

# Beleidskader contractering Wlz

Zorgverzekeraars Nederland | Versie 4 | September 2019

# Inhoudsopgave

<b>1.</b>	<b>Inleiding</b>	<b>0</b>
<b>2.</b>	<b>Achtergronden</b>	<b>1</b>
2.1	Zorgplicht van het zorgkantoor	1
2.2	Ontwikkelingen in de GGZ	4
2.3	Ontwikkelingen in de gehandicaptenzorg	7
2.4	Ontwikkelingen in de V&V	8
2.5	Rechten van cliënten	10
2.6	Technologische innovatie	12
<b>3.</b>	<b>Inkoopvoorwaarden</b>	<b>13</b>
3.1	Specialistische zorg	13
3.2	Toeslag (non) invasieve beademing	14
3.3	Toeslag observatie	15
3.4	Toeslag gespecialiseerde epilepsie	16
3.5	Zorg aan zintuigelijk beperkten	17
3.6	Overige (specialistische) ZZP's	18
3.7	Zorg voor mensen met indicatie SGLVG en LVG 1 - 5	19
<b>4.</b>	<b>Aanvullend beleid</b>	<b>22</b>
4.1	Wlz-behandeling	22
4.2	Inzet Specialist Ouderengeneeskunde ter consultatie in de thuissituatie (V&V)	23
4.3	Zorg en onderwijs	25
4.4	Hulpmiddelen en roerende voorzieningen	27
4.5	Mondzorg	29
4.6	Palliatief terminale zorg	31
4.7	Meerzorg	33
4.8	Vervoer	35
4.9	Opbaren kamer na overlijden	33
4.10	Deeltijdverblijf	36

# 1. Inleiding

## **Het beleidskader Wlz bundelt de relevante informatie voor het leveren van Wlz zorg**

Het beleidskader is een aanvulling op het landelijk inkoopkader. Het beleidskader maakt helder wat zorgkantoren van zorgaanbieders verwachten bij het leveren van Wlz-zorg. In dit document zijn thema's opgenomen die meer toelichting behoeven. We geven in dit document wijzigingen op inkoopthema's aan en beschrijven tevens welke aanvullende voorwaarden en richtlijnen er vanuit de zorgkantoren zijn op de huidig geldende wet- en regelgeving.

## **Het beleidskader is leidend bij het maken van afspraken met zorgaanbieders**

De beleidslijnen en voorwaarden zijn uitgangspunt in het overleg tussen zorgkantoor en zorgaanbieder over de kwaliteit van zorg. Zorgaanbieders moeten voldoen aan de geformuleerde voorwaarden en richtlijnen die in dit document beschreven zijn, 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 ontwikkelingen en aanvullende voorwaarden zijn. Indien nodig worden de relevante branches vooraf geïnformeerd. De inhoudelijke wijzigingen van het beleidskader worden bij iedere nieuwe versie in deze inleiding benoemd en de betreffende stukken grijs gearceerd.

## **Het document is opgebouwd uit achtergronden en inkoopthema's**

De inkoopthema's hebben betrekking op

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

Per thema is aangegeven wat de versie en de laatste datum van bijstelling is.

In dit beleidskader wordt een verwijzing gemaakt naar de beleidsregels van de NZa uit 2020. Uiteraard zijn voor het jaar 2019 de beleidsregels 2019 nog van toepassing;

## **Belangrijkste wijzigingen**

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

- ontwikkelingen per sector zijn geactualiseerd;
- informatie over hulpmiddelen en roerende voorzieningen is geactualiseerd;
- gedragslijn en inkoopvoorwaarden van SGLVG en LVG 1-5 is toegevoegd
- informatie over technologische innovatie, vervoer, opbaren in kamer na overlijden en deeltijdverblijf is toegevoegd.

# 2. Achtergronden

## 2.1 Zorgplicht van het zorgkantoor

*Versie 4, september 2019*

### 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 klant met de Wlz-indicatie 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 ervoor 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 en 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 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.

### **Zorgkantoren contracteren ook partijen voor onafhankelijke cliëntondersteuning**

Klanten kunnen kiezen of ze gebruik maken van cliëntondersteuning van het zorgkantoor of van één van de gecontracteerde partijen. Zorgkantoren vinden het cruciaal 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.

### **Vanaf 1 januari 2020 contracteren zorgkantoren ook de cliëntenvertrouwenspersonen**

Dit is een apart inkooptraject en wordt voor alle zorgkantoren gezamenlijk uitgevoerd door de zorgkantoren van Menzis, Zorg en Zekerheid en Zilveren Kruis. Zilveren Kruis sluit namens alle zorgkantoren de overeenkomsten met de organisaties die de onafhankelijke cliëntenvertrouwenspersonen gaan inzetten.

Meer informatie vindt u op de website van de zorgkantoren.

### **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 zorgaanbieder gekozen heeft. De zorgplicht voor zorgaanbieders is uitgewerkt 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.

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. Klanten krijgen dan inzicht in de zorglocaties, ervaringen van klanten en/of kunnen hier hun recente ervaringen aan toevoegen en we zo de informatie aan (nieuwe) klanten verbeteren.

## 2.2 Ontwikkelingen in de GGZ

Versie 4, september 2019

### **In de GGZ-sector blijft ontwikkelgerichte zorg belangrijk**

Binnen de GGZ is 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 daginvulling en het leren omgaan met klachten. Het perspectief van klanten en familie is daarin leidend. Ook binnen de Wlz is bij zorgaanbieders en zorgkantoren aandacht voor het ontwikkelperspectief van de klant.

Uitgangspunt is de landelijke aanpak voor mensen met een psychische stoornis, waarbij 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/>

### **De Wlz is vanaf 1 januari 2021 direct toegankelijk voor mensen met een psychische stoornis**

Als een psychische stoornis (al dan niet in combinatie met andere beperkingen) leidt tot de noodzaak van permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in nabijheid, krijgen volwassen cliënten vanaf 2021 directe toegang tot de Wlz. Vanaf 2021 wordt bij de indicatiestelling gekeken naar het totaalbeeld van de beperkingen en de ernst en blijvendheid van de zorgbehoefte die daaruit voortkomt. Daarmee worden mensen met een psychische stoornis op dezelfde wijze behandeld als ieder ander die toegang heeft tot Wlz-zorg.

Voor mensen met een psychische stoornis is de Wlz op dit moment 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). Instroom na 3 jaar Zvw blijft ook na 2021 mogelijk. De meeste klanten voor wie de wetwijziging kan leiden tot een Wlz indicatie, wonen op dit moment in een beschermde woonvoorziening (gefinancierd vanuit de Wmo sinds 2015). Daarnaast is er een groep klanten dat op dit moment behandeling met verblijf vanuit de Zvw ontvangt.

Een kleine groep kan vanuit justitieel gefinancierde forensische zorg instromen in de Wlz.

