



Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen, Nederlandse Zorgautoriteit

BR/REG-23126

Vastgesteld op 14 juni 2022

Gelet op artikel 57, eerste lid, onderdelen b en c, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

Gelet op artikel 52, aanhef en onderdeel e, van de Wmg, worden tarieven die uit de voorliggende beleidsregel voortvloeien ambtshalve vastgesteld door de NZa.

Gelet op artikel 59, aanhef en onder a, c, en f, van de Wmg, heeft de Minister van VWS met brieven van 3 juli 2019, met kenmerk 1549124-192760-PZO en van 29 juni 2020, met kenmerk 1708250-207156-PZO, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 van de Wmg, aan de NZa gegeven.

Onder verwijzing naar artikel 58 van de Wmg, is in de voorliggende beleidsregel een experiment opgenomen. De daartoe vereiste aanwijzing van 3 juli 2019 met kenmerk 1549124-192760-PZO, bedoeld in artikel 59, aanhef en onder f, van de Wmg, is door de Minister van VWS aan de NZa gegeven. Deze aanwijzing is gepubliceerd in de Staatscourant onder nummer 2019, 38177.

Artikel 1 Begripsbepalingen

In deze beleidsregel wordt, tenzij anders vermeld, verstaan onder:

geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp):

generalistische geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen in de eerstelijns bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw).

dagdeel:

een dagdeel is een periode van minimaal 2 aaneengesloten uren aanwezigheid van de patiënt met een maximum van vier aaneengesloten uren.

directe tijd:

tijd waarin de zorgaanbieder in direct contact staat met de patiënt, of diens vertegenwoordiger zoals omschreven in art. 465 van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst.

NZa:

Nederlandse Zorgautoriteit.

regiebehandelaar:

functionaris die verantwoordelijk is voor het opstellen van het zorg- en behandelplan en voor het in multidisciplinair verband uitvoeren van het zorg- en behandelplan.

Wmg:

Wet marktordening gezondheidszorg.

zorgaanbieder:

1°. natuurlijk persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg in de zin van de Wmg verleent als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel c, van de Wmg;

2°. natuurlijk persoon of rechtspersoon voor zover deze tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met het verlenen van zorg door een zorgaanbieder als bedoeld onder 1°.

Artikel 2 Doel van de beleidsregel

Het doel van deze beleidsregel is om vast te leggen op welke wijze de NZa gebruik maakt van haar bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen op het gebied van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen.

Artikel 3 Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen, zoals omschreven in artikel 1 van deze beleidsregel.



Artikel 4 Prestatiebeschrijvingen

In deze beleidsregel worden de volgende prestatiebeschrijvingen onderscheiden:

1. *Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten bieden*
Deze prestatie omvat de volgende zorgverlening:
 1. gericht overleg met de behandelend arts (de huisarts van de patiënt of de hoofdbehandelaar van de patiënt, zoals omschreven in de Regeling medisch specialistische zorg);
 2. consulten gericht op medische advisering en/of interventies ter ondersteuning van de huisarts, dan wel hoofdbehandelaar zoals omschreven in de Regeling medisch specialistische zorg. Het gaat om contact met de patiënt zelf dan wel de vertegenwoordiger zoals omschreven in art. 465 van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst;
 3. diagnostiek na verwijzing bestaande uit (multidisciplinair) onderzoek ofwel 'assessment' om te bepalen welk zorg- en behandelplan een patiënt nodig heeft;
 4. uitvoering van en regie op het behandelplan, waarbij naast de eigen inzet ook meerdere disciplines met kennis van specifieke patiënt(groepen) kunnen worden aangestuurd om het behandeldoel te bereiken. Ook het systeem van de patiënt (de mantelzorg) kan bij de behandeling worden betrokken voor zover dit ten goede komt aan de patiënt. De behandeling is dan gericht op het aanleren van vaardigheden of gedrag aan het systeem van de patiënt. Het gaat om vaardigheden en gedrag over hoe om te gaan met de gevolgen van de aandoening, stoornis of beperking van de patiënt.

Aanvullende voorwaarden:

 - De regiebehandelaar stelt een individueel behandelplan op voor de patiënt. Deze voorwaarde geldt niet indien de zorgverlening aan de patiënt alleen gericht overleg met de behandelend arts van de patiënt betreft.
 - Wanneer er sprake is van zorg zoals artsen verstandelijk gehandicapten bieden op verzoek van de hoofdbehandelaar van de patiënt zoals omschreven in de Regeling medisch specialistische zorg, te weten:
 - gericht overleg met de behandelend arts, zijnde de hoofdbehandelaar van de patiënt zoals omschreven in de Regeling medisch specialistische zorg; of
 - consulten gericht op medische advisering en/of interventies ter ondersteuning van de hoofdbehandelaar zoals omschreven in de Regeling medisch specialistische zorg, dan dient de zorg gedeclareerd te worden via de bekostiging van de medisch specialistische zorg.- Deze prestatie kan alleen in rekening worden gebracht voor zover er sprake is van directe tijd met de patiënt zelf dan wel de vertegenwoordiger zoals omschreven in art. 465 van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst. Deze voorwaarde is niet van toepassing bij het gericht overleg met de behandelend arts van de patiënt.
 - Contact met andere zorgaanbieders en intercollegiaal/ multidisciplinair overleg anders dan gericht overleg met de behandelend arts van de patiënt kan niet apart in rekening worden gebracht, ook niet als de patiënt hierbij aanwezig is.
 - Inzet van paramedische deskundigheid is onder deze prestatie niet mogelijk.

De prestatie-eenheid voor deze prestatie is een uur.
2. *Onderzoek voor toegang tot geriatrische revalidatiezorg*
Uitvoeren van een geriatrisch assessment ten behoeve van het beoordelen of de patiënt verwezen kan worden naar de geriatrische revalidatiezorg. Deze prestatie omvat de volgende zorgverlening:
 1. diagnostiek na verwijzing, bestaande uit (multidisciplinair) onderzoek ofwel 'assessment' om te bepalen welk zorg- en behandelplan een patiënt nodig heeft;
 2. gericht overleg met de behandelend arts (de huisarts van de patiënt of de hoofdbehandelaar van de patiënt, zoals omschreven in de Regeling medisch specialistische zorg).

De prestatie-eenheid voor deze prestatie is een uur.
3. *Zorg zoals gedragswetenschappers bieden*
Deze prestatie omvat de volgende zorgverlening:
 1. gericht overleg met de behandelend arts (de huisarts van de patiënt of de hoofdbehandelaar van de patiënt, zoals omschreven in de Regeling medisch specialistische zorg);
 2. consulten gericht op gedragswetenschappelijke advisering en/of interventies (behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag) ter ondersteuning van huisarts, dan wel hoofdbehandelaar zoals omschreven in de Regeling medisch specialistische zorg. Het gaat om contact met de patiënt zelf dan wel de vertegenwoordiger zoals omschreven in art. 465 van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst;
 3. diagnostiek na verwijzing, bestaande uit (multidisciplinair) onderzoek ofwel 'assessment' om te bepalen welk zorg- en behandelplan een patiënt nodig heeft;
 4. Uitvoering van en regie op het behandelplan, waarbij naast de eigen inzet ook andere disciplines met kennis van specifieke patiënt(groepen) kunnen worden aangestuurd om het behandeldoel te bereiken. Deze zorg omvat behandeling gericht op het verbeteren van het functioneren voor zover mogelijk, voorkomen van verergering en/of het handhaven van zelfstandigheid bijvoorbeeld door het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag. Deze

zorg is medisch noodzakelijk ter ondersteuning van de huisarts, dan wel hoofdbehandelaar zoals omschreven in de Regeling medisch specialistische zorg. De behandeling vindt plaats onder regie van een gedragswetenschapper met deskundigheid van specifieke aandoeningen en behandelingen.

