop ouders met scholen en zorgaanbieders afspraken maken over de inzet van zorg en ondersteuning. Dit is onder andere afhankelijk van het aantal kinderen met een zorg en/of ondersteuningsvraag en de beschikbare deskundigheid op de betreffende school. Voor de doelmatige inzet van middelen in

de Wlz is de wijze van financiering van zorg en ondersteuning tijdens onderwijs als volgt voor de verschillende leveringsvormen:

- PGB: de daadwerkelijk ingezette uren moeten verantwoord worden binnen de indicatie en budget.
- MPT: de daadwerkelijk geleverde uren zorg en ondersteuning tijdens onderwijs kunnen binnen de reikwijdte van de indicatie en het goedgekeurde MPT gedeclareerd worden. De kind- toeslagen op de dagbesteding is bij zorg en onderwijs niet van toepassing.
- Intramuraal verblijvende klanten: wanneer zorg en ondersteuning daadwerkelijk tijdens onderwijs wordt ingezet kan deze gefinancierd worden middels het declareren van een ZZP inclusief dagbesteding. Zorgkantoren vertrouwen er op dat zorgaanbieders alleen de ZZP inclusief dagbesteding declareren wanneer de waarde van de dagbestedingscomponent in relatie staat tot de kosten van zorg en ondersteuning tijdens onderwijs (voor al hun klanten). De toeslag kind op de dagbesteding is bij zorg en ondersteuning tijdens onderwijs niet van toepassing.

Meer informatie is te vinden in de handreiking zorg en onderwijs:
https://www.passendonderwijs.nl/brochures/handreiking-onderwijs-en-zorg-gesprekshandleiding/

3.13 Hulpmiddelen en roerende voorzieningen

Doel	Aanverwant beleid
Versie	2
Laatste update	1 november 2017

Hulpmiddelen behoren tot de Wlz (ZZP verblijf met behandeling)
Bij verblijf en behandeling door dezelfde instelling vallen alle hulpmiddelen die noodzakelijk zijn om de zorg in de instelling te kunnen bieden onder de Wlz. Een deel van deze hulpmiddelen valt binnen het budget van de instelling. Een ander deel wordt boven budgettair gefinancierd. Hierover maken zorgkantoren aparte afspraken met leveranciers.

Hulpmiddelen die niet op maat gemaakt worden vallen binnen het budget van de instelling
Het gaat om de zogenaamde outillagemiddelen. Denk bijvoorbeeld aan stomamaterialen, wondzorgproducten, infuuspompen, tilliften en bedden.

De op maat gemaakte hulpmiddelen worden boven budgettair gefinancierd
Het gaat hierbij om rolstoelen voor individueel gebruik en persoonsgebonden hulpmiddelen. Denk bijvoorbeeld aan persoonsgebonden kleding, prothesen en statische ligorthesen. Meer informatie vindt u in artikel 3.1.2 van het Besluit Langdurige Zorg en in de Beleidsregel NZa CA-NR-1653b. Individueel aangepaste rolstoelen worden vanuit de Wlz gefinancierd voor klanten in een Wlz-instelling met behandeling. Gemeenten verstrekken scootmobielen en aangepaste, niet algemeen gebruikelijke fietsen.

De boven budgettair gefinancierde hulpmiddelen worden apart ingekocht
De zorgkantoren sluiten contracten met hulpmiddelenleveranciers. Deze leveranciers leveren in opdracht van de Wlz-zorgaanbieder het hulpmiddel en faciliteren de zorgaanbieder in een juist en veilig gebruik van het hulpmiddel. De hulpmiddelenleverancier declareert rechtstreeks bij het zorgkantoor.

Voor boven budgettair gefinancierde hulpmiddelen gelden specifieke protocollen
Deze maken onderdeel uit van de overeenkomst met de leveranciers en zijn door de meeste zorgkantoren opgenomen in het regionale deel van de overeenkomst. Het gebruik en de toepassing van de protocollen geldt dus zowel voor zorgaanbieder als hulpmiddelenleverancier. In de protocollen vindt u ook de aanvraagprocedure. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het zorgkantoor of raadpleeg de website van uw zorgkantoor.