Zorgkantoren bereiden zich voor op een soepele overgang. Inmiddels is het wetsvoorstel over directe toegang Wlz voor de ggz aangenomen door de eerste kamer. Vanaf januari 2020 start het CIZ met de (her)indicatie van cliënten op basis van inhoudelijke criteria. In 2020 komt de Nza met de definitieve prestaties en tarieven bij de nieuwe zorgprofielen.

Met de verruiming van de toegang voor ggz in de Wlz is een omvangrijke landelijke projectorganisatie in het leven geroepen door VWS waar alle belanghebbende koepels aan

deelnemen: cliëntvertegenwoordiging, zorgaanbieders, gemeenten, NZa, zorgverzekeraars, CIZ en zorgkantoren. Vervolgens bespreken zorgkantoren, centrumgemeenten, CIZ en een vertegenwoordiging van zorgaanbieders in regionale tafels de implementatie van de wetswijziging in de regio.

Alle landelijke informatie over de wetswijziging is terug te vinden op de website:  
<https://www.informatielangdurigezorg.nl>

Zorgkantoren zijn voornemens om in de zorgkantorregio's potentiële Wlz contractanten en centrumgemeenten in het najaar van 2019 al te informeren over de vereisten binnen de Wlz. Om dit te kunnen doen moet er duidelijkheid zijn over een aantal belangrijke vraagstukken zoals de afbakening van behandeling die onder de Wlz valt, de bekostigingssystematiek en de wijze waarop de verschillende leveringsvormen beschikbaar komen voor de nieuwe doelgroep.

### **GGZ-behandeling bij klanten met een Wlz-indicatie voor een andere sector**

Klanten die in een Wlz-instelling in een andere sector (GZ of V&V) verblijven, kunnen ook behandeling voor een psychische stoornis nodig hebben. Hoe deze geleverd en betaald wordt, hangt af van de situatie van de klant:

- a. Hangt de psychische stoornis zodanig samen met de beperking waarvoor de Wlz-indicatie is afgegeven, dan valt de behandeling onder de Wlz-aanspraak.

Dit wordt ook wel specifieke behandeling genoemd. Een behandeling is specifiek als de zorg onlosmakelijk onderdeel is van de integrale zorg en/of er specifieke kennis of vaardigheden nodig zijn om de doelgroep te behandelen.

- b. Hangt de stoornis niet samen met de beperking waarvoor de Wlz-indicatie is afgegeven en is integrale behandeling niet nodig, dan wordt de zorg voor de psychische stoornis geleverd en betaald uit de Zvw.

Medisch specialistische behandeling en behandeling door een huisarts vallen meestal onder de Zvw. Echter wanneer een cliënt verblijft bij een zorgaanbieder die ZZZP's inclusief behandeling heeft afgesproken met het zorgkantoor, dan valt ook de algemene behandeling, door een huisarts, naast de behandeling voor een psychische stoornis onder de Wlz ZZZP.

### **Wet verplichte ggz**

De Wet Bopz vervalt per 1 januari 2020. Vanaf 2020 wordt de BOPZ opgesplitst in de Wet zorg en dwang (Wzd) en Wet verplichte ggz (Wvvggz) in twee delen uiteen. De Wzd regelt de rechten van mensen met een verstandelijke beperking en psychogeriatrische aandoening (zoals dementie) die onvrijwillige zorg krijgen. De Wvvggz regelt de rechten van mensen die te maken hebben met verplichte zorg in de GGZ. Doel van beide wetten is om onvrijwillige of verplichte zorg terug te dringen.

### **Wat beoogt de nieuwe Wet verplichte ggz?**

- De zorg aan de patiënt staat centraal; de wet is gericht op het voorkomen van verplichte zorg en het kiezen voor minder dwang.
- Verplichte zorg kan ook buiten een zorginstelling worden opgelegd, bijvoorbeeld in de vorm van verplichte begeleiding buiten een kliniek, thuis of poliklinisch.
- De cliënt moet zelf voldoende invloed hebben op het traject van verplichte zorg.
- De cliënt mag aangeven welke vorm van verplichte zorg zijn voorkeur heeft.
- De cliënt heeft recht op uitleg over de dwangmaatregelen in voor hem begrijpelijke taal.
- Er moet steeds aandacht zijn voor maatschappelijke participatie door de cliënt.



- De familie en andere directbetrokkenen worden betrokken bij de vraag welke vorm van verplichte zorg nodig is.

Meer informatie is te vinden op deze websites:

- <https://www.dwangindezorg.nl/wvvgz>
- <https://www.igj.nl/onderwerpen/nieuwe-wetgeving/vraag-en-antwoord/veelgestelde-vragen-over-de-wvvgz-en-de-wzd>
- <https://www.igj.nl/onderwerpen/nieuwe-wetgeving/documenten/publicaties/2019/05/16/toezichtvisie-igj>
- <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/invoering-van-de-wvvgz>

## 2.3 Ontwikkelingen in de gehandicaptenzorg

Versie 3, september 2019

### **De kwaliteitskaders zijn de basis voor de dialoog over kwaliteitsverbetering voor de klant**

In 2018 is gestart met de dialoog over de kwaliteitskaders. De tweede kwaliteitsrapporten hebben zorgkantoren inmiddels ontvangen. Dit is een goed vertrekpunt voor de dialoog over de kwaliteit.

### **Programmaplan Volwaardig leven**

Het Programmaplan Volwaardig leven is op 1 oktober 2018 door VWS gepubliceerd. Zorgkantoren geven hieraan samen met zorgaanbieders, cliëntenraden en andere betrokkenen uitvoering aan. Programma Volwaardig Leven bouwt voort op de Werkagenda Passende zorg. Zorgkantoren gaan in de GZ meer passend aanbod inkopen voor mensen met een zorgvraag die niet past bij de wijze waarop de zorg momenteel is georganiseerd. Het gaat in eerste instantie om 100 extra plaatsen voor mensen door een complexe zorgvraag heel moeilijk een woonplek vinden. Daarnaast bouwen zorgkantoren in 2020 voort op het initiatief van gezamenlijke zorgaanbieders om te komen tot bovenregionale expertisecentra. Ook willen we in 2020 komen tot een landelijke dekking voor crisisondersteuningsteams. Daarbij wordt rekening gehouden met bestaande regionale crisisregelingen. Het ministerie van VWS stelt in 2020 en verder voor de uitvoering van deze activiteiten € 40 miljoen per jaar uit de groeimiddelen beschikbaar. Voor de financiering van de crisisondersteuningsteams komt naar verwachting voor het jaar 2020 een tarief beschikbaar. De NZa zal dit in november 2019 publiceren.

In het programma worden ook pilots cliënt- en netwerkondersteuning beschreven. Zorgkantoren volgen de ervaringen op de voet en spelen zelf een grote rol in pilot 5 waarin het gezinssysteem ondersteund wordt.

Verschillende zorgaanbieders voeren projecten uit om de zorg meer persoonsgericht te organiseren in het traject Begeleiding à la carte.