5. Ook het systeem van de patiënt (de mantelzorg) kan bij de behandeling worden betrokken voor zover dit ten goede komt aan de patiënt. De behandeling is dan gericht op het aanleren van vaardigheden of gedrag aan het systeem van de patiënt. Het gaat om vaardigheden en gedrag over hoe om te gaan met de gevolgen van de aandoening, stoornis of beperking van de patiënt.

Aanvullende voorwaarden:

- De regiebehandelaar stelt een individueel behandelplan op voor de patiënt. Er moet een concreet en haalbaar behandelplan zijn. De voorwaarde van een individueel behandelplan geldt niet indien de zorgverlening aan de patiënt alleen gericht overleg met de behandelend arts van de patiënt betreft.
- Deze prestatie kan alleen in rekening worden gebracht voor zover er sprake is van directe tijd met de patiënt zelf dan wel de vertegenwoordiger zoals omschreven in art. 465 van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst. Deze voorwaarde is niet van toepassing bij het gericht overleg met de behandelend arts van de patiënt.
- Contact met andere zorgaanbieders en intercollegiaal/ multidisciplinair overleg anders dan gericht overleg met de behandelend arts van de patiënt kan niet apart in rekening worden gebracht, ook niet als de patiënt hierbij aanwezig is.
- Inzet van paramedische deskundigheid is onder deze prestatie niet mogelijk.

De prestatie-eenheid voor deze prestatie is een uur.

4. *Paramedische zorg*

Voor het declareren van de paramedische zorg kan gebruik worden gemaakt van de regelgeving eerstelijns paramedische zorg. Hieronder wordt verstaan:

1. Paramedische zorg zoals ergotherapeuten bieden, zoals omschreven in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor ergotherapie.
2. Paramedische zorg zoals fysiotherapeuten bieden, zoals omschreven in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen fysiotherapie.
3. Paramedische zorg zoals oefentherapeuten bieden, zoals omschreven in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor oefentherapie.
4. Paramedische zorg zoals logopedisten bieden, zoals omschreven in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen logopedie.
5. Paramedische zorg zoals diëtisten bieden, zoals omschreven in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor extramurale diëtetiek.

5. *Zorg in een groep aan kwetsbare patiënten*

Zorg in een groep aan kwetsbare patiënten met somatische dan wel cognitieve problematiek, waaronder psychogeriatrische, met een intensieve zorgvraag. De dagbehandeling is een integraal programma en omvat tevens noodzakelijke persoonlijke verzorging, verpleging en individuele begeleiding. Alle zorg die in de groep geleverd wordt, kan niet tegelijkertijd als individuele prestatie in rekening worden gebracht.

De zorg is gericht op het herstel en/of het aanleren van vaardigheden, dan wel het stabiliseren van het functioneren en voorkoming van verergering van beperkingen en/of het leren omgaan met fysieke en/of cognitieve beperkingen. Daarnaast kan de zorg ook gericht zijn op behandelen, beheersbaar houden en vertragen van stemmings-, geheugen- en gedragsproblematiek.

Aanvullende voorwaarden:

- Er zijn concrete en haalbare behandeldoelen die zijn vastgelegd in een individueel behandelplan.
- De behandeling wordt geleverd door een multidisciplinair team. De regiebehandelaar stuurt het multidisciplinaire team aan en is verantwoordelijk voor het opstellen van het individueel behandelplan.

De prestatie-eenheid voor deze prestatie is een dagdeel.

6. *Zorg in een groep aan patiënten met een lichamelijke handicap en/of aan patiënten met niet-aangeboren hersenletsel*

De behandeling omvat multidisciplinaire zorg in een groep op basis van een individueel behandelplan ten behoeve van het:

1. aanleren van vaardigheden ter vergroting van zelfregie en praktische zelfredzaamheid;
2. aanleren van gezond gedrag ter voorkoming en vermindering van met niet-aangeboren hersenletsel (nah) of lichamelijke beperkingen verbonden gezondheidsproblematiek en gezondheidsrisico's, zoals het optreden van psychische en maatschappelijke problemen;
3. het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening of van het ontstaan van met de aandoening gerelateerde stoornissen.

Het behandelprogramma wordt aangeboden om betrokkene zoveel als mogelijk fysiek en psychisch te leren omgaan met de aandoening en beperkingen die uit de aandoening en beperkingen voortvloeien.

De behandeling is erop gericht de functionele autonomie van de patiënt te behouden en te bevorderen. De zorg beoogt achteruitgang en escalatie te voorkómen, gedrag hanteerbaar te maken en fysiek en psychisch functioneren te verbeteren.

De dagbehandeling is een integraal programma en omvat tevens noodzakelijke persoonlijke verzorging, verpleging en individuele begeleiding. Alle zorg die in de groep geleverd wordt, kan niet tegelijkertijd als individuele prestatie in rekening worden gebracht.

Het betreft multidisciplinaire behandeling in groepsverband in een specifieke setting van:

- a. patiënten met (niet-aangeboren) hersenletsel (en hun directe naasten inzake het bewaken van de balans tussen draaglast en draagkracht van het mantelzorgsysteem) bij wie sprake is van complexe problematiek, gericht op het stabiliseren en leren omgaan met de stoornis en gevolgen van het niet-aangeboren hersenletsel en het verbeteren van het functioneren in de vorm van:
 - acceptatie en verliesverwerking;
 - cognitieve problematiek (met name als gevolg van stoornissen in informatieverwerking, aandacht en executief functioneren, sociale cognitie, emotieregulatie, initiatief name en ziekte-inzicht);
 - neuro-motorische stoornissen;
 - communicatieproblemen (o.a. afasie, spraakapraxie),
 - ernstig verstoorde energiebalans, en/of;
 - (vaak) leidend tot psychische problemen en/of gedragsproblematiek en tot ernstige beperkingen in het sociaal en maatschappelijk functioneren.
- b. patiënten met een lichamelijke handicap (waar onder orgaanstoornissen en neuro-motorische stoornissen), gericht op het leren omgaan met de invaliderende gevolgen van de aandoening, op het benutten van restmogelijkheden in het kader van behoud van zelfredzaamheid, en op het stabiliseren van functioneren en voorkomen van verergering van klachten welke samenhangen met chronische aandoeningen.

Aanvullende voorwaarden:

- De regiebehandelaar stuurt het multidisciplinaire team aan en is verantwoordelijk voor het opstellen van het individueel behandelplan;
- De prestatie is geen vervanging van medisch specialistische revalidatie (msr) en geriatrische revalidatiezorg (grz).

De prestatie-eenheid voor deze prestatie is een dagdeel.