Het is belangrijk dat zorgaanbieders en leveranciers van hulpmiddelen goed samenwerken
We verwachten dat u samenwerkt met de voor boven budgettair gefinancierde hulpmiddelen gecontracteerde partijen. Goede samenwerking is van belang om de kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid voor de hulpmiddelen zorg te borgen.

Hulpmiddelen voor overige Wlz-klanten (ZZP-verblijf zonder behandeling, VPT en MPT)
Als hulpmiddelen niet uit de Wlz vergoed worden, is het niet eenvoudig om een richtlijn te benoemen die aangeeft of een hulpmiddel voor een thuiswonende Wlz klant betaald wordt door de gemeente of door de zorgverzekeraar. In het algemeen geldt dat mobiliteitshulpmiddelen voor individueel gebruik, door de gemeenten worden geregeld en betaald. Wanneer u twijfelt over een andere hulpmiddelen of meer informatie wilt kunt u de website van de gemeente of de zorgverzekeraar raadplegen.

Verwachte wijziging vergoeding mobiliteitshulpmiddelen aan klanten met een Wlz indicatie per 2019

In de Wlz is een overheveling van mobiliteitshulpmiddelen vanuit de Wmo naar de Wlz voorzien. Hierbij is met VNG en ZN afgesproken dat tot aan definitieve afspraken over deze overheveling alles zoveel mogelijk gelijk blijft ten opzichte van de AWBZ.
Inmiddels is besloten op termijn de verantwoordelijkheden voor mobiliteitshulpmiddelen als volgt in te delen: iedereen die met een Wlz-indicatie thuis woont krijgt deze voorzieningen vanuit de Wmo, alle klanten die in een instelling krijgen deze van het zorgkantoor.

3.14 Mondzorg

Doel	Aanverwant en gewijzigd beleid
Versie	1
Laatste update	1 juni 2017

Mondzorg behoort tot de Wlz
Klanten met een Wlz-indicatie die verblijven op een plaats met behandeling hebben recht op Mondzorg. Het gaat hier om de leveringsvorm ZZP. Voor ZZP zonder behandeling, VPT en MPT geldt dat de tandartskosten uit de Zvw worden gefinancierd.

Wat verwachten we van de zorgaanbieder?
De zorgaanbieder regelt de dagelijkse mondzorg van het (kunst)gebit. Dit is onderdeel van de persoonlijke verzorging die iedere intramurale Wlz-klant krijgt. De afspraken die hierover zijn gemaakt tussen klant en zorgaanbieder zijn opgenomen in het zorgplan van de klant. Daar waar aanvullende mondzorg nodig is door een tandarts (of een mondhygiëniste of tandprotheticus) moet de zorgaanbieder dat regelen voor de klant. De zorgaanbieder regelt deze mondzorg en maakt hiervoor afspraken met tandartsen (of een mondhygiëniste of tandprotheticus).
Zorgkantoren verwachten daarnaast dat zorgaanbieders kwalitatief goede mondzorg aan klanten leveren, prioriteit geven aan verdere verbetering van de mondzorg en aan deskundigheidsbevordering van het personeel rondom (preventieve) mondzorg voor alle sectoren.

Verantwoordelijkheden
De zorgaanbieder is ervoor verantwoordelijk dat de zorg door de mondzorg professional kan worden geleverd (denk aan het beschikbaar stellen van een ruimte) en daadwerkelijk aan de klant wordt geleverd.
De mondzorg-professional is verantwoordelijk voor de inhoud van de behandeling.
De zorgaanbieder en de mondzorg-professional maken met elkaar afspraken over onder andere de mondzorgverlening en de informatie die ze nodig hebben om machtigingsaanvraag te doen, waar nodig, de zorg te registreren en de declareren.