Meer informatie over het Programmaplan Volwaardig Leven leest u in de aanvulling 2020 op het landelijk zorginkoopkader 2018-2020

### **Crisisondersteuningsteams**

Per 1 januari 2020 wordt het mogelijk de inzet van Crisis ondersteuningsteams te financieren. NZa ontwikkelt hiervoor in samenspraak met de zorgkantoren één of meerdere prestaties. Wij verwachten hierover in november 2019 meer duidelijkheid.

## 2.4 Ontwikkelingen in de V&V

*Versie 3, september 2019*

### **Samen werken aan kwaliteit**

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 (W&T).

In 2018 heeft VWS samen met partijen in het veld een pact voor de ouderenzorg opgesteld met als doel gezamenlijk eenzaamheid te signaleren en te doorbreken, goede zorg en ondersteuning thuis te organiseren en de kwaliteit van verpleeghuiszorg te verbeteren. Om de uitwerking vorm te geven is het programma 'Langer thuis' en het Programma 'Thuis in het verpleeghuis' ontwikkeld.

Het programma 'Langer Thuis' richt zich op de grote en groeiende groep ouderen die zelfstandig thuis wonen. In het Programma 'Thuis in het verpleeghuis' staan de beleidsdoelstellingen en aanpak om de kwaliteit van de verpleeghuiszorg verder te verbeteren.

### **Extra financiële middelen beschikbaar voor kwaliteit verpleeghuiszorg**

VWS heeft voor de komende jaren extra middelen voor de verpleeghuiszorg beschikbaar gesteld. Voor de implementatie van het kwaliteitskader is in totaal een bedrag oplopend tot € 2,1 miljard beschikbaar. Daarnaast is ontwikkelbudget vanuit de transitiebudgetten (€50 miljoen per jaar in de periode 2018-2021) beschikbaar voor regionale knelpunten bij de implementatie van het kwaliteitskader (bijvoorbeeld op het gebied van innovatie, ICT of arbeidsmarkt).

### **Addendum op Kwaliteitskader verpleeghuiszorg voor langdurige Wlz zorg thuis**

In het addendum op het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is omschreven wat cliënten en hun naasten mogen verwachten van langdurige zorg thuis met een Wlz-indicatie. Daarnaast biedt het opdrachten voor zorgverleners en zorgorganisaties om samen de kwaliteit te verbeteren en het lerend vermogen te versterken. Het addendum is opgenomen in het register van het Zorginstituut.

### **Middelen waardigheid & Trots**

De Waardigheid en trots middelen landen vanaf 2020 in de tarieven. Vanaf 2020 hoeft de zorgaanbieder geen apart plan in te dienen bij zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder. De wijze waarop invulling gegeven wordt aan de zinvolle dagbesteding en deskundigheidbevordering van personeel kan meegenomen worden in het kwaliteitsplan en verslag. Uiteraard blijft het van belang om de Centrale Cliëntenraad (CCR), de Ondernemingsraad (OR) en indien aanwezig de Verpleegkundigen- of Verzorgenden Adviesraad (VAR) te betrekken bij de invulling van het kwaliteitsplan.

### **Herijking van tarieven en compensatiecomponent via kwaliteitsbudget**

De uitkomsten van het NZa kostenonderzoek worden met ingang van 2020 verwerkt in de tarieven. Voor zorgaanbieders die door de herijking van de tarieven een lagere omzet hebben - uitgaande van het aantal prestaties (de ZZP's en VPT geclusterd) in 2018 (dat als basisjaar fungeert voor het kwaliteitsbudget) - komt er een compensatiecomponent. Deze compensatiecomponent (indien van toepassing) wordt als een vaste, niet-onderhandelbare component meegenomen in de definitieve berekening van het kwaliteitsbudget 2020.

### **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.

## 2.5 Rechten van cliënten

Versie 2, september 2019

### De rechten van cliënten staan voorop

De rechten van klanten vormen de basis voor de zorg en ondersteuning die cliënten ontvangen. Deze zijn verankerd in diverse wettelijke regelingen. Zorgkantoren merken dat zorgaanbieders soms nog onvoldoende vertrouwd zijn met deze rechten van klanten. In dit beleidskader staan de belangrijkste rechten, zodat zorgaanbieders de rechten van klanten kunnen verankeren in de dagelijkse praktijk en in het beleid van de organisatie.

### Recht op informatie, vrijheid, zeggenschap en privacy

Een cliënt heeft recht op informatie over de ondersteuning en begeleiding die hij ontvangt die is afgestemd op zijn niveau. In beginsel mag een hulpverlener geen informatie achterhouden voor een cliënt.

- De zorgverlener ondersteunt de klant bij het nemen van beslissingen en respecteert de beslissing van de cliënt.
- Ingrijpen in de vrijheid van cliënten is pas mogelijk als sprake is van gevaar voor hemzelf of voor anderen dat wordt veroorzaakt door zijn stoornis (bijv. een verstandelijke beperking of dementiële aandoening). Alternatieven moeten zijn afgewogen en een stappenplan (conform de Wet Zorg en Dwang) moet worden doorlopen.
- In de woonsituatie van de cliënt moet hij privacy ervaren. Bij lichamelijke verzorging van een cliënt dienen bijv. geen derden aanwezig te zijn.
- De hulpverlener moet zorgvuldig omgaan met het dossier van een cliënt. Ook mag een cliënt zijn dossier inzien en om een afschrift vragen.
- De zorgaanbieder wijst de cliënt op het recht op onafhankelijke cliëntondersteuning.
- Bij onvrijwillige zorg wijst de zorgaanbieder de cliënt op ondersteuning van een cliëntenvertrouwenspersoon.

### Wettelijke vertegenwoordiging

Wettelijk is vastgelegd wie vertegenwoordiger kunnen zijn:

- Een curator of mentor: wordt benoemd door de rechter.
- Een schriftelijk gemachtigde: wordt benoemd door de cliënt zelf (in een schriftelijke verklaring).
- De echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel van de cliënt: wordt niet benoemd, vrijwillig.
- Een ouder/ kind/ broer/ zus: wordt niet benoemd, vrijwillig.

Deze opsomming is in volgorde. Bij beslissingen over zorg en behandelingen kijkt de zorgverlener dus eerst of er een mentor of curator is, dan of er een schriftelijke gemachtigde is. Zo niet, dan kunnen de partner of de genoemde familieleden vertegenwoordiger zijn. Een vertegenwoordiger heeft in principe recht op informatie en inzage in het dossier, of een kopie van het dossier. De vertegenwoordiger krijgt alleen de informatie die nodig is om beslissingen te nemen. Een zorgverlener die zorg of een behandeling wil geven aan een terzake wilsonkwame cliënt, moet toestemming vragen aan de vertegenwoordiger. De vertegenwoordiger moet de cliënt zo veel mogelijk betrekken bij de beslissing. Ook de zorgverlener moet altijd proberen te overleggen met de cliënt.

Rechten in de (gezondheids-)zorg worden in **wetten** vastgelegd.

- WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst)
- BOPZ (wet Bijzondere Opneming Psychiatrische Ziekenhuizen; **vervalt per 1-1-2020**)
- WKKGZ (Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg)
- Wet Zorg en Dwang (gaat per 1-1-2020 in)
- Wet verplichte GGZ (zie ook paragraaf 2.2.)