7. *Zorg in een groep aan patiënten met de ziekte van Huntington*

Zorg in een groep aan patiënten met de ziekte van Huntington. De concrete en haalbare behandeldoelen zijn vastgelegd in een individueel behandelplan. De behandeling wordt geleverd door een multidisciplinair team waarbij deskundigheid op het gebied van de ziekte van Huntington noodzakelijk is. Het multidisciplinair team staat onder regie van een regiebehandelaar. De dagbehandeling is een integraal programma en omvat tevens noodzakelijke persoonlijke verzorging, verpleging en individuele begeleiding. Alle zorg die in de groep geleverd wordt, kan niet tegelijkertijd als individuele prestatie in rekening worden gebracht. Tijdens de behandeling in een groep is direct inroepen van verpleegkundige zorg – voor zover medisch noodzakelijk ten tijde van de behandeling -mogelijk. Deze verpleegkundige zorg maakt daarmee ook onlosmakelijk onderdeel uit van de behandeling in een groep.

Aanvullende voorwaarden:

- De regiebehandelaar stuurt het multidisciplinaire team aan en is verantwoordelijk voor het opstellen, aanpassen en bijstellen van het individueel behandelplan;

De prestatie-eenheid voor deze prestatie is een dagdeel.

8. *Zorg aan patiënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking (sglvg)*

Behandeling voor patiënten met een lichte verstandelijke beperking, één of meer psychiatrische stoornissen en ernstige gedragsproblematiek. De gedragsproblematiek is in samenhang met de verstandelijke beperking en de psychiatrische stoornis(sen) ontstaan. De zorg is gericht op de vergroting van de competenties van de patiënt, zijn steunsysteem en zijn professionele netwerk ten aanzien van het leren omgaan met zijn beperkingen in het verstandelijk en adaptief functioneren. De zorg vindt plaats volgens het principe van stepped care. Deze prestatie omvat individuele behandeling en/of zorg in een groep.

De prestatie omvat de volgende zorgverlening:

- Intake;
- Integratieve, multidisciplinaire diagnostiek van de gedragsproblematiek;
- Multidisciplinaire behandeling van de gedragsproblematiek op basis van een individueel behandelplan en gericht op de vermindering van gedragsproblematiek en psychische klachten, en eventueel op somatische klachten. Psycho-educatie van de patiënt, zijn persoonlijke steunsysteem en zijn professionele netwerk maakt integraal deel uit van de behandeling.

Aanvullende voorwaarden:

- De regiebehandelaar stuurt het multidisciplinaire team aan en is verantwoordelijk voor het opstellen, aanpassen en bijstellen van het individueel behandelplan.

- De prestatie-eenheid voor deze prestatie is een uur.
9. *Reistoelage zorgverlener*
Onder reistoelage zorgverlener wordt verstaan de reiskosten van een zorgverlener die zorg levert aan een patiënt op een ander adres dan de locatie van de zorgverlener.
Aanvullende voorwaarden:
- De reistoelage zorgverlener kan alleen in rekening worden gebracht in combinatie met de prestatie(s):
 - Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten bieden; en/of
 - Onderzoek voor toegang tot geriatrische revalidatiezorg; en/of
 - Zorg zoals gedragswetenschappers bieden; en/of
 - Zorg aan patiënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking (sglvg), zoals genoemd in artikel 4.1 tot en met 4.3 en 4.8 van deze beleidsregel.
 - De reistoelage zorgverlener geldt per bezoek per patiënt.
10. *Onderlinge dienstverlening*
Er is sprake van onderlinge dienstverlening als de zorg die door een zorgaanbieder wordt verleend onderdeel uitmaakt van de beschrijving van door een andere zorgaanbieder uit te voeren prestatie(s) op het gebied van de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'.
De opdrachtgevende zorgaanbieder coördineert het zorgproces en fungeert als eerste aanspreekpunt voor de patiënt. De opdrachtgevende zorgaanbieder staat in voor de bevoegdheid en bekwaamheid van de andere betrokken zorgaanbieders. De uitvoerende zorgaanbieder brengt de prestatie onderlinge dienstverlening in rekening bij de opdrachtgevende zorgaanbieder die de prestatie bij de uitvoerende zorgaanbieder heeft aangevraagd.
11. *Experimentprestatie*
De experiment prestatie is een prestatie waarbinnen kan worden geëxperimenteerd met de bekostiging van zorg binnen de gzsp zoals beschreven in artikel 1 van deze beleidsregel, voor zover het gaat om individueel toewijsbare zorg. Binnen deze prestatie kunnen afspraken worden gemaakt over een integrale vorm van bekostiging die het interdisciplinaire karakter van de gzsp ondersteunt. De prestatie komt in plaats van de reguliere prestaties binnen deze beleidsregel; voor de zorg die onder de experimentprestatie valt, kunnen geen andere prestaties uit deze beleidsregel in rekening worden gebracht. De declaratie-eenheid en tariefhoogte is vrij. De prestatie kan alleen in rekening worden gebracht als hiervoor een schriftelijke overeenkomst is gesloten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar van de patiënt. In de overeenkomst zijn de inhoud van de te leveren zorg, de declaratie-eenheid, de duur en de hoogte van het in rekening te brengen tarief vastgelegd.

Artikel 5 Tarieven

1. *Tariefsoort*
Voor de prestaties zoals beschreven in artikel 4.1, 4.2, 4.3, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8 en 4.9 gelden maximumtarieven. Voor de prestaties beschreven in artikel 4.4, 4.10 en 4.11 gelden vrije tarieven.
2. *Totstandkoming tarieven*
De tarieven voor de prestaties zoals beschreven in artikel 4.1, 4.2, 4.3 en 4.9 zijn gebaseerd op de Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg. In het 'Verantwoordingsdocument Prestaties en tarieven langdurige zorg' (d.d. 18 oktober 2018) zijn de tariefonderbouwingen nader uitgewerkt n.a.v. het kostenonderzoek langdurige zorg uit 2018.
De tarieven voor de prestaties zoals beschreven in artikel 4.1, 4.2 en 4.3 zijn als volgt opgebouwd:
- Directe personeelskosten: gemiddelde loonkosten binnen de range van FWG schalen 60-65 (4.3) en 65-75 (4.1 en 4.2);
 - Productiviteit: binnen het kostenonderzoek Wet langdurige zorg (Wlz) vastgesteld op 47%;
 - Indirecte kosten: opslagpercentage van 30,6%, gelijk aan de tarifiering binnen de wijkverpleging.
- De tarieven voor de prestaties zoals beschreven in artikel 4.5, 4.6, 4.7 en 4.8 zijn herijkt naar aanleiding van het kostenonderzoek geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen uit 2021. De onderbouwing van deze maximumtarieven staat in het 'Verantwoordingsdocument gzsp/Wlz-behandelprestaties (zorg in een groep en sglvg)', dat als bijlage bij deze beleidsregel is opgenomen.
In alle tarieven is een opslag van 1,17% opgenomen voor de vergoeding van het gederfde rendement op eigen vermogen (VGREV), om de kosten voor een financiële reserve te vergoeden. Jaarlijks vindt een aanpassing (indexering) van de tarieven plaats. De wijze van indexeren is geregeld in artikel 5.4.