Machtigingen en vergoedingen
De tandartskosten worden boven budgettair vergoed. Voor een deel van de behandelingen is een machtiging nodig en voor een deel niet. De mondzorg professional vraagt de machtiging aan en declareert bij het zorgkantoor.
De vergoedingen zijn in de Wlz anders dan in de cure. Het gaat om een beperkt aantal uurtarieven. Daarnaast mogen materiaal kosten in rekening worden gebracht. Meer informatie is hierover te vinden in Beleidsregel BR/REG-17129 Wlz-zorgaanbieders met tandartspraktijk

Soms is de vergoeding beperkt
Niet alle tandheelkundige zorg wordt (geheel) vergoed. In de regelgeving staan aanvullende regels:

- Voor bepaalde ingrepen moet de instelling of de tandarts van tevoren toestemming vragen aan het zorgkantoor. Dat is onder meer nodig bij het plaatsen van een beugel, kroon of brug. De tandarts informeert de klant over de vergoeding van de behandeling.

- Gaat een klant ergens anders wonen? Dan heeft hij nog negen weken lang recht op de tandheelkundige hulp waarmee voor de verhuizing al was begonnen. Bijvoorbeeld: hij krijgt een kunstgebit dat al is besteld nog gewoon geleverd.
- Kijk voor de precieze regels bij tandheelkundige zorg in de Regeling langdurige zorg, artikel 2.4.

Wat verandert er in het machtigingen en declaratietraject?
Papier wordt verleden tijd. Er gaat een traject van uniformering en digitalisering plaatsvinden in het uitvoeringsproces van de mondzorg in de Wlz. Met ingang van 1 juli 2017 kan gebruik gemaakt worden van het VECOZO machtigingen- en declaratieportaal voor het aanvragen van machtigingen en het indienen van declaraties.
Met ingang van 2018 zal ook de gegevensaanlevering tussen zorgkantoren en het CAK ten behoeve van de betalingen digitaal gaan verlopen. Zorgaanbieder en mondzorg-professionals al geïnformeerd over dit traject. Over volgende stappen informeren wij de zorgaanbieders en de beroepsgroepen van mond-zorgprofessionals.
Zorgaanbieders en mondzorg-professionals zijn/worden nog nader over dit traject geïnformeerd.

3.15 Palliatief terminale zorg

Doel	Gedragslijn
Versie	2
Laatste update	1 november 2017

Palliatieve terminale zorg is de zorg voor mensen in de laatste fase van hun leven
Voor zorg aan klanten met een Wlz-indicatie die lijden aan een ziekte/aandoening en die zich in de terminale levensfase bevinden – dat wil zeggen een levensverwachting van niet langer dan drie maanden en die intensieve palliatieve terminale zorg nodig hebben – is een aparte bekostiging. Daarover wordt hier meer verteld. De zorg of behandeling richt zich op een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven tijdens ziekte en sterven. Er is aandacht voor:

- lichamelijke klachten zoals pijn of benauwdheid,
- gevoelens van angst, verdriet en verwerking van de ziekte,
- vragen rondom leven en dood,
- zorg voor de naasten,
- praktische zaken.

De belangrijkste doelen van palliatieve zorg zijn het verlichten van lichamelijk, psychosociaal en spiritueel lijden en het ondersteunen bij de afronding van het bestaan.

De indicatiestelling voor PTZ vervalt per 1 januari 2018
Het CIZ indiceert met ingang van 1-1-2018 niet meer voor de palliatieve terminale zorg.

Sterven maakt in principe onderdeel uit van de reguliere financiering
De vergoeding van de palliatieve zorg vindt dan ook in principe plaats vanuit het eerder toegekende zorgprofiel of kader voor zorg thuis. Zorg aan het eind van het leven is onderdeel van het zorgaanbod van zorgaanbieders en daarmee van de reguliere financiering.