**Nadere informatie is te vinden op:**

- [www.dwangindezorg.nl](http://www.dwangindezorg.nl)
- [www.goedvertegenwoordigd.nl](http://www.goedvertegenwoordigd.nl)
- [www.degeschillencommissiezorg.nl](http://www.degeschillencommissiezorg.nl)
- [www.rechtenvanclient.nl/](http://www.rechtenvanclient.nl/)
- [www.raadopmaat.org](http://www.raadopmaat.org)

## 2.6 Technologische innovatie

*Versie 2 september 2019*

**Technologische innovaties kunnen de kwaliteit van leven positief beïnvloeden en klanten meer eigen regie geven.**

Daarvan zijn vele mooie voorbeelden:

- Gps-systemen of leefcirkels waardoor mensen met dementie meer bewegingsvrijheid hebben,
- mensen die met parkinson langer mobiel blijven met een LoopRobot,
- virtual reality om te voorkomen dat mensen overprikkeld raken.

De mogelijkheden zijn eindeloos.

**Door de dubbele vergrijzing neemt de druk op de langdurige zorg toe: meer mensen worden ervan afhankelijk en er zijn minder mensen beschikbaar om het werk te kunnen doen.**

Technologische innovaties bieden mogelijkheden voor voldoende persoonlijke aandacht op het moment dat de klant er behoefte aan heeft door onder andere op de andere momenten zorg via technologie te realiseren. Bijvoorbeeld:

- slim incontinentiemateriaal waardoor iemand 's nachts kan doorslapen,
- smart glasses waardoor een verpleegkundige op afstand kan meekijken
- maar ook beeldbellen waardoor je op ieder moment contact kan leggen met een medewerker.

In de basis kijken wij naar technologische innovaties niet anders dan naar reguliere zorg.

Toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid zijn ook bij innovaties relevant. Wij zien het als een taak van zorgkantoren om innovaties te stimuleren en het delen van kennis over innovaties te bevorderen.

# 3. Inkoopvoorwaarden

## 3.1 Specialistische zorg

*Versie 2, september 2019*

### **Gespecialiseerde zorgaanbieders**

Belangrijk is de blijvende aandacht voor het in standhouden 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 zorgaanbieders wordt ingekocht. We denken hierbij onder andere aan de gespecialiseerde behandelcentra voor de (SG)LVG 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 zintuiglijk beperkten;
- overige (specialistische) ZZP's (VG7 en VV9B).
- **Zorg voor mensen met een indicatie SGLVG of LVG 1 tot 5**



### 3.2 Toeslag (non) invasieve beademing

*Versie 2, 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 en volledig pakket thuis 2020 (in versie BR/REG-20124, paragraaf 7.4):

- Deze prestatie met bijbehorende tariefafspraken 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 nabijgelegen ziekenhuis om snel te acteren in crisis-situaties;
- 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

*Versie 2, november 2017*

Voor de toeslag observatie handhaven de zorgkantoren in aanvulling op de paragraaf inzake de Toeslag Observatie in de Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2020 (in versie BR/REG-20124, artikel 7.lid 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;
- 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

*Versie 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 en volledig pakket thuis 2020 (in versie BR/REG-20124 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

*Versie 1, juni 2017*

Een belangrijk deel van de zorg voor zintuigelijk 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 ZP 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<sup>1</sup> worden aangevraagd om behandeling ZG naast het ZP ZG te declareren. Bij ZP ZGvis 1 en 2 is behandeling namelijk géén onderdeel van het ZP. Voor de prestaties ZGvis 3 t/m 5 kán behandeling onderdeel zijn van het ZP en wordt hiervoor ook gecompenseerd in het ZP ZG-tarief. Als na herindicatie het geïndiceerde zorgprofiel een ZP ZGvis 3 t/m 5 is, is er wel behandeling onderdeel van het basis ZP-budget en kan de BH ZG vanuit de rekenmodule worden gefinancierd.

#### **Beleidsregel BR/REG-20124 en bijlage 1 prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg**

Om in de Wlz een ZP 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.

---

<sup>1</sup> Zie ook B7 Wlz-behandeling

### 3.6 Overige (specialistische) ZZP's

*Versie 2, september 2019*

#### **Beleidsregel BR/REG-19121**

##### **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, vanaf 1 januari 2020 dit de Wet Zorg en Dwang) 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-19121**

##### **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 Zorg voor mensen met indicatie SGLVG en LVG 1 – 5

Versie 1, september 2019

#### **Wettelijke regels en inkoopbeleid voor (SG)LVG- indicaties verander(d)en per 2019**

Een deel van de mensen met een SGLVG- en LVG-indicaties ontvingen niet de passende zorg behorend bij deze indicatie. De praktijk en de regels liepen te ver uiteen. Om te borgen dat zorgaanbieders en zorgkantoren ook in de toekomst binnen de regels passende zorg kunnen bieden, hebben NZa, VGN, VOBC, VWS, Zorginstituut Nederland en zorgkantoren met elkaar afspraken gemaakt over:

- het wijzigen van het inkoopbeleid van zorgkantoren per 1 januari 2019;
- het aanpassen van de Regeling Langdurige Zorg met terugwerkende kracht per 1 januari 2019;
- het aanpassen van de NZa beleidsregels per 1 januari 2020;
- een overgangsregeling voor mensen die voor 1 januari 2020 een SGLVG- of LVG-indicatie hebben ontvangen en deze indicatie niet op de juiste wijze verzilveren.

#### **SGLVG-indicatie alleen verzilveren bij BORG-instellingen**

Mensen met een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen kunnen behandeling met verblijf ontvangen vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). De Wlz kent hiervoor het SGLVG-zorgprofiel ('sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt'). Er is geen leeftijdsgrens voor deze indicatie.

Deze indicaties zijn bedoeld voor zorg en integrale multidisciplinaire behandeling van ernstige gedragsproblemen in een behandelinstelling. Deze zeer gespecialiseerde behandeling kan op dit moment alleen worden geboden in één van de vier (gesloten) Borg-instellingen. De indicatie duurt maximaal drie jaar en kan worden verlengd wanneer nog steeds behandeling in een Borg-instelling nodig is.

Mensen met een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen die niet in een Borg-instelling hoeven te verblijven en geen toegang hebben tot de Wlz, kunnen in aanmerking komen voor Wmo-ondersteuning. De eventueel noodzakelijke behandeling kan in dat geval worden vergoed uit de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling, als aan de voorwaarden wordt voldaan.

#### **LVG-indicaties alleen verzilveren bij instellingen met integrale behandelzorg en verblijf**

Jongvolwassenen tot 23 jaar met een lichte verstandelijke beperking en gedragsproblemen kunnen behandeling met verblijf ontvangen vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). De Wlz kent hiervoor LVG-zorgprofielen. Ze zijn bedoeld voor integrale, multidisciplinaire behandeling met verblijf in een instelling die de behandeling voor gedragsproblemen biedt. Indicaties voor LVG-zorgprofielen duren maximaal 3 jaar.