3. *Max-maxtarieven*

De maximumtarieven, berekend op basis van artikel 5.2, kunnen ten hoogste met 10% worden verhoogd indien hier een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt. Met dit aanvullende maximum kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders extra afspraken maken op het gebied van innovatie en kwaliteit.

Dit zogenaamde max-maxtarief kan uitsluitend in rekening worden gebracht aan (a) de zorgverzekeraar met wie het verhoogde maximumtarief is overeengekomen of (b) de verzekerde ten behoeve van wie een zorgverzekering met betrekking tot de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen is gesloten bij een zorgverzekeraar met wie een zodanig verhoogd maximumtarief schriftelijk is overeengekomen.

Een tarief dat niet hoger is dan berekend op basis van artikel 5.2 kan aan eenieder in rekening worden gebracht.

4. *Indexatie*

De tarieven worden jaarlijks trendmatig aangepast voor de ontwikkeling van de loonkosten, materiële kosten en kapitaallasten.

- De loonkosten worden geïndexeerd op basis van de door het Ministerie van VWS aangegeven Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (OVA).
- Voor de materiële kosten wordt aangesloten bij het prijsindexcijfer particuliere consumptie uit het Centraal Economisch Plan van het Centraal Planbureau (CEP).
- De kapitaallasten worden geïndexeerd op basis van de gezondheidszorgindex (voorheen: bouwkostenindex) van de Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek (TNO). Deze TNO-gezondheidszorgindex vult de NZa aan met een prognose voor de ontwikkeling in de bouwkosten voor het lopende jaar. De prognose is gebaseerd op het Centraal Economisch Plan, dat uitgebracht wordt door het Centraal Plan Bureau (CPB).
- Voor de voorlopige indexaties 2022 sluit de NZa incidenteel aan op de ramingen uit de Macro Economische Verkenning van het Centraal Planbureau. Dit geldt zowel voor de personele index als de materiële index.
- De toe te passen index is het gewogen gemiddelde van de loon-, materiële- en kapitaalindices, waarbij wordt uitgegaan van de volgende verhoudingspercentages:
 - Voor de prestaties zoals beschreven in artikel 4.1, 4.2 en 4.3 wordt voor de indexatie het gewogen gemiddelde van 90% loonkosten en 10% materiële kosten toegepast.
 - Voor de prestatie zoals beschreven in artikel 4.5, 4.6, 4.7 en 4.8 zijn de verhoudingspercentages tussen loon- en materiële kosten en kapitaallasten terug te vinden in het 'Verantwoordingsdocument gzsp/Wlz-behandelprestaties (zorg in een groep en sglvg), dat als bijlage bij deze beleidsregel is opgenomen.
 - Voor de prestatie zoals beschreven in artikel 4.9 wordt het gewogen gemiddelde van 90% loonkosten, 8% materiële kosten en 2% kapitaallasten toegepast.

Artikel 6 Intrekken en vervallen oude beleidsregels en wijzigingsbesluit

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen, met kenmerk BR/REG-22135a, ingetrokken.

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt het Besluit houdende wijziging van de Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (kenmerk BR/REG-22135a), met kenmerk WB/REG-2022-01, ingetrokken.

Artikel 7 Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel

Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel en wijzigingsbesluit

De Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen met kenmerk BR/REG-22135a, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold.

Het Besluit houdende wijziging van de Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (kenmerk BR/REG22135a), met kenmerk WB/REG-2022-01, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in dat besluit en die betrekking hebben op de periode waarvoor dat besluit gold.

Inwerkingtreding / Bekendmaking

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2023.

Ingevolge artikel 5, aanhef en onder e, van de Bekendmakingswet, zal deze beleidsregel in de Staatscourant worden geplaatst.

De beleidsregel ligt ter inzage bij de NZa en is te raadplegen op www.nza.nl.



Citeertitel

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen.



TOELICHTING

Algemeen

Overheveling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen

De geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp) is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare patiënten die (nog) thuis wonen met (hoog) complexe problematiek. De zorgvraag is veelzijdig en kan liggen op het somatische, het psychische en/of op het gedragsmatige gebied; de zorg is dan ook multidisciplinair door de tijd heen. Per 2020 is een deel van de gzsp, namelijk de zorg door de specialist ouderengeneeskunde (so) en arts verstandelijk gehandicapten (avg) overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Ook de reiskosten die gemoeid zijn met de zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten bieden, zijn overgeheveld. De overige zorg werd in 2020 nog uit de subsidieregeling extramurale behandeling bekostigd. Per 2021 is de reikwijdte van deze beleidsregel uitgebreid waardoor de gehele gzsp onder de reikwijdte van de beleidsregel valt.

Omschrijving gzsp

Onderstaande omschrijving heeft betrekking op de gehele gzsp. Deze omschrijving is opgesteld om inzicht te geven in de zorg, niet om de zorg tot het beschrevene af te bakenen.

De gzsp is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare patiënten die (nog) thuis wonen met (hoog) complexe problematiek. Binnen de gzsp wordt de zorg zoals de so en de avg leveren geïntroduceerd in de Zvw. Dit zijn zorgverleners die met hun volledige professionele arsenaal onder de Zvw hun zorg gaan leveren aan iedere verzekerde die hierbij gebaat is. Dit betreft generalistische geneeskundige zorg gericht op kwetsbare patiënten, zoals ouderen en patiënten met een verstandelijke beperking. Ook het systeem van de patiënt (de mantelzorg) kan bij de behandeling worden betrokken voor zover dit ten goede komt aan de patiënt. De behandeling is dan gericht op het aanleren van vaardigheden of gedrag aan het systeem van de patiënt. Het gaat om vaardigheden en gedrag over hoe om te gaan met de gevolgen van de aandoening, stoornis of beperking van de patiënt.

Bij de zorg voor patiënten met een verstandelijke beperking zal de avg vaak samenwerken met een gedragswetenschapper, bijvoorbeeld om een diagnose te kunnen stellen, maar ook voor behandelingsgesties en interventie. Dit doet niets af aan het generalistische karakter van deze zorg. Dit geldt ook voor de zorg die een so levert voor kwetsbare ouderen. Dit gaat ook om 'generalistische geneeskundige zorg' waarbij eveneens samenwerking gezocht kan worden met een gedragswetenschapper. Daarnaast omvat gzsp ook zorg die niet meer op genezing is gericht, maar op het omgaan met de problemen en beperkingen die uit de aandoening voortvloeien. Dit betreft vooral kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag, patiënten met een verstandelijke beperking (IQ<85), patiënten met chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen of niet-aangeboren hersenletsel. De problemen en beperkingen manifesteren zich op alle levensdomeinen. De problemen en beperkingen limiteren de betrokkene (in toenemende mate) in zijn zelfredzaamheid en vermogen tot eigen regie. De zorgvraag kan in de verschillende fases van de aandoening variëren. De zorgvraag is veelzijdig en kan liggen op het somatische, het psychische, het communicatieve, het cognitieve, en/of op het gedragsmatige gebied; de zorg is dan ook multidisciplinair door de tijd heen. Er kunnen ook periodes zijn waarin de zorg monodisciplinair is. Voor een patiënt met complexe problematiek of meerdere aandoeningen is het van belang dat het zorgaanbod van verschillende beroepsbeoefenaren op elkaar is afgestemd en in samenhang wordt geleverd. Dit vraagt om het regisseren van de inter- en multidisciplinaire behandeling door een regiebehandelaar.