De prestatie PTZ is ook opengesteld voor de GZ en GGZ sector
De dominante grondslagen voor dit zorgprofiel (ZZP VV-10) kunnen vaak zowel een somatische ziekte/aandoening als een psychogeriatrische ziekte/aandoening zijn. Als voor een GZ of een GGZ klant geldt dat de somatische en/of psychogeriatrisch problematiek dominant wordt vanwege de palliatief terminale zorgvraag dan is het mogelijk een ZZP VV-10 te declareren in plaats van het sector eigen ZZP, onder voorwaarde dat aan de voorwaarden in de beleidsregel wordt voldaan.

Onder voorwaarden is bij de verschillende leveringsvormen extra financiering mogelijk
Het is dan mogelijk om zonder indicatie palliatieve zorg te declareren, wanneer aan de genoemde voorwaarden in de Rlz en de beleidsregels van de NZa wordt voldaan en hierover productieafspraken met het zorgkantoor zijn gemaakt.

Palliatieve terminale zorg aan klanten die *verblijven in een instelling (ZZP)*:
Om het ZZP VV 10 te mogen declareren moet voldaan zijn aan de voorwaarden die gesteld worden in artikel 5.9 van beleidsregel BR/REG-18143b.

Palliatieve terminale zorg voor *klanten met een VPT:*

- Om deze prestatie te mogen declareren moet voldaan zijn aan de voorwaarden die gesteld worden in artikel 5.7 van beleidsregel BR/REG18142a

Palliatieve terminale zorg aan klanten *met een MPT*:

- De zorgaanbieder kan middels een AAT extra budget aanvragen voor het leveren van PTZ in de thuissituatie.

In het Voorschrift Zorgtoewijzing vindt u nadere informatie over het aanvragen en declareren van palliatieve zorg bij de verschillende leveringsvormen (4.10).

De richtlijnen voor palliatieve zorg zijn van toepassing
De zorg wordt geleverd in lijn met de Palliatieve zorg Richtlijnen voor de praktijk (VIKC/ IKNL, 2010) en de Zorgmodule palliatieve Zorg 1.0 en de eerder genoemde beleidsregels. Zorgkantoren maken alleen inkoopafspraken voor de ZZP VV 10 met die partijen die de richtlijn en de beleidsregels voldoen. Er is vooraf geen toestemming van het zorgkantoor nodig om deze zorg in te zetten. Toetsing vindt achteraf plaats op basis van benchmarking en materiële controle.

Wanneer het kwaliteitskader palliatieve zorg wordt opgenomen in het register van het Zorginstituut wordt dit leidend
Palliatief (Nederlandse vereniging voor professionele palliatieve zorg) en IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland) hebben in september 2017 het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland gepubliceerd. Het Kwaliteitskader is in afstemming met patiënten en naasten, zorgverleners en zorgverzekeraars ontwikkeld in lijn met de eisen van het toetsingskader van het Zorginstituut Nederland. De verwachting is dat het kwaliteitskader voor 2018 in het register van Zorginstituut Nederland wordt opgenomen. Wanneer dit plaatsvindt nemen de zorgkantoren dit kwaliteitskader als uitgangspunt voor het maken van inkoopafspraken op ZZP VV 10. Het kwaliteitskader vervangt daarmee de richtlijnen en de zorgmodule uit voorgaande alinea.

VWS heeft een informatiekaart palliatieve zorg
In de kaart is informatie voor professionals over de financiering van palliatieve zorg opgenomen. De informatiekaart staat op de website van de Rijksoverheid: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2017/02/27/informatiekaart-palliatieve-zorg-voor-professionals

3.16 Logeren

Doel	Gedragslijn
Versie	2
Laatste update	1 november 2017

Zorgkantoren volgen voor logeren de beleidsregels van de NZa
De inperking van de definitie van een dag (= etmaal) komt te vervallen. Het volgen van de beleidsregels van de NZa betekent dat zorgaanbieders de dag van aankomst (voor 20:00 uur) én dag van vertrek mogen declareren. Zorgkantoren hebben besloten de dag van vertrek toch te vergoeden, omdat de NZa heeft aangegeven daar in de tariefberekening van uit te zijn gegaan.