Als verblijf niet nodig is, is een LVG-zorgprofiel niet aan de orde. Als deze mensen geen toegang hebben tot de Wlz, kunnen zij in aanmerking komen voor Wmo-ondersteuning. De eventuele noodzakelijke behandeling kan dan worden betaald uit de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling, als aan de voorwaarden wordt voldaan.

#### **Inkoopvoorwaarden LVG zorg**

Vanaf 2019 maken zorgkantoren voor het leveren van zorg aan klanten met een LVG-indicatie alleen nog afspraken met zorgaanbieders die **integrale behandelzorg in een verblijfssetting**

**leveren die past bij het door het CIZ geïndiceerde LVG-zorgprofiel.** Zorgkantoren hanteren de volgende criteria voor de inkoop van deze zorg:

- De zorgaanbieder beschikt over de expertise om deze groep klanten goed te behandelen. Het gaat dan om de ervaring die het team heeft met deze specifieke groep jongeren, de samenstelling van het team en de resultaten die het team in het verleden heeft bereikt.
- Voor mensen met een zorgprofiel LVG- 4 of LVG-5 maken zorgkantoren alleen afspraken met voorzieningen die wonen, school en vrije tijd op dezelfde plaats bieden. Deze zorgaanbieders kunnen beveiligde c.q. besloten zorg leveren. Dat zijn in ieder geval de orthopedagogische behandelcentra met 3-milieusvoorzieningen. Wij maken ook afspraken met zorgaanbieders die vergelijkbare behandel mogelijkheden en woonvoorzieningen bieden, bijvoorbeeld op een instellingsterrein.
- Voor mensen met een zorgprofiel LVG 1–3 is een 3-milieusvoorziening meestal niet nodig. Daar is het voldoende als een zorgaanbieder een passende woonvoorziening biedt en in staat is om de integrale behandeling volgens het behandelplan te leveren en af te ronden.
- Elke LVG-behandelinstelling is verantwoordelijk voor wonen, begeleiding, Wlz-specifieke behandeling én algemeen medische zorg. Onder algemeen medische zorg valt het leveren of organiseren van huisartsenzorg, psychische zorg, farmacie, tandheelkundige zorg en waar nodig hulpmiddelen. De LVG-zorgaanbieder waarborgt de kwaliteit van deze zorg en betaalt deze zorg uit het tarief (ZZP). Alleen algemene paramedische zorg (fysiotherapeut, diëtist, logopedist etc.) komt ten laste van de Zorgverzekeringswet. Als een zorgaanbieder niet het complete pakket kan leveren, maken zorgkantoren met deze zorgaanbieder geen afspraken over het leveren van zorg aan mensen met een LVG-indicatie. Deze zorgaanbieder kan geen LVG-prestaties declareren.
- Als de zorgaanbieder alleen “wonen” of een beperkte vorm van behandeling kan aanbieden, maken zorgkantoren geen afspraken met deze zorgaanbieder voor klanten met een LVG-indicatie. Deze zorgaanbieder kan geen LVG-prestaties declareren.

Zorgkantoren zijn met VGN en VOBC in gesprek over deze criteria. Als zorgkantoren de zojuist genoemde criteria aanpassen, sturen wij tijdig bericht aan alle betrokken zorgaanbieders.

#### **Zorgprofielen LVG 1 en 2 mogen niet meer worden verzilverd in PGB.**

VWS voegt per 1 januari 2020 deze zorgprofielen toe aan de lijst met zorgprofielen waarvoor geen PGB mag worden verstrekt. Mensen met een LVG-zorgprofiel die nu een PGB hebben, kunnen de PGB behouden tot hun lopende indicatiebesluit is afgelopen. Voor de zorgprofielen LVG 3, 4 en 5 gold al dat deze niet mochten worden verzilverd in PGB.

#### **Zorgkantoren zetten geen (SG)LVG-indicaties meer om naar een VG-toewijzing**

De nieuwe regels staan het niet meer toe om een (SG)LVG-indicatie structureel te verzilveren in een VG ZZP, VPT of MPT. Dus ook behandelen of wonen bij een zorgaanbieder zonder behandeling is niet meer mogelijk op basis van deze indicaties.

#### **Uitzondering op deze regel is overbrugging tot opname in een (SG)LVG-behandelinstelling**

Het is niet altijd mogelijk om direct na het afgeven van de indicatie bij een (SG)LVG-behandelinstelling te wonen. Het is wel nodig om de behandeling zo snel mogelijk te starten. Zorgkantoren kopen dan zorg in ter overbrugging. De klant kan dan gedurende maximaal 2 x 13 weken de (SG)LVG-indicatie op een andere manier verzilveren. Dat kan zijn bij een andere zorgaanbieder die geen (SG)LVG-zorg biedt, met een VPT of met een MPT. Als de (SG)LVG-behandelinstelling daarnaast alvast een ambulante behandeling inzet, vergoeden zorgkantoren de betreffende behandelprestatie. Een voorwaarde voor het toekennen van overbruggingszorg

is dat de klant actief wachtend is bij een (SG)LVG-behandelinstelling waarmee het betreffende zorgkantoor een overeenkomst heeft.

#### **Na afronding van de behandeling moet de (SG)LVG-aanbieder een vervolgingindicatie regelen**

Als de (SG)LVG-indicatie verloopt (na maximaal 3 jaar) en er is nog steeds vervolging nodig, moet de klant tijdig een nieuwe (SG)LVG-indicatie aanvragen.

Het tijdig aanvragen van een vervolgingindicatie is ook nodig als de behandeling bijna is afgerond en de klant kan verhuizen naar een ander woonsituatie. Overplaatsing naar een andere Wlz-instelling kan niet meer met een (SG)LVG-indicatie, de klant moet dan de juiste (VG-) indicatie hebben. Dan is namelijk meteen duidelijk wie verantwoordelijk is voor (de betaling van) de zorg.

Na afronding van de behandeling kunnen dus de volgende situaties ontstaan:

- De klant krijgt een nieuwe Wlz-indicatie. Dan stroomt zij of hij door naar een andere Wlz-instelling of krijgt hij of zij Wlz-zorg thuis. Als er nog geen plaats is in de nieuwe instelling, kan hij tijdelijk in de (SG) LVG-instelling blijven. Per 1 januari 2020 kan het zorgkantoor de zorg gedurende maximaal 2x13 weken vergoeden met een nieuwe prestatie overbruggingszorg LVG of SGLVG.
- De klant krijgt géén Wlz-indicatie. Dan stroomt hij of zij uit naar Wmo-ondersteuning, al dan niet aangevuld met ambulante behandeling vanuit de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling. Als er nog geen woning of ondersteuning beschikbaar is, kan het CIZ de (SG)LVG-indicatie maximaal drie maanden verlengen. De klant kan dan langer in de (SG)LVG-instelling blijven. Zorgkantoren betalen de (SG)LVG-zorgaanbieder gedurende deze periode het tarief dat past bij de betreffende (SG)LVG-indicatie. Na 13 weken mag het zorgkantoor geen declaratie voor deze klanten meer vergoeden.