Welke zorg een patiënt uiteindelijk krijgt, wordt bepaald door de zorgvraag en de professionele afweging die gelden voor de specifieke interventies die aangeboden worden. Het behandelplan moet kunnen verhelderen op basis van welke professionele afweging interventies worden aangeboden, met welk doel en wanneer succes behaald is of dat er geen succes meer te verwachten is bijvoorbeeld door afnemende of ontbreken van leerbaarheid en/of trainbaarheid.

De zorg wordt zowel groepsgewijs als individueel ingezet. Binnen de Zvw eindigt de zorg als de behandeldoelen zijn behaald, als er geen behandeldoelen meer zijn, als een indicatie voor de Wlz wordt afgegeven, of als de betrokkene overlijdt.

De prestaties in de beleidsregel zijn functioneel omschreven. Dit betekent dat de zorg wordt omschreven (het 'wat') en wanneer deze mag worden gedeclareerd, maar dat niet is opgenomen wie de zorg moet leveren. Dit heeft als gevolg dat iedere zorgverlener die bevoegd en bekwaam is om (een deel van) de zorg te bieden, de zorg kan declareren.

Bij een consult zonder direct fysiek face-to-face-contact dan wel telefonisch contact met de patiënt, anders dan het gericht overleg met de behandelend arts van de patiënt, moet voldaan worden aan de voorwaarden die de beroepsgroep zelf heeft opgesteld in paragraaf 3.3 van de KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens



Toegang tot gzsp

De huisarts is poortwachter voor de gzsp. De verwijzing kan tot stand komen op advies van regiebehandelaren (specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, gedragswetenschapper) of medisch specialist.

Voor de doelgroep ouderen en de doelgroep chronisch, progressieve, degeneratieve aandoeningen betekent dit in de praktijk dat de verwijzing tot stand komt in gezamenlijkheid tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde of de gedragswetenschapper.

Voor de doelgroep niet-aangeboren hersenletsel betekent dit in de praktijk dat de verwijzing tot stand komt in gezamenlijkheid tussen de huisarts en de gedragswetenschapper.

Voor de doelgroep patiënten met een verstandelijke beperking geldt dat naast de huisarts de kinderarts een veel voorkomende verwijzer is en dat de verwijzing tot stand komt in gezamenlijkheid tussen de huisarts of kinderarts en de arts verstandelijk gehandicapten of de gedragswetenschapper.

Voor de doelgroep patiënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking geldt dat de verwijzing vaak tot stand komt vanuit de ggz en vg.

Omschrijving regiebehandelaarschap binnen gzsp

Zorginstituut Nederland heeft de volgende omschrijving van een regiebehandelaar binnen de gzsp gegeven. De regiebehandelaar is een functionaris die verantwoordelijk is voor het in multidisciplinair verband uitvoeren van het zorg- en behandelplan. Dit betekent dat hij zorginhoudelijk in staat moet zijn om, in samenwerking met andere zorgverleners, de zorgbehoefte van de patiënt te bepalen en te omschrijven in het behandelplan. De regiebehandelaar moet het behandelplan kunnen aanpassen aan mogelijke veranderingen in de zorgbehoefte. Zorginhoudelijke overwegingen bepalen welke zorgverlener de taak van regiebehandelaar op zich kan nemen.

De benodigde competenties kunnen variëren afhankelijk van de aard van de aandoening en de problemen en beperkingen van de betrokken patiënt.

Gezien de competenties die nodig zullen zijn voor het regiebehandelaarschap ligt het voor de hand dat dit een BIG-geregistreerde zal zijn. Dit is echter geen formeel vereiste.

Artikelsgewijs

Begripsbepalingen

Met ingang van 2021 is de gehele gzsp overgeheveld naar de Zvw. De term 'geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen' is met ingang van 2021 gedefinieerd als: generalistische geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen in de eerstelijns bij of krachtens de Zvw. Uit oogpunt van de te verzekeren zorg is gzsp opgebouwd uit een aantal te verzekeren prestaties, te weten 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden', 'zorg zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten, diëtisten, logopedisten en ergotherapeuten die plegen te bieden' en 'zorg zoals klinisch psychologen die plegen te bieden'.

Prestatiebeschrijvingen

Voor de prestaties (m.u.v. de reistoelag zorgverlener) in deze Beleidsregel geldt dat alleen de direct patiëntgebonden tijd in rekening mag worden gebracht bij de patiënt of de zorgverzekeraar. Er is slechts een uitzondering op deze regel en dat betreft het gericht overleg met de behandelend arts. Deze uitzondering wordt expliciet genoemd in de prestaties 'Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten bieden', 'Zorg zoals gedragswetenschappers bieden' en 'Onderzoek voor toegang tot geriatrische revalidatiezorg'.

Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten bieden

Deze prestatie is bedoeld voor zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten bieden, en kan worden gebruikt voor diagnostiek, consulten, gericht overleg met de behandelend arts van de patiënt en uitvoering van / regie op het behandelplan. Deze prestatie is beperkt tot zorg binnen de gzsp, en kan niet worden gebruikt voor zorg die al in prestaties binnen andere zorgvormen zit opgenomen (zoals eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg).

Onder direct patiëntgebonden tijd wordt verstaan het directe contact met de patiënt, in aanwezigheid van de patiënt (of, als dit van toepassing is, diens vertegenwoordiger zoals omschreven in art. 465 van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst). Onder indirect patiëntgebonden tijd worden werkzaamheden verstaan die wel voor een patiënt worden uitgevoerd, maar niet in aanwezigheid van de patiënt. Het opstellen van het behandelplan en verslaglegging vallen bijvoorbeeld onder indirect patiëntgebonden tijd.

De prestatiebeschrijving voor 'Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk



gehandicapten bieden' beschrijft expliciet welke indirecte patiëntgebonden tijd gedeclareerd mag worden, buiten direct patiëntgebonden tijd. Dit gaat om gericht overleg met de behandelend arts. Hierbij geldt echter de voorwaarde dat het gaat om overleg met de huisarts, dan wel de hoofdbehandelaar van de patiënt zoals omschreven in de Regeling medisch-specialistische zorg. In deze regeling staat de hoofdbehandelaar beschreven als de zorgaanbieder die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij een patiënt de diagnose stelt en/of verantwoordelijk is voor de behandeling van die zorgvraag. Het is mogelijk dat meerdere medisch specialisten hoofdbehandelaar zijn (bijvoorbeeld bij meerdere aandoeningen) en daarmee dus 'behandelend arts' zijn. Overleg met andere zorgverleners, zoals apothekers, wijkverpleegkundigen, etc., kan niet worden gedeclareerd. Immers, deze overlegtijd is meegenomen in de algemene opslag voor indirecte tijd.