De dag van vertrek schrijven staat los van de aanspraak van 156 etmalen logeren op jaarbasis
Dit komt voort uit een verschil tussen de aanspraak en de financiering, waarbij respectievelijk uit wordt gegaan van een etmaal en een dag. Het Zorginstituut heeft geduid dat uitgegaan mag worden van het aantal overnachtingen. De zorgkantoren gaan vervolgens in de rekenmodule uit van een gemiddeld aantal overnachtingen per week. Zo zorgen we er voor dat logeren haalbaar blijft binnen het kader van zorg thuis. In eventuele controles op levering binnen de kaders van zorg thuis houden we rekening met deze werkwijze. De daadwerkelijk geleverde dagen moeten verantwoord kunnen worden zoals in de beleidsregels gesteld.

Zorgkantoren gaan er van uit dat de integrale tarieven toereikend zijn
De NZa heeft voor het stellen van de integrale logeertarieven kostprijsonderzoek gedaan. Zorgkantoren gaan er daarom van uit dat de integrale tarieven van de NZa in principe toereikend zijn om logeren kwalitatief goed te kunnen bieden. Het integrale tarief is gebaseerd op gemiddelden en daarmee van toepassing op alle klanten binnen de verschillende doelgroepen.

Dagbesteding en behandeling bij logeren kan aanvullend gedeclareerd worden
Dit geldt voor de situaties waar de klant dagbesteding nodig heeft bij het logeren en deze prestatie daadwerkelijk geleverd wordt, conform de definitie van dagbesteding in de beleidsregel van de NZa.[2] En voor behandeling voor zover geleverd wordt en deze behandeling niet is meegenomen in de logeerprestatie (zie NZa beleidsregel BR 18143).

De dagbesteding of behandeling bij het logeren kan rechtstreeks gedeclareerd op de functie 71
Zorgkantoren stellen de reguliere VG, LG en ZG dagbestedingsprestaties open voor declaratie bij logeren. Zorgaanbieders hoeven vooraf geen toestemming te vragen aan het zorgkantoor, wij gaan er vanuit dat zorgaanbieders de middelen voor logeren gepast inzetten. Wanneer wij controleren op de declaraties op dagbesteding en behandeling bij het logeren, moeten zorgaanbieders kunnen verantwoorden dat zij dit daadwerkelijk geleverd hebben. De dagbesteding en behandeling tijdens het logeren wordt niet ten laste gebracht van het MPT

[2] "Dagbesteding/dagbehandeling (ook dagactiviteit genoemd) is een structurele tijdsbesteding met een welomschreven doel waarbij de cliënt actief wordt betrokken en die hem zingeving verleent. Onder dagbesteding/dagbehandeling wordt niet verstaan: een reguliere dagstructurering die in de woon-/verblijfssituatie wordt geboden of een welzijnsactiviteit zoals zang, bingo, uitstapjes en dergelijke."

kader. Zorgaanbieders hoeven dit dan ook niet op te voeren in de rekenmodule voor de betreffende klant.

Het Voorschrift Zorgtoewijzing beschrijft hoe logeren aangevraagd kan worden voor klanten met zorg thuis

Het logeren van klanten die verder zorg thuis ontvangen op basis van een MPT of MPT/PGB valt onder het toetsingskader doelmatig en verantwoord thuis. Logeren evenals andere zorg thuis en zorg aansluitend op het logeren moet dus passen binnen het financiële kader voor zorg thuis. Wanneer en hoe logeren aangevraagd moeten worden voor klanten met zorg thuis staat beschreven in 4.11 van het Voorschrift Zorgtoewijzing 2017.