#### **Voor klanten die voor 1 januari 2020 een (SG)LVG-indicatie niet correct verzilverden moet gezocht worden naar een passende oplossing.**

Op verzoek van het ministerie van VWS gaan zorgkantoren in het najaar van 2019 in gesprek met zorgaanbieders om samen te werken aan een passende en verantwoorde oplossing voor deze klanten.

#### **Overgangsregeling**

VWS, de NZa en zorgkantoren willen voorkomen dat mensen gedwongen moeten verhuizen omdat de regels tussentijds wijzigen. Daarom is een overgangsregeling afgesproken voor de klanten waarvoor het niet lukt een passende oplossing te vinden. Deze overgangsregeling geldt tot het moment dat de (SG)LVG-indicatie afloopt, maar eindigt in ieder geval op 31 december 2020. Wat houdt deze regeling in:

- Als het zorgkantoor op verzoek van de zorgaanbieder de zorgtoewijzing voor 1 januari 2020 heeft omgezet in een VG-pakket, blijft het voor deze klanten mogelijk om hun LVG-indicatie te verzilveren bij deze zorgaanbieder.
- Als de klant haar of zijn LVG-indicatie voor 1 januari 2020 de LVG-indicatie via VPT of MPT verzilverd, blijft dat ook mogelijk in 2019 en 2020.



# 4. Aanvullend beleid

## 4.1 Wlz-behandeling

*Versie 3, september 2019*

### **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 de individuele behandeling binnen de Wlz.

Echter, de minister heeft besloten dit advies niet over te nemen. De minister komt met een voorstel voor de vervolgstappen. De inzet is de zorg overzichtelijker te maken voor cliënten, zorgaanbieders en Zvw-behandelaars en pakketverschillen weg te nemen.

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. De individuele 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**

Het is mogelijk om individuele behandeling 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 individuele 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 is vervallen**

Voor het kortdurend (aanvullend) declareren van de overige behandelprestaties genoemd in de beleidsregel BR/REG 19141 hoeft u vooraf geen toestemming te vragen aan het zorgkantoor. De zorgkantoren toetsen achteraf of behandeling doelmatig is ingezet en 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.

## 4.2 Inzet Specialist Ouderengeneeskunde ter consultatie in de thuissituatie (V&V)

*Versie 3, september 2019*

*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 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. Met het introduceren van het programmaplan langer thuis wordt dit beleid verder uitgewerkt. De inzet van de expertise van de Specialist Ouderengeneeskunde in de thuissituatie kan bijdragen aan het voorkomen van opnames.

De inzet van de SO voor ouderen die nog thuis wonen is geregeld via de volgende prestaties: H335 voor klanten met een Wlz indicatie.

Huisartsen kunnen een SO bij de behandeling van een (kwetsbare) oudere betrekken. Door het beschikbaar stellen van deze ondersteuning aan huisartsen wordt bijgedragen aan het langer thuis wonen van klanten. De SO kan zo worden ingezet voor consultatie en medebehandeling. Deze contacten kunnen bestaan uit:

- diagnostisch specialistisch ouderengeneeskundig consult Wlz-klant;
- geriatrisch assessment Wlz klant;
- ondersteuning bij het vraagstuk polyfarmacie bij de Wlz-klant;
- (mede)behandeling specialist ouderengeneeskunde Wlz-klant.

De inzet van de SO voor ouderen zonder een Wlz-indicatie is in de Zvw geregeld in de Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntengroepen (GZSP).

### **Onder verantwoordelijkheid van de SO is het mogelijk om andere disciplines te consulteren**

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. Dit geldt zowel voor klanten met als zonder een Wlz indicatie.

Deze verantwoordelijkheden tussen de huisarts en SO zijn vastgelegd in het convenant LHV-VERENSO. Daarnaast kan een huisarts buiten een SO om een gedragswetenschapper consulteren/inschakelen. Hiervoor blijft echter wel een indicatie van het CIZ nodig.

### **Er gelden 3 voorwaarden voor declareren van consultatie van andere disciplines door de SO**

Voorwaarden voor het declareren van de consultatie door de SO van een gedragswetenschapper, verpleegkundig specialist of andere behandelaren onder de prestatie S335 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 GZSP 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 zijn inhoudelijk beschreven in de Beleidsregels (BR-REG 19141 Modulaire Pakket Thuis reguliere Wlz). Voor behandeling aan klanten thuis met een Wlz-indicatie gelden de regels voor zorg thuis uit het Voorschrift Zorgtoewijzing.

## 4.3 Zorg en onderwijs

Versie 3, oktober 2018

### Passend Onderwijs

Bepoort en beoaf, ieder kind verdient onderwijs om zichzelf maximaal te ontplooi, ook als dat extra zorg of ondersteuning vraagt. Het kabinet wil dat ouders en scholen in een gelijkwaardig gesprek een passende aanpak afspreken, daarbij ondersteund door de mogelijkheid van een onderwijsconsulent. Het kabinet onderzoekt op welke wijze het leerrecht van kinderen wettelijk kan worden vastgelegd. Ook zal het kabinet, mede met het oog op leerlingen met een ernstig meervoudige handicap, beoien hoe de zorg voor leerlingen binnen een bepoort aantal onderwijsinstellingen met complexere casuïstiek direct uit de middelen voor zorg in onderwijstijd kan worden gefinancierd. De zorg thuis dient daarbij adequaat te blijven. Elke school krijgt een vaste som geld voor het onderwijs aan een kind. Dat geldt voor zowel gewone scholen als voor scholen voor (voortgezet) speciaal onderwijs. Scholen werken samen om passend onderwijs in een bepaalde regio te verzorgen. Deze zogenoemde regionale samenwerkingsverbanden ontvangen geld voor extra ondersteuning. Ze verdel, dit geld over de scholen in hun regio. Zo kunnen scholen de extra begeleiding van leerkrachten en leerlingen betalen. Ook kunnen zij hiermee lesmateriaal aanschaffen.

### 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 voordoen dat het kind ziek is dan is het ook mogelijk om de extra zorg thuis in te zetten of in de woonvorm;
- 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 erop 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:

- het stroomschema Zorg op school:  
<https://www.zorgverandert.nl/toolkit/zorg-op-school-stroomschema>
- de handreiking zorg en onderwijs:  
<https://www.passendonderwijs.nl/brochures/handreiking-onderwijs-en-zorg-gesprekshandleiding/>

## 4.4 Hulpmiddelen en roerende voorzieningen

Versie 4, september 2019

### **Vanaf 1 januari 2020 worden onderstaande hulpmiddelen in de Wlz voor alle klanten in een Wlz-zorginstelling met een ZZP uit de Wlz betaald**

Het gaat om

- **Budget instelling:** roerende voorzieningen: hulpmiddelen voor zorg en wonen die door meerdere personen gebruikt kunnen worden, zoals hoog-laagbedden, tilliften en douchestoelen
- **Boven budgettair:** mobiliteitshulpmiddelen: individueel aangepaste rolstoel aangepaste, niet algemeen gebruikelijke fietsen, scootmobielen, aangepaste wandelwagens/buggy's en aangepaste autostoeltjes voor kinderen

Nu leveren gemeenten en zorgverzekeraars deze hulpmiddelen soms nog vanuit de Wmo 2015 en Zvw bij klanten met verblijf zonder behandeling. Dit is vanaf 1 januari 2020 niet meer mogelijk. Vanaf dan is de zorgaanbieder verantwoordelijk om deze hulpmiddelen te verstrekken.