In de toelichting op het regiebehandelaarschap binnen de gzsp komt het multidisciplinaire karakter duidelijk naar voren. Een belangrijk onderdeel van de zorg is dan ook het multidisciplinaire overleg. In het tarief is bij de gehanteerde productiviteit rekening gehouden met dit onderdeel van de zorg. De prestatie kan niet nog een keer in rekening worden gebracht voor de tijd die besteed is aan multidisciplinair overleg, ook niet als de patiënt bij dit multidisciplinair overleg aanwezig is. Uitzondering hierop vormt het gericht overleg met de behandelend arts. Wanneer meerdere behandelaren die bevoegd en bekwaam zijn, tegelijkertijd een cliënt behandelen vanuit verschillende disciplines, kunnen deze behandelaren allen de prestatiebeschrijving declareren.

Onderzoek voor toegang tot geriatrische revalidatiezorg

Zorginstituut Nederland heeft in maart 2020 de uitspraak gedaan dat de specialist ouderengeneeskunde (so) middels het geriatrisch assessment ook een indicatie voor toegang tot de grz kan stellen, zonder dat de patiënt voor het afnemen van het geriatrisch assessment opgenomen hoeft te worden in het ziekenhuis. Dit is mogelijk doordat het volledige professionele arsenaal van de specialist ouderengeneeskunde per 2020 onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) is komen te vallen. Daarom is deze prestatie toegevoegd aan de regelgeving.

Het geriatrisch assessment is een multidisciplinair onderzoek waarin aandoeningen en problemen worden geïnventariseerd en gediagnosticeerd. Evenals de gevolgen daarvan op de kwaliteit van leven en zelfredzaamheid van de oudere patiënt worden hierin in kaart gebracht. Daarnaast wordt de belasting van de mantelzorger geïnventariseerd. Het geriatrisch assessment resulteert in een behandelplan of een behandeladvies. De behandeldoelen zijn op de patiënt/mantelzorger afgestemd en met hen besproken. Het geriatrisch assessment vindt altijd plaats onder eindverantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde.

Een geriatrisch assessment voor toegang tot de grz wordt alleen ingezet als daar volgens de specialist ouderengeneeskunde behoefte aan is, aanvullend op eventuele diagnostiek die al eerder uitgevoerd is bijv. tijdens opname in het eerstelijnsverblijf. Er zijn situaties denkbaar waarin het voor patiënten bij aanvang van opname in het eerstelijnsverblijf al duidelijk is dat zij grz nodig hebben en waarbij al (onderdelen van) een assessment heeft plaatsgevonden. In deze situaties is de prestatie 'onderzoek voor toegang tot geriatrische revalidatiezorg' niet van toepassing.

De prestatiebeschrijving voor 'Onderzoek voor toegang tot geriatrische revalidatiezorg' beschrijft expliciet welke indirecte patiëntgebonden tijd gedeclareerd mag worden, buiten direct patiëntgebonden tijd. Dit gaat om gericht overleg met de behandelend arts. Hierbij geldt echter de voorwaarde dat het gaat om overleg met de huisarts, dan wel de hoofdbehandelaar van de patiënt zoals omschreven in de Regeling medisch-specialistische zorg. In deze regeling staat de hoofdbehandelaar beschreven als de zorgaanbieder die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij een patiënt de diagnose stelt en/of verantwoordelijk is voor de behandeling van die zorgvraag. Het is mogelijk dat meerdere medisch specialisten hoofdbehandelaar zijn (bijvoorbeeld bij meerdere aandoeningen) en daarmee dus 'behandelend arts' zijn. Overleg met andere zorgverleners, zoals apothekers, wijkverpleegkundigen, etc., kan niet worden gedeclareerd. Immers, deze overlegtijd is meegenomen in de algemene opslag voor indirecte tijd.

Zorg zoals gedragswetenschappers bieden

Deze prestatie is bedoeld voor zorg zoals gedragswetenschappers bieden, en kan worden gebruikt voor diagnostiek, consulten, gericht overleg met de behandelend arts van de patiënt en uitvoering van / regie op het behandelplan. Deze prestatie is beperkt tot zorg binnen de gzsp, en kan niet worden gebruikt voor zorg die al in prestaties binnen andere zorgvormen zit opgenomen (zoals de ggz).

Een opsomming van beroepen die zorg zoals gedragswetenschappers bieden in de prestatiebeschrijving is niet op zijn plaats, juist omdat de opsomming nooit limitatief zou zijn. Het gaat binnen de Zvw immers om een functionele omschrijving van de zorg. Elke zorgverlener die bevoegd en bekwaam is mag de zorg leveren en in rekening brengen. Ook het ontbreken van een BIG-registratie hoeft geen belemmering te zijn om deze zorg te leveren. Voorbeelden van functionarissen die deze zorg kunnen leveren zijn: de GZ-psycholoog, de klinisch psycholoog, de orthopedagoog(-generalist) en de kinderen jeugdpsycholoog.

Wat betreft de afbakening met de ggz geldt dat niet zozeer de aard van de zorg geleverd binnen gzsp



verschilt van de ggz, maar dat de patiëntkenmerken vragen om een andere bejegening en/of andere opzet van zorg. Het gaat daarbij om patiënten met:

- (het vermoeden van) een chronische en/of complexe aandoening met gevolgen voor het psychisch en cognitief functioneren (dementie, MS, Parkinson, VB, NAH, enz.); of
- multiple problematiek (hoge ouderdom met stapeling van somatische klachten en bijv. zingevingsproblematiek), vaak degeneratief en progressief van aard.

Hierbij is 'herstel of genezing' (zoals in de ggz als doelstelling geldt) niet het behandeldoel. Juist deze complexe of chronische vraag heeft standaard een multidisciplinaire aanpak nodig waarbij de aandoening een specifieke benadering vereist die binnen de ggz onvoldoende geboden kan worden. Onder direct patiëntgebonden tijd wordt verstaan het directe contact met de patiënt, in aanwezigheid van de patiënt (of, als dit van toepassing is, diens vertegenwoordiger zoals omschreven in art. 465 van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst). Onder indirect patiëntgebonden tijd worden werkzaamheden verstaan die wel voor een patiënt worden uitgevoerd, maar niet in aanwezigheid van de patiënt. Het opstellen van het behandelplan en verslaglegging vallen bijvoorbeeld onder indirect patiëntgebonden tijd.

De prestatiebeschrijving voor 'Zorg zoals gedragswetenschappers bieden' beschrijft expliciet welke indirecte patiëntgebonden tijd gedeclareerd mag worden, buiten direct patiëntgebonden tijd. Dit gaat om gericht overleg met de behandelend arts. Hierbij geldt echter de voorwaarde dat het gaat om overleg met de huisarts, dan wel de hoofdbehandelaar van de patiënt zoals omschreven in de Regeling medisch-specialistische zorg. In deze regeling staat de hoofdbehandelaar beschreven als de zorgaanbieder die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij een patiënt de diagnose stelt en/of verantwoordelijk is voor de behandeling van die zorgvraag. Het is mogelijk dat meerdere medisch specialisten hoofdbehandelaar zijn (bijvoorbeeld bij meerdere aandoeningen), en daarmee dus 'behandelend arts' zijn. Overleg met andere zorgverleners, zoals apothekers, wijkverpleegkundigen, etc., kan niet worden gedeclareerd. Immers, deze overlegtijd is meegenomen in de algemene opslag voor indirecte tijd.

In de toelichting op het regiebehandelaarschap binnen de gzsp komt het multidisciplinaire karakter duidelijk naar voren. Een belangrijk onderdeel van de zorg is dan ook het multidisciplinaire overleg. In het tarief is bij de gehanteerde productiviteit rekening gehouden met dit onderdeel van de zorg. De prestatie kan niet nog een keer in rekening worden gebracht voor de tijd die besteed is aan multidisciplinair overleg, ook niet als de patiënt bij dit multidisciplinair overleg aanwezig is. Uitzondering hierop vormt het gericht overleg met de behandelend arts. Wanneer meerdere behandelaren die bevoegd en bekwaam zijn, tegelijkertijd een cliënt behandelen vanuit verschillende disciplines, kunnen deze behandelaren allen de prestatiebeschrijving declareren.

De aanvullende voorwaarden bij de declaratie van een consult zonder direct fysiek face-to-face-contact dan wel telefonisch zijn inhoudelijk gelijk aan de voorwaarde voor de prestatie 'Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten bieden'.

Paramedische zorg

De paramedische zorg aan gzsp-patiënten kenmerkt zich doordat er voor de paramedische zorg aan de patiënt een regiebehandelaar is aangesteld.

De regiebehandelaar zal, indien paramedische zorgverlening noodzakelijk is in het kader van de gzsp-behandeling voor de patiënt, deze paramedische zorg opnemen in het behandelplan. Wanneer de paramedische zorg aan de patiënt niet is opgenomen in het behandelplan van de regiebehandelaar, is er geen sprake van paramedische zorg in het kader van de gzsp. Dit onderscheid is van belang voor de declaratie van de zorg.

Wanneer de paramedische zorg integraal wordt geleverd als onderdeel van zorg in een groep voor gzsp-patiënten, wordt gebruik gemaakt van de prestaties zoals omschreven in deze beleidsregel. Voor zover de paramedische zorg in het kader van de gzsp-behandeling niet integraal als onderdeel van zorg in een groep wordt geleverd, wordt voor de declaratie van de zorg gebruik gemaakt van de prestaties in:

1. de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor ergotherapie;
2. de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen fysiotherapie;
3. de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor oefentherapie;
4. de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen logopedie;
5. de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor extramuraal diëtetik.

De prestatiebeschrijving 'Lange zitting' (logopedie, fysiotherapie en oefentherapie) is voor dit doel aangepast, omdat de lange zitting is bedoeld voor patiënten met complexe en/of meervoudige zorgvragen waar gzsp-patiënten toe behoren.

Voor de registratie en declaratie van deze paramedische zorg wordt aangesloten bij de Regeling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen, met de uitzondering van de eis dat de verwijzer moet worden vermeld op de factuur, en de Regeling paramedische zorg. Dit betekent bijvoorbeeld dat de AGB-code van de regiebehandelaar moet worden vermeld op de factuur.



Zorg in een groep aan kwetsbare patiënten

Deze prestatie is bedoeld voor zorg in een groep aan kwetsbare patiënten, waar deelnemers in een therapeutisch klimaat groepsgewijs activiteiten doen met een geneeskundig doel. Een belangrijke reden voor dagbehandeling in een groep is dat patiënten veel leren van de interactie in de groep. Het individuele behandelplan beschrijft de behandeldoelen binnen de 'dagbehandeling', waarbij het overkoepelende doel steeds het leren omgaan met en het compenseren van beperkingen is teneinde de patiënt zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen. Subdoelen die hierbij worden nagestreefd zijn bijvoorbeeld blijven bewegen, valpreventie en zelfredzaamheid behouden of vergroten.

De patiënten hebben somatische of psychische problemen die voortdurende interventie of ondersteuning vereist. Binnen de dagbehandeling kunnen daarvoor behandelmilieus gecreëerd worden die zich onderscheiden in structuur en aanbod van activiteiten en prikkels.

Onder regie van de regiebehandelaar kunnen tijdens de dagbehandeling disciplines zoals gedragsdeskundigen, vaktherapeuten en paramedici worden ingezet. De rol en competenties van de begeleider(s) is een belangrijk aandachtspunt gezien de aard en complexiteit van de problematiek van de patiënten. De rol van de regiebehandelaar is adviezen geven over de wijze waarop de behandeldoelen zoveel mogelijk behaald kunnen worden, uitgaande van het individueel behandelplan. Hieronder valt ook de inrichting van het dagbehandelingsprogramma, de benadering van de patiënt en de keuze van interventies, mede op basis van de beperkingen, mogelijkheden en leerstijl van de patiënt en het systeem.

De prestatie-eenheid voor deze prestatie is een dagdeel. Het betreft een integrale prestatie: alle zorg die in de groep geleverd wordt, kan niet tegelijkertijd als individuele prestatie in rekening worden gebracht. In de praktijk kan het voorkomen dat individuele behandeling gecombineerd wordt met zorg in een groep als de zorgvraag van de patiënt daarom vraagt. Dit is mogelijk, mits:

- de behandeling in een groep binnen gzsp een ander doel heeft dan de individuele behandeling; en
- beide vormen van behandeling terugkomen in het individuele behandelplan.

In principe kan de individuele zorg en de zorg in een groep niet tegelijkertijd worden geleverd. Echter kan het in enkele gevallen patiëntvriendelijker zijn om de zorg wel op hetzelfde dagdeel te verlenen.

Als individuele behandeling tijdens (gelijktijdig met) zorg in een groep verleend wordt, dan gelden bovengenoemde twee voorwaarden ook. Dit geldt ook voor de prestaties 'Zorg in een groep aan patiënten met een lichamelijke handicap en/of aan patiënten met niet-aangeboren hersenletsel' en 'Zorg in een groep aan patiënten met de ziekte van Huntington'.

Zorg in een groep aan patiënten met een lichamelijke handicap en/of aan patiënten met niet-aangeboren hersenletsel

Deze prestatie is bedoeld voor zorg in een groep aan patiënten met een lichamelijke handicap en/of aan patiënten met niet-aangeboren hersenletsel, waar deelnemers in een therapeutisch klimaat groepsgewijs werken aan het behalen van behandeldoelen. Net als de prestatie 'zorg in een groep aan kwetsbare patiënten' geldt dat de zorg georganiseerd is in een groep, zodat de deelnemers van en met elkaar kunnen leren. Het individuele behandelplan beschrijft de behandeldoelen binnen de 'dagbehandeling'.

Bij patiënten met niet-aangeboren hersenletsel gaat het om een behandeling van hersenletsel in de chronische fase. Dit betekent dat de behandeling eindpunten formuleert qua behandeldoel en eindig is in de tijd. De nadruk van de behandeling ligt op psychisch herstel en is in het algemeen gericht op het verder leren leven met acceptatie van beperkingen en verlies van gezondheid. Voorbeelden van (behandel)doelen zijn:

- hoger niveau van functioneren;
- verbetering kwaliteit van leven;
- vergroten van autonomie.

Onder regie van de regiebehandelaar kunnen tijdens de dagbehandeling disciplines zoals gedragsdeskundigen, vaktherapeuten en paramedici worden ingezet. De rol en competenties van de (mede)behandelaren is een belangrijk aandachtspunt gezien de aard en complexiteit van de problematiek van de patiënten. De rol van de regiebehandelaar is adviezen geven over de wijze waarop de behandeldoelen zoveel mogelijk behaald kunnen worden, uitgaande van het individueel behandelplan.