### **De volgende hulpmiddelen worden alleen voor klanten met een ZZP-verblijf met behandeling uit de Wlz betaald**

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. Het gaat om onder andere

- **Budget instelling:** de zogenaamde verzorgingshulpmiddelen (bijvoorbeeld stoma materialen en wondzorgproducten). Roerende voorzieningen zijn. Verzorgingshulpmiddelen zijn onderdeel van het instellingsbudget.
- **Boven budgettair:** persoonsgebonden hulpmiddelen. Onder persoonsgebonden hulpmiddelen verstaan wij bijvoorbeeld persoonsgebonden kleding, prothesen en statische ligorthesen.

### **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.

Zorginstellingen zijn verantwoordelijk voor de indicatiestelling van alle bovenbudgettair gefinancierde hulpmiddelen. De indicatie wordt gesteld door een gekwalificeerd en deskundig paramedicus, bijvoorbeeld een ergotherapeut of een fysiotherapeut.

### **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 hulpmiddelenleveranciers goed samenwerken**

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

### **Hulpmiddelen voor overige Wlz-klienten (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.

#### **Meer informatie vindt u**

- via [www.hulpmiddelenwijzer.nl](http://www.hulpmiddelenwijzer.nl) kunt u nadere informatie vinden.
- in artikel 3.1.2 van het Besluit Langdurige Zorg.

## 4.5 Mondzorg

Versie 3, september 2019

### **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 Verblijf. Voor Verblijf zonder behandeling, VPT, MPT, PGB en combinatie PGB/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 aanvullend tandheelkundige zorg nodig is door een mondzorg professional (tandarts, orthodontist, mondhygiënist of tandprotheticus) moet de zorgaanbieder dat regelen voor de klant. De zorgaanbieder regelt deze mondzorg en maakt hiervoor afspraken met mondzorg professionals.

Tandheelkundige zorg is zorg die geleverd wordt conform de Tariefbeschikking Tandheelkundige zorg en geleverd wordt door een mondzorg professional, of in verlengde arm door een preventie-assistent. We benadrukken dat tandheelkundige zorg dus niet de dagelijkse mondverzorging betreft. 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 en een tandheelkundig zorgplan.

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. Vergoedingen in de Wlz gaan, met uitzondering van orthodontie, op basis van bestede tijd. Ter onderbouwing van de bestede tijd wordt gebruik gemaakt van reguliere Zvw-prestaties. Daarnaast mogen materiaalkosten in rekening worden gebracht. Meer informatie is hierover te vinden in Beleidsregels voor mondzorg, te weten de BR/REG-20125, Wlz-zorgaanbieders met tandartspraktijk, de BR/REG-20100, Beleidsregel tandheelkundige zorg, de BR/REG-20101 orthodontistische zorg en BR/REG-20145, Bijzondere tandheelkunde instellingen, en NR/REG 2015, Regeling mondzorg. Daarnaast verwijzen we u naar de Algemene Voorwaarden mondzorg Wlz zoals gepubliceerd door de zorgkantoren.



### **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 de klant 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.

### **Het machtigingen- en declaratietraject**

De zorgkantoren hebben op hun website mondzorgdocumenten gepubliceerd. Het betreft een informatiepakket dat door de zorgaanbieder (instelling én mondzorgspecialist) kan worden gedownload. Het informatiepakket bevat onder andere informatie met betrekking tot de wijze van aanvragen en declareren, tarieven en algemene voorwaarden.

## 4.6 Palliatief terminale zorg

Versie 4, september 2019

### **Sterven maakt in principe onderdeel uit van de reguliere financiering, maar onder voorwaarden is extra financiering mogelijk**

Palliatieve zorg is onderdeel van het zorgprofiel dat de patiënt heeft. De vergoeding van de palliatieve zorg vindt in principe plaats vanuit het geïndiceerde zorgprofiel

Indien de zorg thuis ontoereikend is, kan de zorgaanbieder bij een MPT extra zorg aanvragen via de rekenmodule. In het Voorschrift Zorgtoewijzing vindt u nadere informatie over het aanvragen en declareren van palliatieve zorg bij de verschillende leveringsvormen.

Bij een VPT en de behandelend arts schat in dat de levensverwachting korter dan drie maanden is, kan VPT 10 VV gedeclareerd worden, indien die verhoging nodig is om de patiënt intensieve PTZ thuis te kunnen laten ontvangen.

In geval van een ZZP kan de zorg bekostigd worden via het ZZP VV 10. De zorgvraag in de terminale levensfase moet dan wel voldoen aan de criteria zoals beschreven in de meest actuele 'Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis'. De behandelend arts moet verklaren dat de patiënt voldoet aan deze criteria.

Uitzondering geldt voor klanten die thuis verblijven, maar enkel voor palliatief terminale zorg intramuraal gaan verblijven en waarbij de levensverwachting volgens de behandelend arts drie maanden of korter is. Er hoeft dan niet te worden voldaan aan de andere criteria om een ZZP VV 10 te declareren.

De IKNL-handreiking '[financiering palliatieve zorg 2020](#)' zet de huidige mogelijkheden voor financiering van palliatieve zorg overzichtelijk op een rij.

### **Het kwaliteitskader en de richtlijnen voor palliatieve zorg zijn van toepassing**

In het najaar van 2017 presenteerde Palliatief, de vereniging voor professionele palliatieve zorg, en het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. Dit kader is richtinggevend geschreven, de bedoeling is vooral dat er een eenduidig beleid is om palliatieve zorg te verbeteren. Naast het kwaliteitskader zijn er ziekte- en symptoomgerichte richtlijnen. Ook zijn er richtlijnen gericht op het levenseinde en bijvoorbeeld een richtlijn gericht op spirituele zorg. Het kwaliteitskader en de richtlijnen zijn gepubliceerd op [www.pallialine.nl](http://www.pallialine.nl)

Zorgkantoren maken alleen inkoopafspraken voor de ZZP en VPT 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.

**Waken bij een terminale Wlz cliënt in de thuissituatie**

Dit wordt gefinancierd uit de Wlz, mits het waken vanuit een verpleegkundig of verzorgend oogpunt noodzakelijke is en is onderbouwd in het zorgplan. De momenten waarop de cliënt rust of slaapt en zorgverleners alleen aanwezig zijn zonder verpleegkundige of verzorgende noodzaak, kunnen niet worden gedeclareerd.

Het is nog steeds mogelijk dat er bij de cliënt gewaakt wordt. Vanuit het grote netwerk van gespecialiseerde vrijwilligers, Vrijwilligers-Palliatieve Terminale Zorg, kunnen de mantelzorgers ondersteund worden bij het waken van de cliënt. VWS ondersteunt de inzet van deze vrijwilligers vanuit de Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging (<https://wetten.overheid.nl/BWBR0022841/2019-07-03>)

## 4.7 Opbaren kamer na overlijden

*Versie 1, september 2019*

Er zijn in mei 2019 kamer vragen gesteld over zorginstellingen die kosten in rekening brengen voor het opbaren van overleden. De antwoorden die op deze vragen zijn gegeven leiden tot de volgende gedragslijn.

### **Kosten van de “lege” kamer mogen niet in rekening gebracht worden bij de nabestaanden**

De zorgaanbieder kan maximaal 13 mutatiedagen declareren op het moment dat de kamer leeg is achtergelaten als gevolg van overlijden. Als de cliënt in de eigen kamer is opgebaard, geldt dat ook als leeg achtergelaten. De zorgaanbieder kan deze mutatiedagen declareren bij het zorgkantoor.

### **Extra kosten voor het opbaren mogen wel in rekening worden gebracht bij de nabestaanden**

De kosten voor het opbaren van de overledenen vallen niet tot de Wet Marktordening Gezondheidszorg en worden derhalve niet gereguleerd door de NZa en kunnen niet ten laste worden gebracht van de Wlz. Deze kosten kunnen gefactureerd worden aan de nabestaanden of de uitvaartverzekeraar.

Wij adviseren de zorgaanbieders dit vooraf goed te bespreken met de nabestaanden.

De link naar de kamerbrief <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2019/05/27/beantwoording-kamervragen-over-zorginstellingen-die-ten-onterechte-kosten-in-rekening-brengen-voor-het-opbaren-van-overledenen>

## 4.8 Meerzorg

Versie 2, september 2019

### **Meerzorgregeling**

Voordat een beroep wordt gedaan op intramurale meerzorg moet de focus altijd liggen op het zoeken van een passende woonplek voor de cliënten, gezien groepssamenstelling, personeelsinzet en accommodatie. De scope van de meerzorgregeling ligt met name op de kwaliteit van bestaan van de klant in zijn/haar context. Complexe, zorgintensieve vragen passen soms niet binnen het zorgprofiel. Wanneer aantoonbaar de benodigde zorg dit profiel overstijgt en er een concreet plan ligt om de context beter te maken, dan kan een beroep worden gedaan op meerzorg.

### **De nieuwe regeling biedt zorgaanbieders ruimte om de noodzakelijke aanpassingen te doen**

- meerzorg is een dagprestatie, er is geen noodzaak meer om per uur verantwoording af te leggen;
- zorgaanbieders kunnen ook een aanvraag voor een groep doen;
- zorgaanbieders kunnen de context meenemen;
- indirecte kosten kunnen ook voor vergoeding in aanmerking komen; wees daarbij kritisch op zaken waar je als zorgaanbieder zelf voor verantwoordelijk bent (scholing, deskundigheidsbevordering, accommodatieaanpassingen). Er moet een direct verband zijn met de complexe zorgvraag van de cliënt(en).
- de nieuwe tool voor de aanvraag houdt rekening met de context en indirecte kosten.

### **Bij toekenning meerzorgbudget moet duidelijk zijn dat extra inzet waargemaakt wordt**

Het budget dat voor meerzorg wordt aangevraagd wordt grotendeels ingezet voor directe zorg aan cliënten. Dit kan op gespannen voet staan met de forse arbeidsproblematiek die landelijk speelt. Dit houdt in dat achteraf aantoonbaar moet zijn dat directe zorg is ingezet ten behoeve van de individuele klant dan wel de betreffende groep.

### **In de meerzorgdialoog met een zorgaanbieder kan onder andere worden ingaan op de volgende aspecten**

- Hoe ga je als zorgaanbieder om met cliënten die een bijzondere zorgvraag hebben/ welke visie is er op cliënten met complexe zorgvragen;
- Hoe investeer je in je medewerkers en hoe houd je deskundigheid op peil;
- Past de beschikbare kennis, expertise en accommodatie bij de bestaande cliënten en de nieuwe cliënten die je opneemt;
- Hoe monitor je de effecten van de inzet van meerzorg; wat zijn de resultaten?

Meer informatie staat in het protocol meerzorg dat wordt gepubliceerd in het Voorschrift zorgtoewijzing.

## 4.9 Vervoer

*Versie 1, september 2019*

### **Nieuwe bekostiging voor vervoer klanten in de GZ naar dagbesteding, reizen met openbaar vervoer of eigen vervoer mogelijk**

De NZa voerde met ingang van 1 januari 2019 een nieuwe bekostiging in voor het vervoer van klanten in de gehandicaptenzorg naar dagbesteding. Hierdoor viel het openbaar vervoer en eigen vervoer niet meer onder het bereik van de NZa prestatie. Dit beperkte de ruimte die zorgaanbieders en zorgkantoren hadden om hierover afspraken te maken. De NZa heeft (op aandringen van zorgkantoren en zorgaanbieders) besloten om deze beperking met terugwerkende kracht te schrappen. Dit betekent dat zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg de kosten voor het reizen per openbaar vervoer of eigen vervoer weer kunnen vergoeden aan klanten. De klant kan hierdoor het vervoer naar de dagbesteding weer zelf vormgeven. Hiermee worden onverwachte kosten voor de cliënt voorkomen. Dit geldt met terugwerkende kracht tot 1 januari 2019.

In de Wlz staat niet hoe het vervoer naar dagbesteding moet plaatsvinden. VWS wil in samenwerking met de NZa, het Zorginstituut en veldpartijen nog in 2019 komen tot een voorstel voor een toekomstbestendig en doelmatig vervoersbeleid waarin ook de aanspraak op vervoer is geregeld.

## 4.10 Deeltijdverblijf

*Versie 1, september 2019*

Nieuw in de beleidsregel van de NZa (BR/REG-20124) is de mogelijkheid om afspraken te maken overdeeltijdverblijf (dtv). Het doel van dtv is dat cliënten, middels een gemiddeld vast patroon, van verblijfplaats kunnen wisselen: ze wonen deels thuis en deels in een instelling. Hierdoor kunnen cliënten wennen aan het verblijf in een instelling en/of worden mantelzorgers ontzien.

De beleidsregel maakt nog een voorbehoud omdat de Regeling Langdurige Zorg nog gewijzigd moet om dtv mogelijk te maken. Op het moment van publicatie van dit beleidskader is nog niet bekend wanneer de gewijzigde Rlz wordt gepubliceerd.

Zorgkantoren informeren zorgaanbieders op andere wijze wanneer het mogelijk wordt om afspraken voer deeltijdverblijf te maken. Wij verwijzen hiervoor ook naar het Voorschrift Zorgtoewijzing dat in oktober/november wordt gepubliceerd.