Hieronder valt ook de inrichting van het dagbehandelingsprogramma, de benadering van de patiënt en de keuze van interventies, mede op basis van de beperkingen, mogelijkheden en leerstijl van de patiënt en het systeem.

Zorg in een groep aan patiënten met de ziekte van Huntington

Een belangrijke reden voor zorg in een groep is dat patiënten veel leren van de interactie in de groep. Het individuele behandelplan beschrijft de behandeldoelen binnen de behandeling in een groep, waarbij het overkoepelende doel steeds het in staat stellen is van de patiënt om zolang mogelijk in de thuissituatie te functioneren, zowel in fysiek, psychisch als sociaal opzicht.

Onder regie van de regiebehandelaar kunnen tijdens de behandeling in een groep disciplines zoals



gedragsdeskundigen, vaktherapeuten en paramedici worden ingezet. De rol en competenties van de zorgprofessionals is een belangrijk aandachtspunt gezien de aard en complexiteit van de problematiek van de patiënten. De rol van de regiebehandelaar is adviezen geven over de wijze waarop de behandeldoelen zoveel mogelijk behaald kunnen worden, uitgaande van het individueel behandelplan. Hieronder valt ook de inrichting van het programma, de benadering van de patiënt en de keuze van interventies, mede op basis van de beperkingen, mogelijkheden en leerstijlen van de patiënt en het mantelzorgsysteem.

Tijdens de behandeling in een groep is aandacht voor de algemene lichamelijke conditie en psychische toestand van de patiënt. Onderdelen van de behandeling kunnen zijn:

- Onderzoek en diagnostiek;
- Gespecialiseerde behandeling door meerdere disciplines;
- Begeleiding op psychosociaal, psychiatrisch en cognitief vlak;
- Herstel van de balans tussen belasting en belastbaarheid van de patiënt en het mantelzorgsysteem, het bieden van structuur;
- Betrekken en coachen van de mantelzorg om de behandeldoelen van de patiënt te helpen verwezenlijken.

Behandeling voor patiënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking (sglvg)

Sglvg-behandeling onderscheidt zich van ggz-behandeling doordat niet de stoornis maar de gedragsproblematiek centraal staat en deze wordt benaderd als resultante van de biologische, sociale en psychische ontwikkelingsfactoren in de wordingsgeschiedenis van de patiënt. Psychiatrische en gedragswetenschappelijke perspectieven worden in deze ontwikkelingsgerichte benadering geïntegreerd, zodat de zorg een multidisciplinair en integratief karakter draagt. Bij de sglvg is altijd sprake van gedragsproblematiek in combinatie met psychische klachten. Somatische klachten zijn geen voorwaarde om sglvg behandeling te leveren. Voor de somatische klachten wordt in principe een huisarts geraadpleegd, al worden deze soms wel meegenomen in de behandeling.

Sglvg zorg is integratief vanwege de integratie van psychiatrie en gedragswetenschappelijke behandeling. 'Integratie' moet hierbij letterlijk worden verstaan en behelst dus meer dan (mede)behandeling door gedragswetenschappers in een psychiatrisch behandeltraject, zoals in de specialistische GGZ gebruikelijk is. Zowel de diagnostiek (met name betreffende de ontwikkelingsgeschiedenis, waarin stoornissen en beperkingen in onderlinge samenhang zijn ontstaan) als de eigenlijke behandeling (met name van de gedragsproblematiek, waarin zowel stoornissen als beperkingen een aandeel kunnen hebben) zijn integratieve, multidisciplinaire trajecten, waarin psychiatrische en gedragswetenschappelijke bevindingen en methoden het niet zonder elkaar kunnen stellen.

Bij elke behandeling is een kernteam betrokken. Dit kernteam bestaat uit functionarissen die daartoe bevoegd en bekwaam zijn. In de praktijk bestaat het kernteam in de regel uit een psychiater, een gz-psycholoog of klinisch (neuro)psycholoog, eventueel aangevuld met andere behandelaren, waaronder bijvoorbeeld de avg. De inzet van een psychiater ligt echter meer voor de hand dan een avg doordat somatiek en genetica minder op de voorgrond staan. De patiënt heeft eerder specialistische GGZ-behandeling of geïndiceerde VG-zorg ontvangen die geen of onvoldoende resultaat geeft gehad. Geen of onvoldoende resultaat wordt geacht te bestaan als de patiënt eerder specialistische GGZ-behandeling of geïndiceerde VG-zorg ontving en de ernstige gedragsproblematiek persisteert. Het zorgprogramma ambulante behandeling SGLVG beschrijft de ambulante behandeling van SGLVG-patiënten zoals die op dit moment wordt geboden door zorgaanbieders met erkende deskundigheid op dit gebied.¹

De behandeling heeft niet alleen probleemreductie tot doel (vermindering van gedragsproblematiek en psychisch leed), maar nadrukkelijk ook de ontwikkeling van de patiënt. Het niveau van een ontwikkelingsachterstand ligt niet onveranderlijk vast, maar kan positief worden beïnvloed door middel van de juiste interactie. Sglvg-behandeling brengt een balans aan tussen de taken van de patiënt en diens vaardigheden, in overeenstemming met het individuele bevattingsvermogen. Het beoogde eindresultaat van de behandeling is een leefsituatie waarin de cognitieve, sociale en emotionele vaardigheden van de patiënt onderling in balans zijn en de patiënt, met passende ondersteuning vanuit zijn omgeving, naar eigen vermogen in de samenleving functioneert, zonder onaanvaardbare risico's voor eigen of anderen welzijn.

Patiënten zijn blijvend aangewezen op ondersteuning door hun omgeving. Sglvg-behandeling wordt daarom geleverd in hechte samenwerking met het eigen steunsysteem van de patiënt en diens professionele hulpnetwerk, die na afloop van de behandeling (die tijdelijk van aard is) de ondersteuning van de patiënt voortzetten. De behandeling reikt zowel de patiënt als diens omgeving de middelen aan om het behandeldoel – maximale participatie met minimale veiligheidsrisico's – duurzaam te verzekeren. Psycho-educatie van de patiënt, zijn persoonlijke steunsysteem en zijn professionele netwerk maakt dan ook integraal deel uit van de behandeling.

¹ <https://www.deborg.nl/kennis-delen/zorgprogramma-ambulante-behandeling-sglvg/>



Voor de bejegening van patiënten gelden specifieke eisen. Door zijn cognitieve, sociaal-emotionele en adaptieve beperkingen heeft de patiënt een ontwikkelingsleeftijd die (ver) beneden zijn kalenderleeftijd ligt en kan hij gedrag vertonen dat bij die ontwikkelingsleeftijd hoort. Bovendien is in de regel sprake van een gebrekkig probleembesef en een geringe behandelmotivatie. Behandelaars moeten hiermee om weten te gaan door op de juiste manier afstand te bewaren en nabijheid te bieden. Het winnen van het vertrouwen van de patiënt kan langdurige, geduldige inspanningen vergen.

Reistoelage

De prestatie 'Reistoelage zorgverlener' is een toeslag per patiëntenbezoek, en kan per bezoek eenmaal in rekening worden gebracht (het is dus geen prestatie per enkele reis).